

**Travail de Bachelor**

**Le rôle infirmier aux urgences face à la maltraitance infantile**

Revue de la littérature

Réalisé par : Adisa Selimi

Promotion : Bachelor 2018

Sous la direction de : Frédérique Nowak

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

## Résumé

La maltraitance infantile est un problème de santé publique, touchant le monde entier et pouvant entraîner diverses conséquences chez l'enfant. Les infirmières, particulièrement celles des services d'urgences, ont un rôle important à jouer. Cette revue de la littérature a pour but de mettre en avant le rôle des infirmières des services d'urgences, dans la détection et le signalement des cas de maltraitance infantile, chez les enfants de 0 à 16 ans.

Quatre articles ont été sélectionnés sur les bases de données Pubmed et CINAHL. Les deux autres proviennent des revues « Sciedu Press » et « Nursing and Midwifery Studies ». Toutes datent des cinq dernières années, à l'exception d'une datant de 2015. Pour les sélectionner, il fallait que le titre soit pertinent. S'il l'était, le résumé était lu. Puis, une lecture plus approfondie de l'introduction, de la méthode, des résultats et de la discussion était faite.

Les critères d'inclusion étaient : étude de source primaire et disciplinaire, de langue française ou anglaise, datant des cinq dernières années, traitant du rôle infirmier, de la maltraitance infantile et des services d'urgences. Les critères d'exclusion étaient : étude de source secondaire, ne traitant que d'un type de maltraitance et ne ciblant que le service pédiatrique.

Le principal résultat qui en ressort est, que l'infirmière joue un rôle primordial, tant au niveau de la détection que du signalement, mais ce rôle est entravé par différents éléments. Le manque de formation et les lacunes au niveau des compétences et des connaissances de la maltraitance sont les principaux obstacles à la détection et au signalement des cas de maltraitance infantile.

Enfin, il serait important de renforcer les connaissances infirmières, à travers des formations en cours d'emploi, des rencontres avec les autorités de protection et des simulations.

**Mots-clés :** enfant, maltraitance infantile, infirmière, détection, signalement, services d'urgences

## **Remerciements**

D'abord, je tiens à remercier Mme Frédérique Nowak, directrice de mon travail de Bachelor, pour son accompagnement, ses conseils et ses encouragements.

Je remercie également mes relecteurs et mon entourage pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de la rédaction de ce travail de Bachelor.

## Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

---

Signature

**Table des matières**

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	Problématique .....	1
1.2	Question de recherche .....	4
1.3	But de la recherche.....	4
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>5</b>
2.1	L'enfant.....	5
2.1.1	Définition .....	5
2.1.2	Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson.....	5
2.1.3	Les droits de l'enfant.....	6
2.2	La maltraitance infantile.....	7
2.2.1	Les formes de maltraitance.....	8
2.2.2	Les signes et symptômes cliniques évocateurs de maltraitance .....	9
2.2.3	Les conséquences de la maltraitance .....	12
2.2.4	Les facteurs de risque .....	13
2.3	Le rôle infirmier aux urgences.....	14
2.3.1	La détection et les outils .....	16
2.3.2	La procédure en cas de suspicion de maltraitance .....	17
2.3.3	Le signalement .....	18
<b>3</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>18</b>
3.1	Devis de recherche.....	18
3.2	Collecte des données .....	19
3.3	Sélection des données .....	23
3.4	Considérations éthiques .....	24
3.5	Analyse des données .....	24
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>26</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	26
4.1.1	Validité méthodologique .....	27
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	28
4.2	Description de l'étude 2 .....	29
4.2.1	Validité méthodologique .....	30
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	31
4.3	Description de l'étude 3 .....	32

4.3.1	Validité méthodologique .....	33
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	34
4.4	Description de l'étude 4 .....	35
4.4.1	Validité méthodologique .....	36
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	37
4.5	Description de l'étude 5 .....	37
4.5.1	Validité méthodologique .....	39
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	39
4.6	Description de l'étude 6 .....	40
4.6.1	Validité méthodologique .....	42
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	43
4.7	Synthèse des principaux résultats .....	43
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>45</b>
5.1	Discussion des résultats .....	45
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	47
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	48
<b>6</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	49
6.2	Propositions pour la formation .....	49
6.3	Propositions pour la recherche .....	50
<b>7</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009 .....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études .....	II
	Annexe III : Glossaires .....	VIII
	Annexe IV : Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson .....	XIII
	Annexe V : L'échelle valaisanne de triage et de gravité .....	XV

## Liste des figures

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8) .....	24
--	----

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs .....	20
Tableau 2: Equation de recherche CINAHL .....	21
Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed) .....	22
Tableau 4 : Equation de recherche Embase .....	22
Tableau 5 : Liste des articles retenus.....	25

## Liste des abréviations

APEA	Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte
ASI	Association Suisse des Infirmières et Infirmiers
ASSC	Assistant en Soins et en Santé Communautaire
CARIS	Child Abuse Reporting Intention Scale
CAS	Certificate of Advances Studies
CC	Code Civil
CCI	Conseil International des Infirmières
CCS	Code Civil Suisse
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
COPMA	Conférence en matière de Protection des Mineurs et des Adultes
DAS	Diploma of Advanced Studies
DFI	Département Fédéral de l'Intérieur
HAS	Haute Autorité de Santé
HVS	Hôpital du Valais
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
KR-20	Kuder-Richardson 20
NMS	Nursing and Midwifery Studies
OBSAN	Observatoire Suisse de la Santé
OME	Observatoire de la Maltraitance envers les Enfants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPE	Office pour la Protection de l'Enfant



RL	Revue de la littérature
SSP	Société Suisse de Pédiatrie
SUSA	Soins d'Urgence et Soins Aigus
TEP	Triangle d'Évaluation Pédiatrique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## 1 Introduction

### 1.1 Problématique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance infantile comme suit :

La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2020a).

La violence à l'encontre des enfants est un problème de santé publique. Au niveau mondial, comme le mentionne l'OMS : « À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques au cours de l'année écoulée pourrait s'élever à un milliard ». Toujours selon l'OMS, un enfant sur quatre est victime de violences physiques et une fille sur cinq est abusée sexuellement au moins une fois dans sa vie. L'OMS (2020a) mentionne également que : « Une femme sur 5 et un homme sur 13 disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance ». La maltraitance peut entraîner pour l'enfant, des conséquences graves et permanentes. L'OMS (2020c) en mentionne certaines : les traumatismes (internes, à la tête, fractures, brûlures), les maladies non-transmissibles (accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, obésité), les comportements à risque (alcool, drogue, pratiques sexuelles à risque) et les troubles mentaux (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique, agression, suicide). La maltraitance peut aussi entraîner la mort. Parmi les cinq premières causes de décès chez les adolescents, il y a l'homicide. 80% des victimes d'homicide sont des garçons (OMS, 2020c; OMS, 2020a).

Au niveau européen, d'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2016) « au sein de l'Union européenne, au moins 850 enfants de moins de 15 ans décèdent chaque année suite à de mauvais traitements ».

Au niveau suisse, selon l'étude Optimus (2018) « chaque année, environ 2 à 3.3% de tous les enfants vivant en Suisse sont adressés à une organisation spécialisée en raison de mauvais traitements » (p. 21). Cela représente 30'000-50'000 enfants (p. 32).

Selon la Société Suisse de Pédiatrie (SSP), 31 établissements pédiatriques existent en Suisse. Vingt-et-une de ces cliniques pédiatriques suisses ont enregistré 1568 cas d'enfants maltraités en 2019 (Markus, 2020). Il y avait 1502 cas en 2018, soit 4% de plus en 2019. Parmi les données obtenues en 2018, un tiers des cas de maltraitance concernaient les enfants de moins de quatre ans (Société Suisse de Pédiatrie [SSP], 2019).

Toujours selon la SSP (2020), en 2019, la maltraitance physique prédomine (31%), suivie de la négligence (30%), de la maltraitance psychique (20.5%), des abus sexuels (17.8%) et enfin du syndrome de Münchhausen par procuration\*<sup>1</sup> (0.8%). La maltraitance physique concerne davantage les garçons (53.3%, contre 46.7% chez les filles), alors que, les filles sont majoritairement victimes d'abus sexuels (82.8%, contre 17.2% chez les garçons). Concernant la négligence, elle touche à 49.9% les garçons et à 50.5% les filles, et la maltraitance psychique touche à 47% les garçons et à 53% les filles. À ce propos, dans 81.5% des cas, l'auteur de la maltraitance fait partie de la famille de l'enfant et dans 10%, la personne est connue de l'enfant. Dans 38% des cas, l'auteur est un homme, dans 26% des cas, une femme et dans 29.3% des cas, les deux parents sont tenus pour responsables.

Selon la statistique nationale de la protection de l'enfance, et selon l'étude menée par l'institut de recherche et de consultation sur la famille, à Fribourg, en 2020, il y a en moyenne un enfant dans chaque classe scolaire, qui subit régulièrement des sévices physiques. 3.7% des personnes interrogées ont déclaré avoir recours aux châtiments corporels en 2019, et 3.2% en 2020 (Protection de l'enfance Suisse, 2020c).

Au niveau des hôpitaux suisses, le service de protection de l'enfance et de conseil aux victimes a constaté la hausse des cas de maltraitance, principalement à l'hôpital pédiatrique de Zürich et au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Au total, en 2019, 544 cas ont été signalés dans le canton de Zürich (518 en 2018) et 600 cas au CHUV (501 cas en 2018) (Association 1,2,3... Soleil, 2020). Cette hausse pourrait s'expliquer par une augmentation des cas de signalisation suite à la sensibilisation, mais aussi par une augmentation de la population. Toute personne côtoyant des enfants, que ce soit dans un cadre professionnel (pédiatre, crèche, école, club sportif) ou de la vie privée (proches, voisinage, pairs) peut être amenée à avoir des soupçons et à les signaler à l'Office pour la Protection de l'Enfant (OPE) et/ou à l'Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte (APEA) (Guide social romand, s. d.).

---

<sup>1</sup> Le symbole \* renvoie au glossaire. Appliqué à l'ensemble du document

L'hôpital a un rôle déterminant dans la lutte contre la maltraitance, en particulier les services d'urgences. Les services d'urgences semblent avoir une place privilégiée dans la détection des cas de maltraitance infantile. Ils sont accessibles 24 heures sur 24 et sont composés d'une équipe pluridisciplinaire (Observatoire de la Maltraitance envers les Enfants [OME], 2018, p. 4). Ils bénéficient d'un large plateau technique et d'une fréquentation importante (OME 2018, p. 6). Selon l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2018), aux services d'urgences ambulatoires des hôpitaux suisses, chez les jeunes enfants, il y aurait presque une consultation pour cinq habitants, ce qui correspondrait à 197 consultations pour 1000 habitants. Le taux de recours aux services d'urgences varie selon la classe d'âge. Le taux le plus élevé est chez les moins de six ans, avec deux consultations pour cinq habitants (p. 20). Chez les enfants de moins de six ans, l'Observatoire de la Maltraitance envers les Enfants (OME) a recensé 418 consultations pour 1000 habitants (p. 30). Un tiers des enfants de moins de six ans, a recours plusieurs fois, durant l'année, aux services d'urgences (p. 24). En Valais, il y a 179 consultations pour 1000 habitants (p. 21).

Les différentes statistiques mentionnées soulignent l'importance et l'ampleur de ce phénomène. Différents professionnels interviennent dans cette problématique. Le dépistage peut se faire à l'hôpital, dans un service d'urgence et par l'intermédiaire de l'équipe pluridisciplinaire dont les infirmières<sup>2</sup> des urgences, qui collaborent principalement avec les médecins (OME, 2018, p. 6). D'autres membres comme, les intervenants de l'OPE et/ou de l'APEA, les assistantes sociales, le pédiatre, le voisinage, les instituteurs, les infirmières scolaires, les ambulanciers, les orthopédistes, les pédopsychiatres, les éducatrices, interviennent aussi (Knüsel et al., 2019; OPE, s. d.). Le service d'urgence se compose aussi d'assistants en soins et en santé communautaire (ASSC). En collaboration avec ces professionnels, les infirmières jouent un rôle dans la prévention, la détection et le signalement des cas de maltraitance.

Il est important de noter que « tout acte de violence est une atteinte aux droits de l'enfant », c'est pourquoi l'infirmière doit agir pour les protéger (Protection de l'enfance Suisse, 2020a). Il faut aussi savoir que les enfants souffrent lorsqu'ils sont victimes de violence, mais aussi lorsqu'ils sont témoins de violence (CFEJ, 2019). Plus la détection et le signalement sont précoces, plus les différents professionnels, comme les médecins, les infirmiers, les ASSC et l'APEA, pourront agir afin d'éviter ou de minimiser les conséquences de la maltraitance. Ils pourront éventuellement mettre en place les services nécessaires, comme une assistance ambulatoire, un soutien socio-pédagogique familial et un conseil éducatif. (Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes [COPMA], 2019, p. 3).

---

<sup>2</sup> Le féminin est utilisé tout au long de ce travail afin d'alléger le texte. Il inclut le masculin.

En se basant sur l'article de la revue médicale suisse « Détection et signalement des cas de maltraitance infantile dans des services d'urgences » (Knüsel et al., 2019), il en ressort, que les infirmières manquent de ressources et de temps. Le manque de connaissances des protocoles et des ressources à disposition, ainsi que la lourdeur des démarches administratives, entravent aussi le signalement. Elles pensent ne pas avoir les capacités nécessaires à la détection et être peu formées (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2016). L'OME (2018) met en évidence qu'elles se sentent souvent peu outillées et appréhendent individuellement la notion de maltraitance (p. 6). Conny (2018), sociologue et auteure de l'étude Optimus, constate que des inégalités et des lacunes au niveau de la prise en charge de la maltraitance infantile existent encore (p. 32).

La problématique dans ce travail portera sur la détection et le signalement des cas de maltraitance infantile, par les infirmières des services d'urgences mixtes. Par leurs fonctions, elles sont en première ligne lors de l'admission d'un enfant et ont l'avantage sur d'autres professionnels d'avoir accès au corps et à l'intimité physique de l'enfant. Cela leur permet d'identifier les signaux d'alerte lors des soins ou de l'examen clinique (Fondation Action Enfance, s. d.). Elles ont une position unique pour créer une relation de confiance et promouvoir le bien-être et la sécurité des enfants (Jackson et al., 2015).

## **1.2 Question de recherche**

« Quel est le rôle de l'infirmière, dans un service d'urgence, dans le processus de détection et de signalement des cas de maltraitance infantile, du nouveau-né à l'âge de 16 ans, afin d'assurer leur sécurité ? »

## **1.3 But de la recherche**

Cette revue de la littérature (RL) a pour but d'identifier le rôle infirmier dans la détection et le signalement de la maltraitance infantile aux urgences. Elle a aussi pour but de repérer les ressources, les obstacles et les outils existants face à cette problématique. Ce travail vise à proposer diverses stratégies, pistes et interventions pour le personnel soignant pouvant être confronté aux cas de maltraitance infantile et ainsi éventuellement améliorer la prise en charge infirmière dans le futur.

## **2 Cadre théorique**

Dans le but de faciliter la compréhension de cette revue de la littérature, un cadre théorique a été élaboré. Il en ressort 3 concepts clés : l'enfant, la maltraitance infantile et le rôle infirmier aux urgences.

### **2.1 L'enfant**

L'enfant étant le sujet principal de ce travail, il est important de connaître ses besoins et ses droits. Lors de maltraitance infantile, les besoins et les droits de l'enfant sont touchés, c'est pourquoi il est essentiel que l'infirmière en ait connaissance.

#### **2.1.1 Définition**

L'enfance est définie par l'OMS (2020a) comme « la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans ». Les unités pédiatriques, notamment à l'hôpital du Valais, accueillent une population âgée de zéro à 16 ans, parfois même jusqu'à 18 ans. La transition du pédiatre au médecin généraliste doit être adaptée selon le contexte familial, culturel et selon la densité de médecins dans la région. Par exemple, si un enfant souffre d'une maladie chronique et est suivi pendant plusieurs années par son pédiatre, il peut être suivi jusqu'à ses 18 ans avant d'être orienté vers un médecin pour adultes (Meynard et al., 2018). Les pédiatres sont des médecins spécialisés dans la prise en charge de personnes en cours de croissance et de développement (Hôpital du Valais [HVS], s. d.-b).

#### **2.1.2 Les besoins fondamentaux selon Virginia Henderson**

Virginia Henderson est une infirmière, enseignante et chercheuse américaine, ayant œuvré au développement de la conception de la profession infirmière (Henderson, citée par Hubert, 2019). Elle a créé un modèle comportant 14 besoins fondamentaux, devant être pris en compte lors des soins infirmiers (annexe IV). Le principal besoin retenu dans le cadre de ce travail est le besoin d'éviter les dangers de l'environnement et éviter de blesser autrui (Kozier et al., 2012, p. 61).

En effet, toute infirmière en relation avec un enfant doit veiller à son bien-être et à sa sécurité. Selon elle, le rôle infirmier consiste à aider la personne à satisfaire de manière autonome les besoins fondamentaux, ainsi qu'à protéger les droits des individus (Kozier et al., 2012, p. 61). Habituellement, c'est la personne qui amène l'enfant aux urgences, qui demande un diagnostic ou un traitement, mais lors de maltraitance, la situation s'inverse, c'est au professionnel de santé de reconnaître que l'enfant en est victime.

Dans les cas de maltraitance infantile, chaque forme peut avoir un impact sur la satisfaction des besoins fondamentaux. Par exemple, en cas de négligence ou de maltraitance physique, notamment par le manque de sécurité (manque d'encadrement, pas d'environnement stable, pas de soutien) l'enfant peut être entravé dans le développement de son intégrité mentale et physique. De ce fait, l'infirmière doit être capable de repérer les dangers et les signes et agir en conséquence (Henderson, citée par Hubert, 2019).

### **2.1.3 Les droits de l'enfant**

Lorsqu'un enfant est victime de maltraitance, il est important pour le professionnel de la santé d'avoir des connaissances sur les droits de l'enfant. Cela lui permet de savoir lorsqu'ils sont bafoués. Selon le Code de déontologie du Conseil International des Infirmières (CII) pour la profession infirmière, l'infirmière met tout en œuvre pour que les droits de l'homme soient respectés (Conseil International des Infirmières [CII], 2006, p. 2). Chaque enfant a le droit à la santé, à la sécurité, de développer son potentiel, d'être écouté et pris au sérieux (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF] s. d.).

Le 20 novembre 1989, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) de l'Organisation des Nations Unies a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies. Elle reconnaît des droits, comme le droit à la survie, au développement, à la protection et à la participation. Ils ont été reconnus pour tous les enfants (UNICEF s. d.). Cette convention a été adoptée par l'Assemblée fédérale le 13 décembre 1996. Elle est entrée en vigueur pour la Suisse, le 26 mars 1997 (Le Conseil Fédéral, 2020).

Cette Convention comporte 54 articles. Il y a le droit d'être protégé de la violence, de la maltraitance et de toutes formes d'abus (UNICEF, 2015). L'article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant est particulièrement lié à la problématique de la maltraitance infantile. Il déclare :

Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié (Art. 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997, s. d.).

Toujours en lien avec la thématique de la maltraitance infantile, la CIDE met en avant la notion de non-discrimination. Cela renvoie à un fondement principal de la Commission d'éthique des infirmiers, qui stipule que chaque personne, enfant ou adulte, indépendamment de son statut, de son environnement et de ses conditions externes, a le droit à des soins infirmiers répondant à leurs besoins. Chaque enfant victime de maltraitance est accueilli auprès des infirmières, qui afin de répondre à des droits humains, prodiguent les soins nécessaires et mettent en route des démarches de signalement lorsque cela est nécessaire (Association Suisse Des Infirmières et des Infirmiers [ASI], 2015, p. 1-2, CIDE, 2015).

Puis, la CIDE, traite d'un élément non-négligeable, qui est l'intérêt supérieur de l'enfant et de son bien-être. En effet, le bien-être de l'enfant est entravé lorsque ce dernier est victime de maltraitance. De ce fait, il rejoint une des qualités principales, qui est de « donner des soins sécuritaires ». Ce dernier fait résonnance aux principes éthiques en termes de bienfaisance et de non-malfaisance. Lors de suspicion, avérée ou non, de maltraitance chez un enfant, l'infirmière, ainsi que toute personne en lien avec l'enfant, doivent pouvoir lui octroyer l'aide et les soins nécessaires, afin de le protéger contre les éléments qui pourraient lui nuire (ASI, 2007, p. 1-2; CIDE, 2015).

Pour terminer, les droits de l'enfant sont vastes et nécessitent une prise en considération importante. Comme évoqué, l'enfant, par de nombreux articles de loi, est protégé contre toutes les formes de violence pouvant le mettre en danger de mort. L'infirmière a donc un rôle central à jouer lors d'admission d'enfant, pour qui il y a une suspicion de violence. Elle doit pouvoir être attentive à la situation, tout en suivant son évolution et transmettre l'information au médecin, qui est le détenteur principal du secret professionnel (COPMA, 2019, p. 11). Celui-ci a le droit et l'obligation d'aviser l'APEA s'il a connaissance d'une mise en danger potentielle de l'enfant et s'il y a une présence de signes concrets de maltraitements (COPMA, 2019, p. 5).

Le premier concept ayant été décrit, il est important de définir celui de la maltraitance.

## **2.2 La maltraitance infantile**

Il est nécessaire de connaître les différentes formes de maltraitance, les symptômes et les signes évocateurs de maltraitance, les conséquences ainsi que les facteurs de risque. Ces connaissances permettront à l'infirmière et aux autres soignants de détecter une éventuelle maltraitance et de cibler leurs surveillances.



Il est difficile de donner une définition à la maltraitance de l'enfant, car elle varie en fonction des cultures et de la société (Jlalia et al., 2016). L'Haute Autorité de Santé (HAS) (2014) définit l'enfant maltraité comme « un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (p. 4).

### **2.2.1 Les formes de maltraitance**

Il existe différentes formes de maltraitance infantile dans le monde médical : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique, la négligence, l'abus sexuel et le syndrome de Münchhausen par procuration (SSP, 2019). L'infirmière, en collaboration, devrait être capable de les différencier et/ou de les reconnaître lorsqu'un cas se présente à elle.

Tout d'abord, la maltraitance physique se caractérise par l'usage intentionnel de la force physique contre un enfant, entraînant ou risquant fortement d'entraîner un préjudice réel pour la santé, la survie, le développement et la dignité de l'enfant. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, secouer, donner des coups de pieds, pincer, mordre, étrangler, bousculer, brûler, empoisonner, faire suffoquer, noyer, induire délibérément une maladie, tirer les cheveux et lui frapper la tête contre le mur (Fondation Action Enfance, s. d.; Protection de l'enfance Suisse, 2020b; Service de protection de l'adulte et de la jeunesse, s. d.). Cela peut aller jusqu'au meurtre (OMS, 2020b).

Ensuite, la maltraitance psychologique est le fait d'infliger une détresse morale ou de l'anxiété par des actes répétitifs incluant des menaces verbales, une discrimination, un isolement social, de l'intimidation, de l'humiliation, du dénigrement, le fait de limiter les mouvements d'un enfant et de le ridiculiser. Elle peut être volontaire ou involontaire. Il se peut que l'enfant lui-même ne soit pas la cible de violences domestiques, mais en y assistant, il est soumis à un stress psychique s'apparentant à de la violence psychologique (Fondation Action Enfance, s. d.; Protection de l'enfance Suisse, 2020b). La maltraitance psychologique est tout aussi néfaste que la violence physique. Elle peut avoir des conséquences plus graves sur le plan émotionnel que la maltraitance physique. Cependant, elle est souvent sous-estimée, voire minimisée par rapport à la violence physique (Protection de l'enfance Suisse, 2020a).

Puis, la négligence est une carence significative voire une absence de réponses aux besoins de l'enfant. La personne ayant la charge de l'enfant ne veille pas à son développement, si elle est en position de le faire. Différents domaines sont concernés par la négligence. Celle-ci touche le domaine physique avec l'alimentation, l'habillement,

l'hygiène, le logement, les soins et la santé. Elle porte aussi sur le domaine éducatif avec l'encadrement, la surveillance, l'éducation, ainsi que sur le domaine psychologique avec l'affection, l'attention et l'encouragement (Service de protection de l'adulte et de la jeunesse, s. d.).

De plus, l'abus sexuel se qualifie par la participation d'un enfant à une activité sexuelle sans son consentement. L'enfant n'est pas entièrement en mesure de comprendre cette activité et d'y consentir en connaissance de cause. L'abus sexuel concerne le rapport sexuel mené à terme ou tenté, ainsi que les actes comme le voyeurisme, le harcèlement, le trafic sexuel, et l'exploitation en ligne (OMS, 2020b).

Enfin, le syndrome de Münchhausen par procuration est un trouble psychiatrique consistant à inventer ou provoquer des symptômes chez un enfant. La création des symptômes peut être faite, par exemple, à travers l'empoisonnement des aliments. Cela est fait dans le but de donner l'impression que l'enfant est blessé ou malade. Généralement, cela est fait par la mère. Ce syndrome est également connu sous le nom de trouble factice par procuration (Pietrangelo, 2017; Scheuerman et al., 2013).

### **2.2.2 Les signes et symptômes cliniques évocateurs de maltraitance**

Il est important pour l'infirmière des urgences de connaître les signes et symptômes évocateurs de maltraitance. En effet, lors de l'admission et de la consultation d'un enfant, avoir ces connaissances pourrait lui permettre d'identifier une situation à risque ou la présence de signes évocateurs d'une maltraitance (HAS, 2019). Le diagnostic se fait sur l'évaluation des signes cliniques, des propos recueillis, sur le comportement de l'enfant et de l'entourage, ainsi que sur les facteurs de risque. L'évaluation et la prise en charge sont multidisciplinaires (Bontemps et al., 2016).

Lors de l'anamnèse, chez le nourrisson, il faut suspecter une maltraitance lorsque les parents se disent nerveusement épuisés et rapportent des pleurs inconsolables. À tout âge, il faut suspecter une maltraitance lorsque des faits de maltraitance sont révélés par l'enfant lui-même ou son entourage, lorsqu'il n'y a pas d'explication pour la blessure ou une explication vague, les détails sur l'explication changent, l'explication donnée n'est pas compatible avec la blessure ou l'âge de l'enfant et si l'entourage rapporte des explications différentes. Il y a aussi suspicion lors de retard de recours aux soins, de plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire, d'antécédents d'accidents domestiques répétés, de chute des résultats scolaires et lors de faits de maltraitance dans la fratrie (HAS, 2017, p. 2).

Lors de l'examen clinique, il est important de rechercher les signes de maltraitance physique, psychologique, de négligence, d'abus sexuels et du syndrome de Münchhausen par procuration (HAS, 2017, p. 3). Il existe différents signes évocateurs de maltraitance physique. À ce sujet, les principaux signes à considérer sont les ecchymoses, les brûlures, les morsures, les fractures et les lésions viscérales (HAS, 2017, p. 2-3; HAS, 2019).

Pour commencer, les ecchymoses sont évocatrices de maltraitance, en particulier chez un enfant ne se déplaçant pas seul, lorsqu'elles sont au niveau des oreilles, des joues, du cou ou sur des zones habituellement non exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses. Les ecchymoses multiples, de grande taille et reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main sont aussi à considérer lors de maltraitance. En l'absence de traumatisme retrouvé, les contusions sont suspectes quelle que soit leur localisation (HAS, 2017, p. 2).

Puis, les brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes), par contact reproduisant la forme d'un objet (appareil ménager, cigarette), atteignant les plis, siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements, comme les fesses et le périnée, ainsi que les lésions d'abrasion des poignets et des chevilles (contention par liens), sont évocatrices de maltraitance (HAS, 2017, p. 3).

Ensuite, les morsures en marque circulaire ou ovale, faites de deux arcs concaves opposés, peuvent être liées à de la maltraitance (HAS, 2017, p. 3). Cependant, il faut connaître le contexte de la morsure. Le parent pourrait mordre l'enfant sans avoir l'intention de nuire.

De plus, les fractures chez un nourrisson, sont toutes suspectes en dehors d'un traumatisme à très forte énergie, comme un accident de la voie publique ou une chute de grande hauteur. À tout âge, les fractures multiples et celles présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie peuvent évoquer de la maltraitance (HAS 2017, p. 3). Néanmoins, il faut être attentif à la présence d'une maladie rhumatismale comme l'ostéogénèse imparfaite, également appelée la maladie des os de verre, qui est souvent présente dès la naissance (Centre interdisciplinaire des maladies osseuses, 2020). Certains symptômes de cette maladie peuvent se confondre avec la maltraitance. En effet, elle se caractérise par une fragilité osseuse accrue avec un risque de fracture élevé, ainsi que par l'apparition d'hématome après des chocs légers (Ligue suisse contre le rhumatisme, s. d.).

Enfin, les lésions des organes pleins (foie, pancréas) ou des viscères creux (reins, estomac, intestin), se manifestant par des nausées, des vomissements, des signes d'hémorragie interne (pâleur) et un abdomen chirurgical (douleur abdominale sévère) doivent alerter (HAS, 2017, p. 3).

Quant à la maltraitance psychologique, elle doit être évoquée chez le nourrisson qui présente des troubles de l'interaction et/ou du comportement liés à un défaut de l'attachement (HAS, 2017, p. 3). Ces troubles chez le nourrisson pourraient s'observer, par exemple, à travers l'évitement de celui-ci (tourner le dos, éviter de regarder, pas de recherche de contact physique) (Bonneville-Baruchel, 2018). Globalement, elle peut se manifester à travers des signes comportementaux, comme des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation et des problèmes de concentration. Il y a les signes émotionnels, comme la tristesse, les pleurs, la colère, l'agressivité, l'isolement, le détachement, l'évitement et la baisse de l'estime de soi. Il est aussi possible de repérer des signes dans l'interaction entre l'adulte et l'enfant, comme une indifférence, de la négativité et un rejet de l'adulte envers l'enfant (L'enfant bleu, 2018).

La négligence peut être décelée à travers d'autres signes. Elle peut se manifester par une dénutrition, une faim continuelle, une mauvaise hygiène, le port de vêtements inadéquats, des soins médicaux non effectués, un retard de développement, des carences éducatives, de la somnolence, de la fatigue permanente et de la tristesse permanente. (Fondation Action Enfance, s. d.).

L'abus sexuel peut être évoqué lors de la présence de sperme sur le corps de l'enfant ou sur ses vêtements, lors de lésions au niveau génital, périnéal et anal, lors de saignements vaginaux et rectaux, ainsi que lors de douleurs pelviennes, génitales ou anales. Les infections sexuellement transmissibles peuvent être liées à l'abus sexuel. La présence de contusions ou de déchirures hyménales est suspecte, particulièrement si les lésions sont importantes. L'absence d'une déchirure de l'hymen n'exclut pas un abus sexuel, car il peut y avoir une pénétration vaginale sans déchirure de l'hymen et une violence sexuelle sans pénétration vaginale. La maltraitance sexuelle n'entraîne pas de séquelles physiques évidentes dans de nombreux cas. Il serait important de s'intéresser aux manifestations liées à l'agression, comme les douleurs abdominales, les vomissements, la constipation et la contraction du sphincter anal au cours de la défécation. Il y a d'autres signes comportementaux manifestant la souffrance, comme le changement comportemental de l'enfant avec des peurs, des pleurs, une tristesse, des troubles de l'appétit et des troubles du sommeil (Josse, 2020).

Le syndrome de Münchhausen peut être soupçonné lorsqu'un enfant a une maladie répétée ou inhabituelle dont aucune raison ne peut être trouvée, quand l'enfant ne va pas mieux même avec des traitements qui devraient l'aider, lorsque les symptômes apparaissent uniquement avec la présence du soignant et disparaissent en son absence. Mis à part les signes sur l'enfant, il peut être judicieux d'observer les parents. Il y a d'autres signes,

comme le fait que le parent ne s'implique pas dans le traitement, qu'il mente sur les tests et traitements antérieurs (Healthwise, 2019). La personne atteinte de ce trouble mental exagère ou ment sur les symptômes de l'enfant afin d'attirer l'attention (Pietrangelo, 2017).

Outre les signes physiques, lors de maltraitance, l'infirmière ainsi que toute personne en contact avec l'enfant, doivent être attentives aux signes comportementaux qui peuvent être observés chez l'enfant ainsi que chez l'entourage (HAS, 2017).

D'une part, les signes comportementaux de l'enfant englobent toute modification du comportement habituel de l'enfant, dans tous ses lieux de vie, que ce soit à la maison, avec les pairs, ou à l'école, pour laquelle il n'y a pas d'explication claire. L'enfant peut se montrer craintif, être replié sur lui-même, éviter le regard. Il peut avoir des troubles du sommeil, des cauchemars, des troubles du comportement alimentaire, comme une anorexie ou une boulimie. Un comportement d'opposition, une agressivité, ou à l'opposé, une recherche d'affection et de contact, une labilité et une imprévisibilité du comportement et de l'état émotionnel, peuvent aussi évoquer de la maltraitance (HAS, 2017, p. 3).

D'autre part, les signes comportementaux de l'entourage peuvent être envers l'enfant et/ou des intervenants. Vis-à-vis de l'enfant, les parents peuvent se montrer intrusifs, s'imposer à la consultation médicale, parler à la place de l'enfant, ou alors se montrer indifférents envers l'enfant, ne pas le regarder, ne pas avoir de gestes ou de paroles envers lui (HAS, 2017, p. 4). Vis-à-vis des intervenants, les parents peuvent minimiser, banaliser ou contester des symptômes ou les dires de l'enfant. Ils peuvent le dénigrer ou l'accuser. Il se peut qu'ils refusent des investigations médicales ou tout suivi social sans raison, ou au contraire, avoir une attitude d'hyper recours aux soins. Les parents peuvent aussi être agressifs ou sur la défensive envers les professionnels de la santé (HAS, 2017, p. 4).

### **2.2.3 Les conséquences de la maltraitance**

La maltraitance peut avoir des conséquences sur le long terme. En effet, elle entraîne des souffrances pour les enfants, mais aussi pour leur famille. Les effets de la maltraitance sont importants, peu importe la forme de maltraitance (Hélie & Clément, 2019). Ces éléments montrent la nécessité de détecter la présence de maltraitance, par les infirmières en collaboration avec d'autres professionnels, afin d'éviter ou de réduire les conséquences de la maltraitance.

Au-delà du décès, qui est la conséquence la plus grave de la maltraitance, il y a deux catégories de conséquences de la maltraitance envers les enfants. Premièrement, il y a les atteintes à la santé physique. Celles-ci se manifestent par des traumatismes physiques

(lésions, fractures, ...) pouvant entraîner un handicap. Par exemple, le fait de secouer un bébé peut modifier la structure de son cerveau et causer des dommages permanents. Ces dommages peuvent conduire à des retards et déficits psychomoteurs, des difficultés d'apprentissage et des problèmes visuels ou auditifs (Hélie & Clément, 2019). Elles se manifestent aussi par de la négligence en matière de soins (malnutrition, carence, maladies non traitées) pouvant conduire à une dégradation de l'état physique (Fondation Action Enfance, s. d.). Deuxièmement, il y a les atteintes à la santé mentale. L'enfant ne peut pas se développer correctement, lorsque la personne qui est censée lui apporter la sécurité, les soins et l'éducation, est la source de danger et d'angoisse. Ces atteintes peuvent affecter l'image de soi, l'aptitude à faire confiance et à s'investir dans les relations sociales. Cela pourrait entraîner un retrait, de la tristesse, de la dépression, des tentatives de suicide, de l'agressivité et de la violence envers les autres (Fondation Action Enfance, s. d.).

D'après l'OMS (2020a), l'enfant qui subit un stress extrême à la suite de maltraitance, une fois adulte, est davantage exposé à des troubles comportementaux, physiques ou psychiques. Ces divers troubles sont la dépression, le tabagisme, l'obésité, la propension à commettre des violences, les comportements sexuels à risque, l'alcoolisme et la toxicomanie. L'origine de ces troubles est l'atteinte du développement du système nerveux, immunitaire et endocrinien. La maltraitance et les facteurs de risque mentionnés peuvent favoriser l'apparition de maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (Shields et al., 2016; Tarquinio & Tarquinio, 2021).

Les séquelles de la maltraitance dépendent de l'âge et de la capacité de résistance des enfants. C'est-à-dire, qu'un enfant résilient\* serait davantage capable de surmonter le choc qu'un enfant non résilient. Elles dépendent également de l'intensité et de la fréquence des actes violents (Protection de l'enfance Suisse, 2020a). Une violence très intense, une combinaison de différentes maltraitements, ainsi qu'une exposition prolongée, entraînent de graves séquelles (mentionnées ci-dessus) (Département Fédéral de l'Intérieur [DFI] 2020, p. 6; Hughes et al., 2017).

#### **2.2.4 Les facteurs de risque**

Il y a plusieurs facteurs de risque, voici quelques exemples mentionnés par l'OMS (2020a, 2020b) et la HAS (2019). Pour commencer, il y a les facteurs liés à l'enfant : la prématurité, le sexe, l'âge, il est âgé de moins de 4 ans, c'est un adolescent, c'est un enfant non désiré, l'enfant ne répond pas aux attentes des parents, il a des besoins spéciaux, il pleure de manière persistante et il présente une anomalie physique. Ensuite, il y a les facteurs liés aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant : la séparation néonatale, la

dépression post-partum, la difficulté à établir un lien avec l'enfant, le manque d'attachement émotionnel, le manque d'attention pour l'enfant, le fait d'avoir soi-même subi des maltraitements durant l'enfance (une femme sur cinq et un homme sur 13), des attentes irréalistes, l'abus d'alcool ou de drogues et le fait d'avoir des difficultés financières. Puis, il y a les facteurs relationnels concernant les relations au sein de la famille, entre partenaires intimes, et amis : la présence de trouble physique / psychique chez un membre de la famille, l'éclatement de la cellule familiale ou des violences entre des membres de la famille, l'absence d'un réseau de soutien, l'isolement et une perte de soutien de la part de l'entourage. Enfin, il y a les facteurs communautaires et sociétaux : les inégalités sexuelles ou sociales, la pauvreté (les familles pauvres se conforment plus difficilement aux normes éducatives de la société) (Humanrights, 2007), les taux de chômage élevés, des politiques et des programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance infantile et l'existence de normes sociales et culturelles encourageant la violence envers autrui.

Avoir connaissance de ces différents facteurs de risque permet, aux professionnels, de repérer d'éventuels facteurs de vulnérabilité et d'orienter les familles vers des structures de soutien, afin de prévenir le danger (HAS, 2019).

Les concepts de l'enfant et de la maltraitance ont été définis. Pour faire le lien avec les soins infirmiers, le dernier concept, celui de l'infirmière doit aussi être développé.

### **2.3 Le rôle infirmier aux urgences**

Ce travail de Bachelor est centré sur le rôle de l'infirmière dans le dépistage et le signalement des cas de maltraitance dans un service d'urgence. C'est pourquoi, il est indispensable de connaître son rôle ainsi que le fonctionnement des urgences.

Lorsqu'un patient et ses proches arrivent aux urgences, ils sont accueillis par une infirmière spécialisée, l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). Elle procède à une évaluation de l'état de santé du patient, et en cas de besoin ou de doute, elle peut demander l'avis au médecin (HVS, s. d.-a, p. 2). Le premier entretien permet de comprendre le problème de santé, de définir la priorité d'urgence, d'orienter vers le secteur le plus approprié (salle de réanimation, médecine, chirurgie, traumatologie, pédiatrie) et d'informer sur la suite de la prise en charge (CHUV, 2021). Dès ce moment, l'infirmière peut apercevoir des éléments anormaux en lien avec la maltraitance (entretien, observation globale).

Lors de l'évaluation, l'infirmière fait un « triage ». Elle attribue un degré de gravité selon une échelle standardisée. Le triage définit un temps limite pour l'installation du patient en salle de soins (le délai le plus approprié pour être vu par le médecin) (HVS s. d.-a, p. 2).

L'échelle de tri et de gravité valaisanne (annexe V) comporte cinq degrés d'urgence et chaque degré a un délai d'attente différent. Le délai d'attente aux urgences est la durée entre l'arrivée du patient et la consultation médicale. Le premier degré signifie « très urgent », et la prise en charge se fait immédiatement. Le deuxième signifie « urgent » et le délai d'attente est de 20 minutes. Le troisième signifie « semi-urgent », et l'attente est d'une heure. Le quatrième et le cinquième signifient « non-urgent » avec un délai d'attente de 120 minutes et de 180 minutes. Ces délais ont été mesurés sur le site de Sion et de Viège (HVS, 2017, p. 3-4).

Dès que le patient est installé en salle de soins, il sera d'abord pris en charge par une infirmière ou une ASSC. À ce moment, le professionnel de la santé sera en première ligne pour observer l'enfant dévêtu, son comportement avec ses parents et vice-versa. Il sera ensuite examiné par un médecin urgentiste. Il se peut que le patient nécessite l'avis d'un spécialiste, comme celui d'un pédiatre ou d'un orthopédiste ou qu'il ait besoin d'exams complémentaires, comme un scanner ou une radiographie (HVS, s. d.-a, p. 2). Dans le cas de l'enfant, celui-ci peut être accompagné de ses parents ou de ses proches.

L'infirmière des urgences doit avoir des compétences spécifiques pour assurer la sécurité, la continuité et la qualité des soins au patient nécessitant des soins d'urgence. Mais, toutes les infirmières des urgences n'ont pas de formations continues. L'infirmière peut, à travers une formation en soins infirmiers généraux, travailler dans un service d'urgence. Son parcours se construira pas à pas. Lors d'un premier temps, elle développera des acquis d'expérience et ses capacités de réflexions. Dans un second temps, elle pourra être formée pour le poste d'IAO. L'IAO doit être organisée, réaliser des soins médico-délégués, avoir des capacités d'observation et d'analyse pour le recueil de données. Elle doit faire preuve d'écoute et de disponibilité. Elle doit également être capable de gérer le stress, afin de gérer les imprévus pouvant être rencontrés dans un service comme les urgences (Faiss, 2021).

Elle doit être formée, afin de développer son expertise en soins infirmiers, dans les domaines des soins d'urgences adultes et pédiatriques. L'infirmière a la possibilité d'effectuer une formation continue et obtenir un diplôme postgrade comme un « Diploma of Advanced Studies » (DAS) en soins d'urgence/soins aigus (SUSA) sur deux ans et en cours d'emploi. Cette formation permet de développer différentes compétences (mentionnées ci-dessous), que l'infirmière pourra mobiliser lors de la prise en charge d'un enfant maltraité. Cette formation permet notamment de mettre en pratique des soins adaptés à des situations pouvant être complexes. La maltraitance infantile est un sujet complexe et son accompagnement nécessite la prise en compte de nombreux aspects, comme le degré d'urgence (Haute Ecole de Santé, s. d.).



D'après le rapport de la Haute École de Santé (2019), lors des cours pour l'obtention du DAS, l'infirmière apprend à analyser et à interpréter ses observations, fixer des priorités, recueillir des données et établir un plan d'action afin de satisfaire les besoins du patient (p. 2). Elle participe aussi à la mise en place du tri, pour classer les patients par degré d'urgence, afin de les orienter vers le secteur de soins le plus approprié. Lors de cette formation, il y a aussi un module sur la gestion de « l'urgence dans l'urgence et en pluridisciplinaire », qui traite notamment des urgences pédiatriques. Celui-ci permet de trouver et d'utiliser des moyens et des ressources pour favoriser le passage de la crise à une situation normale. Les autres compétences principales acquises sont la gestion des situations de crise et la coordination des ressources et de l'équipe pluridisciplinaire (p. 3).

Mis à part le DAS SUSAS, l'infirmière peut faire un DAS en santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Cette formation se fait à la Haute École de Santé de Genève. Elle permet entre autres, d'acquérir et d'approfondir des compétences spécifiques dans le domaine « de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille dans ses différents lieux de vie, soins et éducation, ainsi que des compétences méthodologiques, sociales et personnelles nécessaires à l'exercice de ses fonctions » (Haute Ecole de Santé de Genève, 2021).

### **2.3.1 La détection et les outils**

Le diagnostic de la maltraitance chez l'enfant est complexe. Il existe pour les professionnels de la santé, un outil de triage pour évaluer l'enfant gravement malade ou accidenté. Cet outil est le Triangle d'Évaluation Pédiatrique (TEP). Il permet d'évaluer la gravité de toute situation en quelques secondes et d'engager les mesures nécessaires. Le degré d'urgence ne sera pas le même pour un enfant arrivant inconscient aux urgences qu'un enfant conscient, par exemple. Cet outil utilise la vision, l'audition et le toucher. Cet outil comporte trois composantes : l'apparence, le travail respiratoire et l'état circulatoire. Ce triangle permet de détecter rapidement les signes d'une urgence vitale (Gehri et al., 2011).

Suite à cela, si le TEP montre des signaux anormaux, comme une pâleur chez l'enfant ou encore une peau décolorée, il est nécessaire de pratiquer un examen clinique complet de l'enfant dévêtu. Le fait de le déshabiller complètement permet d'identifier d'éventuelles marques sur la peau et un manque d'hygiène corporelle (Lips et al., 2020, p. 20-21).

L'infirmière ou les professionnels entourant l'enfant peuvent, par exemple, observer des hématomes, des traces de coups ou encore de morsures humaines. Ces traces sont assimilées à de la maltraitance, notamment lorsque des objets, comme une ceinture ou un câble électrique sont utilisés (Lips et al., 2020, p. 20-21).

Autres exemples, le professionnel peut observer des signes d'ébouillantage au niveau des mains, des pieds et des zones ano-génitales, ainsi que des signes de brûlures avec des traces laissées par des objets, comme un gril, un fer à repasser ou une cigarette. Ces éléments éveillent un soupçon de maltraitance (Lips et al., 2020, p. 22-23).

Les autres éléments à rechercher lors de l'examen clinique, selon la HAS (2017), sont la mesure des paramètres de croissance, comme la taille, le poids et le périmètre crânien. Par exemple, si l'enfant est négligé, une prise de poids insuffisante sera objectivable (p. 4). Le professionnel doit aussi faire une évaluation du développement psychomoteur et des capacités de l'enfant, un examen des muqueuses et une palpation généralisée à la recherche de fractures ou de douleur (HAS, 2019). Il est aussi important d'observer et d'analyser le comportement de l'enfant, ainsi que celui de ses proches tout au long de l'examen clinique (HAS 2017, p. 4).

L'entretien avec l'enfant et l'entourage est également essentiel. Celui-ci doit être mené avec prudence. Ces actions permettent de récolter un grand nombre d'informations (Haute Autorité de Santé [HAS], 2019; OME, 2018, p. 34). L'entretien peut être mené par l'infirmière en collaboration avec le médecin si nécessaire.

Selon la HAS (2019), il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en ayant recours aux questions ouvertes et sans porter de jugement. Cela va permettre de recueillir différentes informations, comme les antécédents médicaux, les événements ayant pu affecter l'enfant et le comportement habituel de celui-ci. Cet entretien permet aussi de connaître l'environnement dans lequel l'enfant grandit, ainsi que sa relation avec ses parents et son entourage (HAS, 2019). Un entretien avec l'enfant, si son âge le permet, et avec son accord, peut être bénéfique, afin de récolter des données. Il est important de laisser l'enfant s'exprimer, de poser des questions ouvertes et de lui montrer que ce qu'il dit est pris au sérieux. Si des lésions ont été repérées, il faudrait rechercher d'éventuelles contradictions entre les explications données et les lésions présentes (HAS, 2019).

Il est nécessaire de pouvoir détecter précocement les situations dans lesquelles un enfant est en danger. Il faudrait pouvoir reconnaître, le plus tôt possible, les enfants qui sont menacés dans leur bien-être physique, psychique ou sexuel afin de pouvoir leur offrir un soutien (Direction de l'intérieur et de la justice, s. d.).

### **2.3.2 La procédure en cas de suspicion de maltraitance**

Selon l'OME, si l'infirmière suspecte un cas de maltraitance, elle s'adresse au médecin assistant, qui lui se réfère au médecin chef des urgences ou au pédiatre (2018, p. 33).

### **2.3.3 Le signalement**

L'infirmière et tout autre professionnel de la santé sont en droit de signaler les cas de mauvais traitements, plusieurs articles de loi en font mention.

Le Code Civil (CC) sur la protection de l'enfant, fait mention du droit d'aviser l'autorité : « Toute personne a le droit d'aviser l'autorité de protection de l'enfant que l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un enfant semble menacée. » (Art. 314c du Code Civil Suisse du 15 décembre 2017 sur le droit d'aviser l'autorité, s. d.).

Le Code Pénal (CP), mentionne aussi le droit d'aviser : « Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction peuvent aviser l'autorité de protection de l'enfant des infractions commises à l'encontre de ceux-ci. » (Art. 364 du Code Pénal Suisse du 21 décembre 1937 sur le droit d'aviser, s. d.-b).

Toujours selon le CP, si un professionnel est au courant d'une mise en danger d'un mineur et ne la signale pas, il peut être puni. Cela est mentionné comme suit :

Celui qui aura violé son devoir d'assister ou d'élever une personne mineure dont il aura ainsi mis en danger le développement physique ou psychique, ou qui aura manqué à ce devoir, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (Art. 219 du CP, s. d.-a).

## **3 Méthode**

### **3.1 Devis de recherche**

Selon Fortin (2016), le paradigme est « un modèle de référence fondamental sur lequel s'appuient les chercheurs d'une discipline donnée pour orienter la recherche selon leur orientation philosophique » (p. 25). Deux principaux paradigmes de recherche existent : le post positiviste et l'interprétatif (p. 26). Le post positiviste (recherche quantitative) suppose « qu'il existe une réalité objective, indépendante de l'observation humaine » (p. 28). Ce paradigme reconnaît que l'erreur existe, et que les résultats considérés comme probables peuvent être démentis (p. 28). Quant au paradigme interprétatif (recherche qualitative), il exclut l'existence d'une seule réalité considérée comme vraie. Selon ce paradigme, « la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (p. 28).

Dans cette revue de la littérature, six études de recherche sont analysées. Trois recherches retenues sont de nature qualitative\*, et trois de nature quantitative\*. Cinq des articles proviennent de la discipline infirmière.

### **3.2 Collecte des données**

Cinq bases de données\* ont été consultées au mois de mai 2020, pour vérifier la faisabilité de la thématique. Il s'agit de Pubmed, CINAHL, Embase, LiSSa et Cochrane. Pour la rédaction de ce travail, les données ont été collectées à partir de deux bases de données : Pubmed et CINAHL. Les données ont aussi été obtenues à partir d'une revue internationale à comité de lecture et en libre accès pour les spécialistes en soins infirmiers cliniques nommée « Sciedu Press » et de la revue « Nursing and Midwifery Studies (NMS)». Ces deux revues ont été trouvées lors de recherches de termes aléatoires sur internet. Les recherches sur la troisième base de données Embase, n'ont donné aucun résultat en lien avec la question de recherche. Les recherches y ont été effectuées en mai 2021.

Au départ, il y avait trois concepts pour la recherche d'articles : enfant, maltraitance infantile, infirmière. Les résultats ne ciblant pas les services d'urgences, un quatrième concept, celui du service d'urgence a été ajouté. Pour chaque concept, différents mots-clés ont été sélectionnés et traduits en anglais à l'aide du logiciel DeepL. Pour chaque concept, il y a aussi des descripteurs, qui ont été trouvés à l'aide des thésaurus MeSH, CINAHL Headings et Emtree. Les mots-clés, ainsi que les descripteurs d'un même concept, ont été assemblés grâce à l'opérateur booléen « OR ». L'opérateur booléen AND a été utilisé à la fin, pour assembler les différents concepts.

Ces recherches ont été effectuées avec le filtre des années (cinq dernières années), ainsi que par affiliation (auteur infirmier). Une exception a été faite, un article en lien avec la question de recherche a été sélectionné sur une revue infirmière, avec une limitation de 6 ans. Les tableaux récapitulatifs sont présentés ci-dessous. Ils ne montrent que quatre études retenues, comme expliqué précédemment, deux articles ne proviennent pas des bases de données.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
<b>Enfant (child)</b>	Child* OR kid* OR youth OR young	"Child"[Mesh]	MH "Child"	'child'/exp
<b>Maltraitance infantile (Child abuse)</b>	"child abuse" OR "child abuse and neglect" OR "child maltreatment" OR maltreatment OR violence	"Child Abuse"[Mesh] "Violence"[Mesh]	MH "Child Abuse" MH "Violence"	'child abuse'/exp 'child neglect'/exp 'violence'/exp
<b>Infirmier (nurse)</b>	Nurs* OR nursing OR "practical nurses" OR "pediatrics nurse" OR "emergency nurse practitioners"	"Nurses"[Mesh] "Nursing"[Mesh] "Nurse Practitioners"[Mesh] "Pediatric Nurse Practitioners"[Mesh]	MH "Nurses" MH "Practical Nurses" MH "Pediatric Nurse Practitioners" MH "Emergency Nurse Practitioners"	'nurse'/exp 'nursing'/exp 'practical nurse'/exp 'nurse practitioner'/exp 'pediatric nurse practitioner'/exp 'pediatric nurse'/exp 'emergency nurse practitioner'/exp
<b>Service d'urgence (emergency department)</b>	"Emergency department" OR "emergency room"	"Emergency Service, Hospital"[Mesh] "Emergency Medical Services"[Mesh]	MH "Emergency Service"	'emergency ward'/exp

Tableau 2 : Equation de recherche CINAHL

	<b>Equation de recherche</b>	<b>Etudes trouvées</b>	<b>Etudes retenues</b>
S1	(MH "Child")	477924	
S2	TI ( Child* <b>OR</b> kid* <b>OR</b> youth <b>OR</b> young ) <b>OR</b> AB ( Child* <b>OR</b> kid* <b>OR</b> youth <b>OR</b> young )	713516	
S3	S1 <b>OR</b> S2	905402	
S4	(MH " Child Abuse ") <b>OR</b> (MH "violence")	33585	
S5	TI ( "child abuse" <b>OR</b> "child abuse and neglect" <b>OR</b> "child maltreatment" <b>OR</b> "maltreatment" <b>OR</b> violence ) <b>OR</b> AB ( "child abuse" <b>OR</b> "child abuse and neglect" <b>OR</b> "child maltreatment" <b>OR</b> "maltreatment" <b>OR</b> violence )	46560	
S6	S4 <b>OR</b> S5	63221	
S7	(MH "Nurses") <b>OR</b> (MH "Practical Nurses") <b>OR</b> (MH "Pediatric Nurse Practitioners") <b>OR</b> (MH "Emergency Nurse Practitioners")	76727	
S8	TI ( Nurs* <b>OR</b> nursing <b>OR</b> "practical nurses" <b>OR</b> "pediatrics nurse" <b>OR</b> "emergency nurse practitioners" ) <b>OR</b> AB ( Nurs* <b>OR</b> nursing <b>OR</b> "practical nurses" <b>OR</b> "pediatrics nurse" <b>OR</b> "emergency nurse practitioners" )	579763	
S9	S7 <b>OR</b> S8	609582	
S10	(MH "Emergency Service")	57333	
S11	TI ( "Emergency department" <b>OR</b> "emergency room" ) <b>OR</b> AB ( "Emergency department" <b>OR</b> "emergency room" )	58142	
S12	S13 <b>OR</b> S14	87279	
S13	S3 <b>AND</b> S6 <b>AND</b> S9 <b>AND</b> S12	112	
S14	Limitation 5 ans	30	
S15	S14 <b>AND</b> Affiliation	2	1

Tableau 3 : Equation de recherche Medline (Pubmed)

	<b>Equation de recherche</b>	<b>Etudes trouvées</b>	<b>Etudes retenues</b>
S1	"Child"[Mesh]	1,962,598	
S2	("Child Abuse"[Mesh]) OR "Violence"[Mesh]	104,852	
S3	((("Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Nurse Practitioners"[Mesh]) OR "Pediatric Nurse Practitioners"[Mesh]	320,847	
S4	("Emergency Medical Services"[Mesh]) OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh]	148,076	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	38	
S6	Limitation 5 ans	2	1
S7	Articles recommandés	6	2

Tableau 4 : Equation de recherche Embase

	<b>Equation de recherche</b>	<b>Etudes trouvées</b>	<b>Etudes retenues</b>
S1	'child'/exp/mj	228,258	
S2	child*:ab,ti OR kid*:ab,ti OR youth:ab,ti OR young:ab,ti	3,101,591	
S3	S1 OR S2	3,204,412	
S4	'child abuse'/exp/mj OR 'child neglect'/exp/mj OR 'violence'/exp/mj	87,724	
S5	'child abuse':ab,ti OR 'child maltreatment':ab,ti OR maltreatment:ab,ti OR violence:ab,ti	76,841	
S6	S4 OR S5	121,118	
S7	'nurse'/exp/mj OR 'nursing'/exp/mj OR 'practical nurse'/exp/mj OR 'nurse practitioner'/exp/mj OR 'pediatric nurse practitioner'/exp/mj OR 'pediatric nurse'/exp/mj OR 'emergency nurse practitioner'/exp/mj	276,920	
S8	nurs*:ab,ti OR nursing:ab,ti OR 'practical nurses':ab,ti OR 'pediatrics nurse':ab,ti OR 'emergency nurse practitioners':ab,ti	564,449	

S9	S7 OR S8	674,046	
S10	'emergency ward'/exp/mj	35,781	
S11	'emergency department':ab,ti <b>OR</b> 'emergency room':ab,ti	171,560	
S12	S10 OR S11	175,753	
S13	S3 AND S6 AND S9 AND S12	120	
S14	Limitation de 5 ans	31	0

### 3.3 Sélection des données

Pour sélectionner les études, il a d'abord fallu que le titre soit en lien avec la thématique. Si c'était le cas, le résumé était lu. Puis, si celui-ci correspondait au thème, une lecture plus approfondie de l'introduction, de la méthode, des résultats et de la discussion était faite. Cela a permis de retenir les six articles demandés.

Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis dans le but de sélectionner des études répondant à la question de recherche de ce travail. Les critères d'inclusion étaient : étude de source primaire (quantitative, qualitative, mixte), étude disciplinaire, de langue française ou anglaise, datant des cinq dernières années (sauf une exception), traitant du rôle infirmier, de la maltraitance infantile (moins de 18 ans) et des services d'urgences. Les critères d'exclusion étaient : étude de source secondaire (revue systématique, méta-synthèse et méta-analyse), étude ne traitant que d'un type de maltraitance (par exemple, l'abus sexuel) et ne ciblant que le service pédiatrique.

Concernant l'étude parue avant 2016, celle-ci a été retenue, car son contenu est d'actualité et elle permet d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

Les études sélectionnées sont présentées dans le tableau ci-dessous. Leur niveau de preuve y est indiqué selon le tableau des preuves de la HAS.



Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

### 3.4 Considérations éthiques

Toutes les études, à l'exception de l'étude d'Attention et al. (2019), ont été approuvées par un comité d'éthique. L'anonymat a été garanti et un consentement a été demandé aux participants des différentes études.

### 3.5 Analyse des données

Les six études sont analysées et décrites distinctement. Pour chaque étude, un tableau de recension a été réalisé. Elles ont par la suite été analysées l'une après l'autre, afin d'en ressortir les principaux résultats. L'analyse des données comprend la description de l'étude, l'analyse de la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité des résultats, ainsi que la synthèse thématique en fin de section.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Hye-Mi, L., & Ji-soo, K.	Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses	2018	Medline (Pubmed)	IV
2	In Sook, L., & Kyoung, K.	Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea	2018	Medline (Pubmed)	IV
3	Schek, G., Silva, M., Lacharité, C., & Bueno, M.	Professionals and interfamily violence against children and adolescents: in between legal and conceptual precepts	2016	Medline (Pubmed)	IV
4	Atencion, B. C. S., Alingalan, A. F., Oducado, R. M. F., Cordova, J. D. N., Dumaguing, M. C. M., & Suaboksan, M. T. T.	Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines	2019	Cinhal	IV
5	Vosoghi, N., Fallahi-Khoshknab, M., Hosseini, M., & Ahmadi, F.	Iranian Nurses' Experiences of their Roles in Care Provision to the Victims of Child Violence: A Qualitative Study	2021	NMS	IV
6	Skarsaune, K., & Bondas, T.	Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse	2015	Sciedu Press	IV

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Hye-Mi, L., & Ji-Soo, K. (2018). Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, e47-e52.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.007>

Cette étude quantitative transversale descriptive\*, réalisée en Corée, a pour objectif d'examiner les prédicteurs de l'intention de signaler la maltraitance des enfants parmi les infirmières d'urgences en Corée.

Les chercheurs ont procédé à un échantillonnage de commodité\* dans huit hôpitaux de 500 lits ou plus à Gyeonggi-do et Incheon. Les services d'urgences sélectionnés ne séparaient pas les patients adultes des patients pédiatriques. Ils se sont basés sur les critères d'exclusion suivants : moins d'un an d'expérience aux urgences ou aucune expérience des patients pédiatriques aux urgences. L'échantillon\* final est composé de 200 infirmières d'urgences de huit hôpitaux dont l'âge moyen est de 27.9 ans.

Les données ont été collectées par le biais d'un questionnaire individuel, de février à mars 2015. Celui-ci évaluait différentes catégories : les caractéristiques personnelles, les connaissances de la méthode de signalement et la participation à une formation antérieure sur la maltraitance des enfants, la connaissance de la maltraitance infantile (la loi sur la protection des enfants contre la maltraitance, la compréhension des symptômes et des différents niveaux de gravité, la reconnaissance de ce qui constitue la maltraitance infantile), le contrôle comportemental perçu (le degré de confiance dans la conduite du signalement de la maltraitance présumée), l'expérience des cas de maltraitance des enfants et du signalement, l'attitude à l'égard de la violence envers les enfants et l'intention de signaler les cas de maltraitance infantile. Au total, 202 questionnaires ont été collectés, mais deux ont été exclus pour cause d'incomplétude.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS/WIN 21.0. La fiabilité\* des échelles a été évaluée à l'aide de l' $\alpha$  de Cronbach\*. L'analyse factorielle avec rotation VARIMAX\* a été utilisée afin de vérifier l'échelle d'attitude. La signification statistique a été jugée avec  $p < 0,05$ . Il en ressort que l'infirmière a un rôle important à jouer dans la détection et dans le signalement. Cependant, selon les principaux résultats de cette étude, 40% des infirmières ont déclaré savoir comment signaler les cas de violence envers les enfants. Cela signifie que la majorité, 60% des infirmières ne savent pas. Seulement 30.5% déclarent

avoir suivi une formation sur la maltraitance infantile. Pour le signalement des cas de maltraitance, 21.5% n'avaient pas l'intention de le faire. L'intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants était positivement corrélée\* avec les connaissances sur la maltraitance infantile, c'est-à-dire, la connaissance de la méthode de signalement et la participation à une séance d'éducation sur la maltraitance infantile ( $r = 0.258, p < 0.001$ ). Elle était aussi corrélée avec le contrôle comportemental perçu ( $r = 0.223, p < 0.01$ ) et l'attitude à l'égard de la maltraitance infantile ( $r = 0.343, p < 0.001$ ). L'attitude à l'égard de la maltraitance était le prédicteur le plus influent de l'intention de signaler la maltraitance.

#### 4.1.1 Validité méthodologique

Au niveau de la validité interne\*, le fait que le devis soit transversal descriptif, a permis la récolte d'informations sur les prédicteurs de l'intention de signaler les cas de maltraitance infantile. L'échantillonnage de convenance a permis aux chercheurs de sélectionner les infirmières travaillant aux urgences et qui étaient capables d'apporter des éléments concernant le sujet étudié. Le choix d'un questionnaire à remplir individuellement rend possible la collecte de données auprès d'un grand nombre d'individus et sur n'importe quel sujet, et les participants restent anonymes. L'utilisation d'un questionnaire sociodémographique permet d'avoir une vue d'ensemble sur la population\* étudiée.

À travers le questionnaire, différents sujets ont été traités et mesurés. Les échelles évaluant la connaissance de la maltraitance infantile, le contrôle comportemental perçu et l'attitude à l'égard de la violence envers les enfants avaient été testées au préalable auprès de 12 infirmières d'urgences. Leur coefficient de Kuder-Richardson 20\* (KR-20) ainsi que l'alpha de Cronbach sont acceptables. Ils présentent une valeur acceptable, s'ils sont entre 0,70 et 1. Ces tests permettent d'évaluer la fidélité\* du score à un test (la cohérence interne\*), et plus la valeur se rapproche de 1 et plus elle est satisfaisante. En ce qui concerne la corrélation entre l'intention de signaler la maltraitance des enfants et les principales variables\*, les chercheurs ont utilisé le coefficient de corrélation de Pearson\*. Celui-ci permet de détecter la présence ou l'absence d'une relation entre deux variables. L'intention de signaler la maltraitance infantile était positivement corrélée avec les connaissances sur la maltraitance des enfants, le contrôle comportemental perçu et l'attitude à l'égard de la maltraitance. Cependant, la relation était modérée voire faible, car la valeur est plus proche du zéro que d'un.

Au niveau de la validité externe\*, différents obstacles à la généralisation existent. D'abord, le choix d'un échantillonnage de convenance ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale. Il n'est pas représentatif. De plus, les 200 participants étaient des

infirmières, il n'y a pas d'hommes infirmiers inclus dans l'étude. Les auteurs identifient d'autres limites, comme le fait que les infirmières incluses dans l'étude travaillent dans des centres d'urgences de la capitale ou qu'elles sont affiliées à des établissements de niveau supérieur. Cela mène à dire, que les « petits hôpitaux », ne sont pas représentés. À travers ce biais d'échantillonnage\*, le sexe féminin et les « grands hôpitaux » pourraient être surreprésentés. Puis, le fait qu'ils ont utilisé des échelles conçues et développées pour cette étude, car il n'y avait pas d'échelle normalisée pour le signalement de la maltraitance.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cette étude met en avant les différents facteurs influençant l'intention de signaler les cas de maltraitance. À travers cela, il en ressort que l'infirmière a une responsabilité dans la détection et dans le signalement des cas de maltraitance infantile. Cependant, il faudrait que l'infirmière perçoive une responsabilité professionnelle dans le signalement de tels cas. Le fait qu'elle manque de connaissances sur la maltraitance infantile, sur la loi et sur la méthode de signalement, affecte sa prise en charge. Ces différents facteurs sont en lien. En effet, si elle ne pense pas avoir une responsabilité dans la détection et le signalement, et si elle n'a pas les connaissances nécessaires sur la maltraitance, elle ne pourra pas la détecter. De ce fait, elle ne pourra pas non plus la signaler.

La population coréenne est de culture asiatique. Certains actes considérés comme abusifs en occident, peuvent être considérés comme des mesures disciplinaires dans la culture coréenne. Les personnes ont tendance à considérer la punition des parents comme une discipline et la maltraitance infantile comme une affaire familiale. Il peut aussi y avoir des différences dans l'attitude des infirmières des urgences à l'égard de la maltraitance infantile, même si la loi l'interdit. C'est pourquoi, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés pour la population suisse. Malgré ces éléments, une telle étude peut être réalisée auprès des infirmières suisses des services d'urgences.

Bien que, cette étude se concentre sur les facteurs de l'intention de signaler les cas de maltraitance infantile des infirmières des urgences en Corée, les recommandations des chercheurs peuvent être intéressantes pour le contexte suisse. En effet, il en est ressorti que les connaissances sur la maltraitance infantile, que ce soit au niveau de la détection (signes et symptômes) et sur la méthode de signalement, étaient insuffisantes. C'est pourquoi, l'enseignement auprès des étudiantes infirmières ou des infirmières diplômées aux urgences devrait être perfectionné, afin de compléter/optimiser leurs connaissances sur ces différents points et améliorer leur prise en charge lorsqu'un cas se présente à elles. Il faudrait même envisager une formation obligatoire sur la maltraitance infantile.

## 4.2 Description de l'étude 2

In Sook, L., & Kyoung Ja, K. (2018). Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000186>

Cette étude est quantitative transversale descriptive. Elle a été réalisée en Corée. Elle a pour objectif d'identifier les connaissances sur la maltraitance des enfants, la sensibilisation au signalement de la maltraitance des enfants, les facteurs qui influencent les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et le professionnalisme, parmi un échantillon d'infirmières travaillant dans un service pédiatrique ou aux urgences en Corée.

Les chercheurs ont procédé à un échantillonnage de commodité pour sélectionner les infirmières travaillant dans un service pédiatrique ou à l'urgence pour enfants. Cette sélection s'est faite dans deux hôpitaux universitaires d'une région métropolitaine de Corée. Ils se sont basés sur le critère d'inclusion suivant : comprendre les objectifs et les méthodes de l'étude. L'échantillon final se compose de 116 infirmières volontaires.

Les données ont été collectées par le biais d'un questionnaire auto-administré, de juillet à novembre 2016. Les variables utilisées dans l'analyse mesuraient les caractéristiques personnelles, la connaissance de la maltraitance des enfants, la sensibilisation au signalement de la maltraitance des enfants, les attitudes envers le signalement obligatoire et le professionnalisme. Des données insuffisantes ont été récoltées auprès de quatre participants, par conséquent, 116 répondants ont fourni des données pour l'analyse.

Les variables ont été analysées à l'aide de moyennes\* et d'écart-types\*. Les différences entre les variables clés et les caractéristiques personnelles ont été analysées à l'aide de tests t\* ou d'analyses de variance à sens unique\* et de tests de Scheffe\*. Les corrélations statistiques entre les variables clés ont été analysées par des coefficients de corrélation de Pearson. Une analyse de régression hiérarchique\* à corrélations multiples, en deux étapes, a été utilisée pour identifier les variables qui ont influencé les attitudes à l'égard de la déclaration obligatoire. La fiabilité des échelles a été évaluée à l'aide de l'alpha de Cronbach et du coefficient de KR-20.

Concernant les principaux résultats, il en ressort que les professionnels de la santé ont une responsabilité fondamentale dans la détection et dans le signalement de la maltraitance infantile. Environ 56% avaient reçu une formation sur la maltraitance infantile. La plupart des répondants (96,6 %) n'avaient aucune expérience en matière de signalement de la violence envers les enfants, même si 62,1 % avaient l'intention de le faire s'ils la

soupçonnaient. Concernant les difficultés à signaler les cas de violence envers les enfants, 45,1 % ont déclaré, qu'ils avaient du mal à le faire, lorsque les preuves ne semblaient pas claires. Les soignants qui ont déclaré avoir reçu une formation régulière sur la maltraitance infantile ( $t = 3,505$ ,  $p = 0,001$ ) et ceux qui avaient signalé des cas de maltraitance ( $t = 3,510$ ,  $p = 0,027$ ), étaient en moyenne plus sensibilisés au signalement des cas de maltraitance. Les soignants travaillant au service des urgences pédiatriques ont déclaré avoir moins de connaissances sur la violence envers les enfants que les soignants travaillant dans d'autres services ( $F = 3,525$ ,  $p = 0,017$ ). La corrélation entre les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et le professionnalisme était statistiquement significative\* et positive ( $r = 0,293$ ,  $p = 0,005$ ). Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et la connaissance de la maltraitance infantile ou la sensibilisation au signalement de celle-ci.

#### 4.2.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, le fait que le devis soit transversal descriptif, a permis la récolte d'informations sur les connaissances de la maltraitance des enfants, la sensibilisation au signalement de la maltraitance des enfants, les facteurs qui influencent les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et le professionnalisme. Le choix d'un échantillonnage de convenance a permis aux chercheurs de sélectionner les infirmières travaillant en pédiatrie ou aux urgences et qui étaient capables d'apporter des éléments à leur étude. Le choix d'un questionnaire auto-administré rend possible la collecte de données auprès d'un grand nombre d'individus et sur n'importe quel sujet, et les participants restent anonymes. L'utilisation d'un questionnaire sur les caractéristiques générales permet d'avoir une vue d'ensemble sur la population étudiée.

À travers le questionnaire, différents sujets ont été traités et mesurés. Celui-ci a été élaboré sur la base de recherches antérieures. Dix infirmières ont participé à un pré-test et sur la base de leurs commentaires, le contenu du questionnaire a été finalisé. Les items ont été révisés et complétés après la vérification de la validité du contenu auprès de trois professeurs en soins infirmiers. Concernant la mesure des connaissances de la maltraitance infantile, des attitudes à l'égard du signalement obligatoire, et du professionnalisme, le coefficient de KR-20 ainsi que l'alpha de Cronbach sont acceptables. Leurs valeurs sont acceptables si elles sont entre 0,70 et 1. Ils permettent d'évaluer la fidélité du score à un test (la cohérence interne), et plus la valeur se rapproche de 1 et plus elle est satisfaisante. Quant à la mesure de la sensibilisation au signalement des abus envers les enfants, la valeur du coefficient KR-20 n'est pas acceptable, car elle est inférieure à 0.70.

Au niveau de la validité externe, il existe plusieurs obstacles à la généralisation. D'abord, le choix d'un échantillonnage de convenance ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale. Il n'est pas représentatif. De plus, sur les 116 participants, seulement dix soignants provenaient du service des urgences pédiatriques. Puis, les résultats obtenus ne concernent que deux hôpitaux universitaires en Corée. À travers ce biais d'échantillonnage, les infirmières du service de pédiatrie et de l'unité de soins intensifs pédiatriques, ainsi que les hôpitaux universitaires pourraient être surreprésentés. Les auteurs identifient d'autres limites, comme le fait que les éléments du questionnaire évaluant les connaissances sur la maltraitance des enfants peuvent avoir été imprécis et n'ont pas permis d'identifier clairement les caractéristiques des victimes de maltraitance.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans cette étude, il en ressort que les infirmières ont une responsabilité fondamentale dans la détection et dans le signalement des cas de maltraitance envers les enfants. Elles sont des « reporters mandatés », elles ont l'obligation de détecter et de signaler de tels cas. En Corée, la loi sur les services médicaux exige que le personnel de santé (infirmières, médecins), exerçant dans les établissements de santé, signale immédiatement les cas de maltraitance découverts pendant leur service à une agence de protection de l'enfance ou d'enquête. Lorsque la maltraitance d'un enfant est soupçonnée, elle doit être directement signalée en téléphonant au «1-1-2». Bien que, les infirmières coréennes soient conscientes de leurs responsabilités, elles ne savent souvent pas comment signaler la maltraitance infantile ou comment utiliser les ressources associées.

Cette étude s'intéresse aux infirmières coréennes, qui sont de culture asiatique. Certains actes considérés comme abusifs en occident, peuvent y être considérés comme des mesures disciplinaires. Dans cette étude, plusieurs infirmières pensaient que signaler la maltraitance n'aiderait pas l'enfant. Cela suggère indirectement que le système coréen de déclaration obligatoire est défaillant dans la prévention et dans la gestion de la maltraitance infantile. Les Coréens sont d'avis que la violence envers les enfants existe dans l'intimité de la famille. Selon eux, elle est considérée comme un problème familial plutôt qu'un problème social, ce qui peut causer des abus répétés. C'est pourquoi, ces résultats ne peuvent pas être généralisés pour la population suisse. Mais une telle étude peut être réalisée auprès des infirmières suisses des services d'urgences.

Les recommandations des chercheurs peuvent être intéressantes pour le contexte suisse. En raison d'une formation insuffisante sur la maltraitance des enfants, il est difficile pour les infirmières de reconnaître les preuves et de procéder à une détection précoce. Cependant,



elles doivent être capables d'évaluer avec précision les conditions physiques, émotionnelles et mentales des enfants. Par conséquent, elles ont besoin d'un soutien institutionnel avec une éducation et une formation systématiques sur l'identification de la maltraitance des enfants en milieu clinique, ainsi que sur les procédures de signalement. La formation sur le signalement de la maltraitance infantile devrait être comprise dans le perfectionnement professionnel continu et ne pas être dispensée de manière ponctuelle.

### 4.3 Description de l'étude 3

Schek, G., Silva, M. R. S. da, Lacharité, C., & Bueno, M. E. N. (2016). Professionals and interfamily violence against children and adolescents : In between legal and conceptual precepts. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 50(5), 779-784.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600010>

Cette étude qualitative, probablement de type phénoménologique, est menée au Brésil. Elle a pour objectif d'identifier les conceptions des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents à partir de leur discours.

Ce n'est pas spécifié, mais il semblerait que les chercheurs aient procédé à un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné\*. Les professionnels ont été sélectionnés dans des services, qui traitent les enfants et les adolescents, qui sont victimes de violence interfamiliale. Cela concerne notamment une unité de soins d'urgence et une unité de pédiatrie d'un hôpital universitaire, une unité de santé de base, un centre de référence spécialisé dans l'assistance sociale et une agence de protection de l'enfance. Ceux-ci sont situés dans une ville moyenne du sud du Brésil. L'échantillon final se compose de 15 professionnels ayant pris en charge des enfants et des adolescents, pour violence interfamiliale présumée ou confirmée. Parmi eux, six sont des infirmiers (trois travaillent dans un hôpital universitaire dans les domaines de la pédiatrie et des soins d'urgence, et trois intègrent les équipes de santé familiale d'une unité de santé de base), deux sont des psychologues, deux sont des médecins, deux sont des agents de santé communautaire, deux sont des conseillers et un est un travailleur social.

Les données ont été recueillies entre novembre 2013 et mars 2015, par le biais d'entretiens semi-structurés\*. Ils ont été réalisés individuellement sur le lieu de travail des différents professionnels et étaient guidés par un script. Ce script comprenait une investigation sur les idées des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents.

Les données ont été organisées et analysées en utilisant la technique de l'analyse du discours textuel\*. Celle-ci était guidée par les étapes suivantes : décomposer les entretiens, identifier les conceptions présentes dans le dialogue des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents, former les unités d'analyse, puis construire les relations entre ces unités. Les éléments recueillis ont été regroupés en trois catégories. Ces catégories ont reçu les désignations suivantes : la négligence professionnelle soutenue par la justification de la préservation de la famille, la confrontation entre la conception de la famille en tant qu'aidant et la famille qui commet la violence contre les enfants et le positionnement professionnel face à la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents.

Concernant les principaux résultats, les professionnels savent qu'ils ont un rôle à jouer dans la détection et dans le signalement des cas de maltraitance infantile. Cependant, la négligence professionnelle est soutenue par la justification de la préservation familiale. En effet, les déclarations de la plupart des personnes interviewées mettent en évidence le fait, que la violence envers les enfants et les adolescents, est encore perçue comme une affaire privée et familiale. Selon eux, c'est la famille qui peut déterminer comment elle veut traiter le problème. Il se peut, que face à des situations suspectes voire avérées de violences contre des enfants et des adolescents, certains professionnels finissent par négliger les informations récoltées durant la consultation avec la victime. Ils omettent ainsi de les notifier dans les dossiers médicaux, et de ce fait, ils ne respectent pas les aspects juridiques/légaux impliqués dans la gestion de ces situations (remplir le formulaire d'enquête individuelle de violence).

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Au niveau de la crédibilité, le fait que le devis soit probablement phénoménologique, a permis la récolte d'informations et la compréhension des perceptions des professionnels au sujet de la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents. Le choix d'un échantillonnage par choix raisonné a permis aux chercheurs de sélectionner les différents professionnels capables d'apporter des éléments à leur étude. Le choix d'un entretien semi-structuré permet d'approfondir et d'éclaircir différents points. Les auteurs ne font pas mention d'une saturation des données\*. Il se pourrait, que la totalité des informations ne soient pas recueillies. La fiabilité et la confirmabilité\* ne sont pas assurées, car les auteurs n'indiquent pas que la recherche a été répétée et relue par d'autres professionnels.

Au niveau de la transférabilité, il existe différents obstacles à la généralisation. D'abord, le choix d'un échantillonnage non-probabiliste restreint à 15 personnes ne permet pas de

généraliser les résultats à l'échelle nationale. Il n'est pas représentatif. De plus, sur les 15 participants, seulement six sont des infirmières et il n'y a pas d'hommes infirmiers représentés. Ensuite, seules trois infirmières travaillent dans les domaines de la pédiatrie et des soins d'urgence. Pour continuer, le chiffre exact des infirmières des urgences n'est pas précisé et les données récoltées auprès d'elles ne concernent qu'un hôpital universitaire. Puis, globalement, les résultats obtenus de tous, ne concernent que quatre institutions d'une ville moyenne du sud du Brésil. À travers ce biais d'échantillonnage, il se pourrait que le sexe féminin (infirmières) et le sud du Brésil soient surreprésentés.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans cette étude, il en ressort que les infirmières ont, d'un point de vue juridique, des responsabilités spécifiques concernant la détection et le signalement des cas de maltraitance infantile. Les professionnels questionnés admettent, que la violence interfamiliale envers les enfants et les adolescents, est un problème pouvant affecter leur santé et leur développement. Cependant, même s'ils ont une expérience considérable dans les services de protection des victimes, cela ne les pousse pas toujours à intervenir. En effet, selon eux, agir sur ce problème est parfois la responsabilité de la famille elle-même. Il semblerait, que l'idée que la famille ait l'autonomie nécessaire pour résoudre ses propres soucis, guide cette attitude. De plus, de nombreux professionnels se sentent heurtés par certaines situations, ce qui les pousse à prendre de la distance avec la victime et la famille.

Cette étude s'intéresse aux infirmières brésiliennes. Elles sont d'Amérique du Sud. Dans leur culture, certaines formes de maltraitements utilisées comme méthode disciplinaire, peuvent être socialement acceptées. Certains professionnels craignent de nuire à la victime de maltraitance s'ils procèdent au signalement, car cette mesure pourrait retirer l'enfant de son environnement familial. C'est pourquoi, ces attitudes peuvent retarder la détection et les interventions. Ces aspects ne permettent pas de généraliser les résultats à la population suisse. Mais une étude similaire peut être réalisée auprès des professionnels en Suisse.

Cette recherche met en évidence que les professionnels ne sont pas préparés à agir contre la violence. Effectivement, ils leur manquent des connaissances sur les signes et les symptômes de la maltraitance, ainsi que du soutien de la part de leur institution pour résoudre de tels cas. La façon dont cette problématique est perçue par certains professionnels, en est aussi la cause. Les chercheurs recommandent de se débarrasser de certains concepts préétablis, afin d'agir contre la violence interfamiliale. Cela permettra de mettre en évidence et de prioriser les besoins réels des victimes et des familles. Cette recommandation pourrait aussi être intéressante dans le contexte suisse.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Atencion, B. C. S., Alingalan, A. F., Oducado, R. M. F., Cordova, J. D. N., Dumaguing, Ma. C. M., & Suaboksan, M. T. T. (2019). Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 210-217. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14631.16806>

Cette étude quantitative descriptive transversale a été réalisée aux Philippines. L'objectif principal de celle-ci était de déterminer les facteurs associés à l'intention des infirmières de signaler les cas de maltraitance infantile à Iloilo, aux Philippines.

Les chercheurs ont procédé à un échantillonnage de convenance dans huit des 12 hôpitaux publics dans la province d'Iloilo. L'échantillon final se compose de 146 infirmières, des salles d'urgence et des services pédiatriques, ayant été sélectionnées le jour de l'enquête.

Les données ont été collectées à l'aide de l'échelle « Child Abuse Reporting Intention Scale (CARIS) ». Cette collecte de données a été faite au cours du troisième trimestre de 2017. Les chercheurs ont distribué les questionnaires au personnel infirmier en service. Le chef du département des soins infirmiers a proposé de rassembler son personnel infirmier dans une salle, afin que les chercheurs puissent distribuer les questionnaires. Il a fallu environ dix à 15 minutes pour y répondre. Dès la récupération, les questionnaires ont été examinés pour s'assurer qu'ils ne comportaient aucune donnée manquante.

Les données ont été codées et traitées par le biais du logiciel SPSS 20. Elles ont été analysées à l'aide des outils suivants : fréquence, pourcentage, moyenne et écart-type standard. Pour déterminer la relation entre les variables, le rho de Spearman\* a été utilisé. Le niveau de signification est fixé à 0.05 alpha.

À propos des principaux résultats, il en ressort que les infirmières ont la responsabilité légale et professionnelle de signaler la maltraitance infantile. Mais, la majorité (60,3 %) n'a pas été formée à ce sujet à l'école infirmière. Plus de la moitié (55,5 %) des infirmières ont déclaré n'avoir jamais suivi de formation en cours d'emploi sur la maltraitance infantile. La majorité (65,8 %) avait une faible connaissance de la maltraitance infantile et de la loi sur le signalement. Pourtant, toutes ont accepté leur responsabilité professionnelle à ce sujet. D'autres résultats montrent, que 30,1 % ont pu suspecter des cas de maltraitance infantile, mais n'ont pas été en mesure de les signaler aux autorités. Parmi ces 44 infirmières ayant soupçonné la maltraitance sans la signaler, un peu plus de la moitié (54,6 %) d'entre elles ont déclaré, que la raison principale pour laquelle elles ne l'avaient pas fait, était le sentiment d'incertitude quant aux preuves. Près de la moitié (47,7 %) a déclaré que la

deuxième raison était la peur des représailles. La troisième raison exprimée par beaucoup (45,5 %), était la crainte d'un litige. Il y a d'autres raisons, comme les questions culturelles (22,7 %), le manque de confiance dans l'autorité légale (15,9%) et les menaces (2,3%). Ensuite, 94,5% étaient plus susceptibles de signaler si des personnes « importantes » les encourageaient et soulignaient la nécessité de le faire. Enfin, concernant les relations entre les différentes variables, le rho de Spearman a révélé que l'attitude ( $r = 0,287$ ,  $p = 0,000$ ), la norme subjective ( $r = 0,239$ ,  $p = 0,004$ ) et le contrôle comportemental perçu ( $r = 0,222$ ,  $p = 0,007$ ), sont significativement liés à l'intention de signaler les cas de maltraitance infantile chez les infirmières à  $p < 0,05$ . Quant aux connaissances ( $r = 0,083$ ,  $p = 0,321$ ), elles n'avaient pas de relation significative avec l'intention des infirmières de signaler les cas.

#### 4.4.1 Validité méthodologique

Pour la validité interne, le choix d'un devis transversal descriptif, a permis la récolte de données sur l'éducation préalable et la formation en cours d'emploi de la maltraitance infantile, sur les antécédents de maltraitance et les raisons du non-signalement, ainsi que sur le niveau de connaissance, l'attitude et le contrôle comportemental perçu concernant la maltraitance infantile. L'échantillonnage de convenance a permis aux chercheurs de sélectionner les infirmières travaillant aux urgences ou en pédiatrie et étant en mesure d'apporter des éléments à leur étude.

À travers l'échelle de CARIS, différents sujets ont été traités et mesurés. Les alphas de Cronbach des sous-échelles de CARIS (version pour les infirmières) varient de 0,62 à 0,91. Leurs valeurs sont acceptables si elles sont entre 0,70 et 1. L'alpha de Cronbach permet d'évaluer la fidélité du score à un test (la cohérence interne), et plus la valeur se rapproche de 1 et plus elle est satisfaisante. De plus, pour cette étude, le CARIS a été astreint à une validation de contenu par cinq jurés, dans le but de s'assurer de la conformité des éléments par rapport au contexte local et aux lois existantes. L'échelle a été évaluée, comme un outil culturellement valide, pouvant être administré par les infirmières, aux Philippines.

Au niveau de la validité externe, il existe plusieurs obstacles à la généralisation. D'abord, le choix d'un échantillonnage de convenance ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale, car il n'est pas représentatif. De plus, sur les 146 participants, la majorité (71,2%) était des femmes. En plus, les chercheurs n'ont pas mentionné le nombre exact d'infirmières des urgences. Puis, les résultats obtenus ne concernent que les hôpitaux publics de la ville d'Iloilo. À travers ce biais d'échantillonnage, le sexe féminin ainsi que les hôpitaux de ville d'Iloilo pourraient être surreprésentés. Les chercheurs mentionnent la désirabilité sociale\* comme autre limite.

#### 4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche a déterminé les différents facteurs influençant l'intention de signaler les cas de maltraitance infantile. À travers celle-ci, il en ressort que l'infirmière a une responsabilité dans la détection et le signalement des cas de maltraitance infantile. Aux Philippines, il y a une loi conçue qui protège les enfants contre les abus, l'exploitation et la discrimination. Elle oblige les médecins et les infirmières, à signaler les cas des enfants suspectés d'abus. Le signalement se fait oralement ou par écrit.

Les chercheurs ont mentionné une hausse de la maltraitance infantile aux Philippines. Cependant, une proportion importante des infirmières questionnées, ayant eu des soupçons d'abus, ne les avait pas signalés. Les Philippines viennent de l'Asie du Sud-Est. Les auteurs expliquent qu'aux Philippines, les infirmières ne signalent pas les cas de maltraitance, car elles ont peur des représailles, ont un manque de confiance dans l'autorité légale et se font menacer. L'aspect culturel y joue aussi un rôle. C'est pourquoi, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés pour la population suisse. Malgré cela, une telle étude peut être réalisée auprès des infirmières suisses des services d'urgences.

Les recommandations des chercheurs peuvent être intéressantes pour le contexte suisse. En effet, il en est ressorti, que la formation initiale et la formation continue étaient inadéquates. De ce fait, les infirmières ont des connaissances insuffisantes sur la maltraitance infantile, ce qui peut entraîner un non-signalement ou une sous-déclaration de la maltraitance. Les chercheurs mentionnent la nécessité d'une préparation professionnelle plus adéquate, en ce qui concerne l'éducation et la formation sur la maltraitance infantile. Une sensibilisation et un renforcement des compétences infirmières sont recommandés, pour leur permettre de traiter et de gérer efficacement les cas de maltraitance infantile. Une plus grande attention doit aussi être portée par l'école, afin d'améliorer la formation.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Vosoghi, N., Fallahi-Khoshknab, M., Hosseini, M., & Ahmadi, F. (2021). Iranian Nurses' Experiences of their Roles in Care Provision to the Victims of Child Violence : A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(1), 27.  
[https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_123\\_19](https://doi.org/10.4103/nms.nms_123_19)

Cette étude qualitative, probablement de type phénoménologique\*, est menée en Iran. Son objectif est d'explorer les expériences des infirmières sur leur rôle dans la prestation de soins aux enfants victimes de violence.

Les chercheurs n'ont pas mentionné le type d'échantillonnage. Il semblerait, que ce soit un échantillonnage de convenance\*. Les infirmières ont été recrutées dans des salles d'urgence, des services de médecine interne et des unités de soins intensifs pédiatriques, dans deux hôpitaux spécialisés pédiatriques à Ardabil et Téhéran. Ils se sont basés sur les critères d'inclusion suivants : avoir une expérience de travail supérieure à six mois dans des services pédiatriques, une expérience de la prestation de soins aux enfants victimes de violence et donner l'accord pour partager des expériences personnelles. L'échantillon final se compose de 14 infirmières.

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés approfondis. Chacun débutait par une question ouverte sur les soins aux enfants victimes de violence, à savoir : « Quelles expériences avez-vous concernant la fourniture de soins aux enfants victimes de violence ? ». Ensuite, l'entretien était guidé en fonction de la réponse donnée. Ils duraient entre 45 à 60 minutes. Tous ont été menés par le premier auteur, ayant eu l'expérience d'interaction avec des infirmières, dans les services pédiatriques, pendant 22 ans. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal. Au total, 17 entretiens ont eu lieu avec 14 infirmières. La collecte de données a continué jusqu'à ce que les données soient saturées. Après chaque entretien, les données ont immédiatement été retranscrites.

Les données ont été analysées immédiatement après le premier entretien. Les chercheurs les ont analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu conventionnelle. Chaque transcription a été revue plusieurs fois. Ensuite, les unités significatives ont été identifiées, résumées et codées. Les 78 codes ont été classés en neuf sous-catégories en fonction de leurs similitudes. Puis, elles ont été regroupées afin de former quatre catégories principales, les quatre principaux rôles infirmiers. Ce sont les rôles de protecteur, de diagnostic, de signalement et éducatif. Le logiciel MAXQDA a été employé pour la gestion des données.

Concernant les principaux résultats, aucune infirmière n'avait déjà reçu de formation sur la maltraitance infantile. Elles ont toutes dit, que leur rôle thérapeutique envers les enfants victimes de violence, était le même que celui envers d'autres patients. Pour le rôle diagnostic, elles y jouent un rôle important. Elles soupçonnent la violence en cas d'incohérences entre le discours des accompagnateurs et celui des enfants maltraités. Les données obtenues lors de l'anamnèse et de l'examen clinique de l'enfant ont aussi amené aux soupçons de violences. Elles ont remarqué des signes de violence, lors des changements de position de l'enfant. Pour le rôle de signalement, elles y jouent un rôle avec le signalement des cas à leurs collègues et à leurs supérieurs (infirmier chef, directeur des soins infirmiers, médecin, travailleurs sociaux, médecin légiste) ainsi qu'au personnel de la protection de l'enfance (procureurs, autorités judiciaires, police).

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Au niveau de la crédibilité\*, le fait que le devis soit probablement phénoménologique, a permis la collecte d'informations et l'exploration des expériences des infirmières, sur leur rôle, dans la prestation de soins aux enfants victimes de violence. Le choix d'un échantillonnage de convenance a permis aux chercheurs de sélectionner les infirmières capables d'apporter des éléments à leur étude. Le choix d'un entretien semi-structuré a permis d'approfondir les éléments mentionnés par les professionnels lors de celui-ci.

L'engagement prolongé avec les données durant plus de 18 mois renforce la crédibilité des données. La fiabilité a été assurée à travers la vérification par les co-auteurs. Lors de cette vérification, ils ont examiné les processus de réduction, de codage et de catégorisation des données. De plus, ils ont effectué la collecte et l'analyse des données simultanément. Tous les documents (y compris les entretiens) ont été conservés, afin d'être vérifiés par d'autres auteurs. L'analyse simultanée d'une partie des données par deux auteurs, ayant produit des résultats similaires, renforce la fiabilité. Puis, la confirmabilité a été assurée, car des extraits de données d'entrevues avec leurs codes correspondants, ont été remis à trois participants. Ils ont approuvé l'adéquation entre les découvertes des chercheurs et leurs propres expériences.

Au niveau de la transférabilité\*, il existe différents obstacles à la généralisation. D'abord, le choix d'un échantillonnage non-probabiliste restreint à 14 infirmiers ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale, car il n'est pas représentatif. De plus, sur les 14 participants, il y a seulement deux hommes infirmiers représentés. Ensuite, le chiffre exact des infirmières des urgences n'est pas précisé et les données récoltées auprès d'elles ne concernent que deux hôpitaux spécialisés pédiatriques. À travers ce biais d'échantillonnage, il se pourrait, que le sexe féminin (infirmières) et les villes d'Ardabil et de Téhéran soient surreprésentés.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

À travers cette étude, il en ressort, que les infirmières ont de nombreuses responsabilités dans les soins aux enfants maltraités. Il s'agit principalement de protéger les enfants contre les risques potentiels, de diagnostiquer les cas de maltraitance, d'éduquer les enfants et leurs familles et de signaler les cas présumés. La prise en charge de la maltraitance infantile exige de travailler en multidisciplinarité. Par conséquent, les infirmières doivent signaler de tels cas à leur équipe et aux autorités. Cependant, elles ont une formation limitée, voire aucune, sur la maltraitance, son diagnostic, son signalement, sa prévention et sa gestion.



Cette étude s'intéresse aux infirmières iraniennes, qui sont d'Asie. D'après les chercheurs, il semblerait, que la maltraitance infantile en Iran soit dans un état critique. En Iran, la loi stipule que la maltraitance infantile est un crime. Cette loi exige, que tous les individus chargés de fournir des soins aux enfants, signalent tous les cas de maltraitance. Ne pas signaler la maltraitance est considéré comme un crime. Les différences culturelles et le côté « conservateur » du pays ne permettent pas de généraliser les résultats à la population suisse. Mais une étude similaire peut être réalisée auprès des professionnels en Suisse.

Cette étude met en avant que les professionnels ont des connaissances limitées en matière de maltraitance infantile. Les chercheurs recommandent la mise en place de programmes éducatifs cohérents, afin d'améliorer les connaissances des infirmières à ce sujet. À travers ces programmes, les professionnels apprendraient les stratégies de signalement des cas de maltraitance infantile et de protection des enfants contre les risques potentiels. Cela permettrait aussi d'avoir une éducation sur les signes et symptômes de la maltraitance. Puis, les professionnels devraient servir de « pont » entre les familles et la société et collaborer avec les organismes externes, dans le but de prévenir et de réduire la violence envers les enfants, ainsi que ses complications. Ces recommandations pourraient aussi être intéressantes dans le contexte suisse.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32.

<https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Cette étude est qualitative exploratoire descriptive\*. Elle a été menée en Norvège. Elle a pour objectif de décrire les expériences des infirmières, lorsqu'elles ont suspecté de la maltraitance infantile, lors des rencontres avec les enfants et leurs familles, dans divers contextes de soins de santé.

Il semblerait que les chercheurs aient procédé à un échantillonnage non-probabiliste par choix raisonné. Ils mentionnent la sélection des participants par un processus de sélection stratégique. Les infirmières ont été recrutées dans des services pédiatriques, des services d'urgences, ainsi que dans d'autres unités (admission d'enfants, admission des blessés). Elles proviennent de trois hôpitaux différents (hôpital universitaire, petit hôpital, hôpital municipal). Ils se sont basés sur le critère d'inclusion suivant : avoir vécu des situations de suspicion d'abus sur les enfants. L'échantillon final se compose de huit infirmières.

Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés, au cours de l'automne 2011. Ils ont été menés par le premier auteur, sur le lieu de travail des infirmières. Un seul entretien a été mené en dehors du lieu de travail. Les infirmières pouvaient choisir le lieu. Les entretiens ont duré de 30 minutes à une heure et 15 minutes. Un guide d'entretien avec une liste de sujets avait été préparé. Les chercheurs ont établi, que les infirmières pouvaient parler le plus librement possible, pour ne pas négliger des éléments importants. Les entretiens ont été enregistrés dans des fichiers audio, puis transcrits mot à mot par les chercheurs eux-mêmes.

Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu qualitative. Une analyse inductive basée sur l'expérience des infirmières a été utilisée. Après la transcription des entrevues, le texte a été lu et a été séparé en unités de sens\*. 425 unités de sens ont été numérotées et retracées. Ensuite, elles ont été divisées en trois groupes : les soins infirmiers, les enfants et les collaborateurs. En fonction de leur contenu, ces unités ont été regroupées (16 groupes) dans des tableaux. Puis, elles ont été condensées et saisies dans une feuille de calcul Excel afin de préserver l'essentiel du contenu. De plus, des codes\* ont été créés pour abstraire le contenu à un niveau logique. L'analyse s'est poursuivie à partir de ces codes vers des sous-thèmes, puis des thèmes\* constituant les résultats. Pour terminer, un thème principal global en est ressorti : « La responsabilité des infirmières est mise en cause lorsqu'elles soupçonnent un cas de maltraitance d'enfant ».

Concernant les principaux résultats, prendre soin de l'enfant vulnérable et le défendre sont les principales responsabilités professionnelles des infirmières. Cependant, ces responsabilités sont remises en question et, dans de nombreux cas, négligées lorsqu'elles soupçonnent de la maltraitance infantile. À travers cette étude, il en ressort qu'elles doutent sur les signes de la maltraitance infantile et trouvent difficile de la définir. Il est complexe pour elles, de savoir quand il faut s'inquiéter. Pour certaines, la procédure en cas de maltraitance n'est pas claire. Il y a aussi de l'incertitude quant à la personne qui doit procéder au signalement. Dans cette étude, aucune infirmière n'avait signalé un tel cas sans avoir le consentement d'un responsable ou d'un médecin, car elle préférerait avoir un intermédiaire. Le problème est, que si elles ne sont pas soutenues, par exemple, par un médecin, elles ne font rien. L'incertitude est aussi présente dans la documentation. Elles ne savent pas comment procéder, pour qu'elle soit légalement valable. Elles ont peur de trop documenter, car la documentation les lie à l'affaire. Pour les infirmières, le sentiment qu'elles puissent se tromper est permanent. Cela les inquiète et entraîne de l'insécurité et de l'anxiété. Ces sentiments sont liés aux éventuelles conséquences sur la famille, sur leur propre situation professionnelle et sur la possibilité que la famille se « venge ».

D'autres résultats montrent qu'elles ont peur de nuire à l'enfant et à la famille. Le « pouvoir » qu'elles ont et la peur de détruire, les empêchent de procéder au signalement. Concernant le soutien, elles se sentaient délaissées par leurs collègues, lorsqu'elles suspectaient des cas de maltraitance. Elles mentionnent le souhait d'être soutenues par un chef ou d'autres collègues, car elles ne peuvent pas « se débrouiller seules ». Et pour finir, les auteurs mettent en évidence, que la violence envers l'enfant est vécue comme un défi émotionnel. Cette violence déclenche de nombreuses émotions que les infirmières doivent surmonter. Elles peuvent se sentir « hantées » au fil du temps, qu'elles fassent un rapport ou non.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

Au niveau de la crédibilité, le fait que le devis soit exploratoire descriptif, a permis de décrire les expériences des infirmières, lorsqu'elles suspectaient de la maltraitance infantile. L'échantillonnage raisonné a permis aux chercheurs de sélectionner les infirmières capables d'apporter des éléments à leur étude. Les infirmières étaient toutes expérimentées et étaient prêtes à décrire leurs expériences sur la maltraitance infantile. Le choix d'un entretien semi-structuré, avec une liste de sujets, a permis d'approfondir la discussion et s'assurer que tous les sujets pertinents étaient traités. À l'aide de ces entretiens, la saturation des données a été atteinte.

La fiabilité n'est pas assurée, car les chercheurs ne mentionnent pas que les données ont été vérifiées par d'autres auteurs. La confirmabilité aussi n'est pas assurée, car aucun extrait de données n'a été remis aux participantes. De ce fait, elles n'ont pas pu approuver l'adéquation entre les découvertes des chercheurs et leurs propres expériences.

Au niveau de la transférabilité, il existe différents obstacles à la généralisation. D'abord, le choix d'un échantillonnage non-probabiliste, restreint à 8 infirmières, ne permet pas de généraliser les résultats à l'échelle nationale, car il n'est pas représentatif. Ensuite, les données récoltées ne concernent que trois hôpitaux de Norvège. Il n'est pas mentionné dans quelles villes l'étude s'est déroulée. À travers ce biais d'échantillonnage, il se pourrait que le sexe féminin (infirmières) et ces trois hôpitaux soient surreprésentés. Malgré cela, les chercheurs ont jugé important d'inclure des infirmières travaillant avec des enfants et celles ne travaillant pas principalement avec eux. Cela a été fait dans le but d'élargir la perspective et de rendre plus complètes les expériences des infirmières. Ils ont sélectionné un grand hôpital, un petit hôpital et un hôpital municipal, car les structures au sein des hôpitaux varient. Par exemple, les grands hôpitaux ont des structures spécifiques pour les enfants, tandis que les petits hôpitaux ont tendance à avoir des unités comprenant à la fois des adultes et des enfants.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cette étude met en avant la position unique des infirmières, lorsqu'il s'agit de détecter les cas de maltraitance infantile. Les infirmières ont la possibilité de s'approcher du patient pour l'observer et le questionner. Mais, leurs peurs et leur manque de connaissance les empêchent d'accomplir leur rôle. Étant donné les conséquences que peut avoir la maltraitance infantile, à court et à long terme, elles doivent prendre conscience de leurs responsabilités. En connaître les conséquences, peut aider à accroître leurs responsabilités, leur sensibilisation, et elles auront plus de facilité à agir.

Cette étude s'intéresse aux infirmières norvégiennes, qui sont d'Europe. Dans la loi, la Norvège a l'obligation légale de signaler tout soupçon de maltraitance infantile. Mais, peu de cas préoccupants sont signalés aux autorités de protection de l'enfance. La Norvège et la Suisse sont les deux européennes. Les résultats pourraient être transférés avec prudence au contexte suisse, sans oublier la différence culturelle. Une étude similaire peut être réalisée auprès des professionnels en Suisse.

Cette étude met en avant, que les infirmières ont des connaissances limitées au sujet de la maltraitance infantile. Les chercheurs soulignent l'importance de sensibiliser les infirmières, et de les responsabiliser. Cela doit être fait pour les aider à gagner en assurance, lorsqu'elles sont confrontées à des cas suspects ou avérés de maltraitance. Ils recommandent d'améliorer la collaboration interdisciplinaire (le soutien) et la formation sur la maltraitance infantile. Elles doivent être formées sur le développement de l'enfant, la communication, les symptômes et caractéristiques de la maltraitance et sur les procédures de signalement. Ils recommandent une meilleure formation auprès des étudiants infirmiers. Il est important de mieux comprendre et connaître les interventions possibles, afin de prévenir la maltraitance et améliorer la prise en charge des enfants qui en sont victimes. Ces recommandations pourraient aussi être intéressantes dans le contexte suisse.

#### **4.7 Synthèse des principaux résultats**

La synthèse des six études analysées permet de faire des liens entre les différents résultats obtenus, la question de recherche, ainsi que les buts de cette revue de la littérature.

La prise en charge des enfants maltraités requiert des connaissances de la part des infirmières. Elles jouent un rôle important, tant au niveau de la détection que du signalement. Elles ont l'obligation légale de signaler les cas de maltraitance infantile. De ce fait, elles doivent avoir les connaissances nécessaires sur les signes et symptômes de la maltraitance infantile et sur la procédure de signalement (Atencion et al., 2019; Hye-Mi &

Ji-Soo, 2018; In Sook & Kyoung Ja, 2018; Schek et al., 2016; Skarsaune & Bondas, 2015; Vosoghi et al., 2021).

Les infirmières ont un rôle thérapeutique, protecteur, diagnostic, de signalement et éducatif. Elles suspectent la maltraitance lors de l'anamnèse, en cas d'incohérences entre le discours de l'accompagnateur et celui de l'enfant maltraité. La récolte de données, lors de l'examen clinique, aide aussi. Elles peuvent remarquer des signes de violence sur l'enfant. Pour le signalement, elles signalent les cas à leurs collègues et à leurs supérieurs, ainsi qu'à la protection de l'enfant (Vosoghi et al., 2021).

Cependant, différents éléments impactent la prise en charge de l'infirmière et constituent des « obstacles » à la détection et au signalement des cas de maltraitance infantile. D'abord, le fait que l'infirmière ne perçoive pas de responsabilité professionnelle quant à la détection et le signalement de la maltraitance, l'empêche d'agir (Hye-Mi & Ji-Soo, 2018). Ensuite, le manque de connaissances (pas de formation ou formation inadéquate) au sujet de la maltraitance avec ses signes et symptômes, de la loi et de la procédure à suivre en cas de signalement, est aussi une barrière à la bonne prise en charge. Les infirmières n'ont pas la formation nécessaire (Atencion et al., 2019; Hye-Mi & Ji-Soo, 2018; In Sook & Kyoung Ja, 2018; Schek et al., 2016; Skarsaune & Bondas, 2015; Vosoghi et al., 2021).

De plus, la culture joue aussi un rôle important. Dans certaines cultures, par exemple, en Corée, certains actes sont considérés comme disciplinaires, alors qu'en Occident, ils sont considérés comme abusifs (Hye-Mi & Ji-Soo, 2018; In Sook & Kyoung Ja, 2018). Au Brésil, certaines formes de maltraitements, sont aussi utilisées comme méthodes disciplinaires et peuvent être socialement acceptables. Cet aspect culturel retarde le diagnostic et les procédures de signalement (Schek et al., 2016). Un autre exemple, celui des Philippines, où les infirmières ont peur des représailles, ont un manque de confiance dans l'autorité légale et reçoivent des menaces (Atencion et al., 2019). Puis, pour certains, la maltraitance infantile est une affaire privée et familiale devant être réglée par la famille elle-même, car elle a l'autonomie nécessaire. Cette idée conduit à de la négligence de la part des soignants, quant à la récolte d'informations et à la notification de celles-ci dans les dossiers médicaux. Ils veulent préserver la famille et éviter de nuire à l'enfant (Schek et al., 2016).

Mais encore, l'incertitude quant aux preuves et sur la manière de documenter, constitue aussi un obstacle (Atencion et al., 2019). Les infirmières peinent à définir la maltraitance et doutent sur les signes de la maltraitance. Elles sont aussi incertaines quant à la personne qui doit procéder au signalement. Finalement, elles ne font pas le nécessaire, si elles ne sont pas soutenues par leurs collègues (Skarsaune & Bondas, 2015).

## 5 Discussion

Le but de cette RL est de répondre à la question suivante : « Quel est le rôle de l'infirmière, dans un service d'urgence, dans le processus de détection et de signalement des cas de maltraitance infantile, du nouveau-né à l'âge de 16 ans, afin d'assurer leur sécurité ? »

### 5.1 Discussion des résultats

La discussion comporte trois parties afin de clarifier les résultats. Ces parties sont : le rôle infirmier, les obstacles et les ressources en lien avec la maltraitance infantile. Les résultats seront mis en lien avec la problématique et le cadre théorique.

Tout d'abord, concernant le rôle infirmier et comme mentionné dans le cadre théorique, l'infirmière a une place privilégiée et joue un rôle tant au niveau de la détection que du signalement des cas de maltraitance infantile. Les six études analysées, ainsi que la revue systématique de Yildiz & Tanriverdi (2018) et la revue intégrative de Lines et al. (2017), mettent aussi en évidence cela. Toujours en lien avec le cadre théorique et les six études analysées, l'infirmière a l'obligation de procéder au signalement de cas de maltraitance infantile. Lines et al. (2017), au contraire, mentionnent que « l'une des principales différences entre les systèmes de protection de l'enfance à l'échelle internationale est le rôle des infirmières dans le signalement de la maltraitance des enfants ». Ils donnent les exemples du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande, où l'infirmière n'a aucune obligation légale de signaler les abus. Pour jouer son rôle, l'infirmière doit prendre conscience de sa responsabilité professionnelle dans de telles situations, ce qui n'est pas toujours le cas (Hye-Mi & Ji-Soo, 2018; In Sook & Kyoung Ja, 2018). Contrairement à ces chercheurs, Lines et al. (2017) expliquent que la majorité est consciente de sa responsabilité.

Pour l'identification des cas de maltraitance, Vosoghi et al. (2021) mentionnent, que les infirmières se basent sur l'anamnèse, afin de déceler toutes les incohérences entre le discours de l'adulte et celui de l'enfant, et sur l'examen physique pour observer des signes de violence. Le rapport de l'OME (2018) décrit aussi ces 2 éléments (p. 35).

Pour le signalement, Skarsaune & Bondas (2015) déclarent, que les infirmières sont incertaines quant à la personne qui doit procéder au signalement. Alors que, selon Vosoghi et al. (2021), les infirmières signalent les cas à leurs collègues, à leurs supérieurs (médecin) et à la protection de l'enfant. Le rapport de l'OME (2018) décrit une procédure différente. Les infirmières suisses s'adressent généralement au médecin assistant, qui lui se réfère à son chef. S'il y a un désaccord entre l'infirmière et le médecin assistant, l'infirmière a le droit de s'adresser directement au pédiatre (p. 33).

Ensuite, concernant les obstacles, toutes les études mettent en évidence un manque de formation, de compétences et de connaissances de la part des infirmières, au sujet de la maltraitance infantile. Ces lacunes concernent les caractéristiques de la maltraitance, la loi, la documentation et la procédure de signalement. Ces lacunes ont aussi été mises en évidence dans la revue systématique de Yildiz & Tanriverdi (2018), dans la revue intégrative de Lines et al. (2017) et dans un rapport réalisé auprès des services d'urgences de quatre hôpitaux vaudois (OME, 2018, p. 84). Pourtant, comme mentionné dans le cadre théorique, l'infirmière doit avoir les connaissances sur la maltraitance infantile, en reconnaître les signes et symptômes, en connaître les conséquences, ainsi que les facteurs de risque. Elle doit être au clair sur la loi en vigueur dans son pays et sur les procédures de signalement.

Avoir les connaissances nécessaires permettrait à l'infirmière de jouer son rôle, c'est-à-dire, d'identifier des cas de maltraitance et de les signaler. Cependant, à cause des connaissances insuffisantes, la reconnaissance des preuves et le signalement des cas deviennent complexes et peuvent conduire à un non-signalement ou à une sous-déclaration. Cela pourrait être considéré comme de la négligence infirmière par rapport à son rôle.

Les différences culturelles impactent aussi le rôle infirmier. Comme mentionné dans les études de Hye-Mi & Ji-Soo (2018), de In Sook & Kyoung (2018) et de Schek et al. (2016), la définition de la maltraitance diffère selon les pays. Par exemple, dans la culture chinoise (en Corée), ou alors au Brésil, les châtiments sont perçus comme un moyen de discipline. L'impact culturel est aussi mis en évidence dans la revue intégrative de Lines et al. (2017) et dans le rapport de l'OME (2018, p. 57). Les infirmières doivent privilégier la loi par rapport à la culture, afin d'éviter un retard de diagnostic et de signalement (Schek et al., 2016).

Atencion et al. (2019) présentent d'autres obstacles au signalement, comme la peur des représailles, le manque de confiance en l'autorité légale et les menaces des parents. Skarsaune & Bondas (2015) mentionnent aussi la peur de vengeance de la famille. Lines et al. (2017) déclarent, que les infirmières connaissaient des situations, où des infirmières ayant signalé des cas d'abus, avaient reçu des menaces des membres de la famille. Il y a aussi la volonté de ne pas nuire à l'enfant et de préserver la famille qui constitue un obstacle selon Schek et al. (2016). Ces éléments mèneraient à penser, que l'infirmière néglige sa responsabilité envers l'enfant. Si elle est au courant d'un cas de maltraitance, mais ne le signale pas pour ces raisons, elle ne respecte pas les droits des enfants mentionnés dans le cadre théorique. Elle pourrait aussi être tenue responsable des conséquences de la maltraitance sur l'enfant, aussi mentionné dans le cadre théorique.

Penser que la maltraitance infantile est une problématique familiale et privée et qu'elle peut être gérée seule par la famille, conduit également à de la négligence infirmière. Cette négligence concerne la récolte d'informations et la notification dans les dossiers médicaux. C'est le cas, en Asie de l'Est (en Corée), comme l'expliquent Schek et al. (2016). Comme mentionné précédemment, à travers cette attitude, les droits des enfants sont bafoués par l'infirmière. Celle-ci pourrait être tenue responsable des conséquences de la maltraitance.

L'incertitude de l'infirmière quant aux preuves, pose un problème pour le signalement. Elle veut bien faire, mais a peur d'être en erreur (Atencion et al., 2019; Skarsaune & Bondas, 2015). Ces propos sont les mêmes que ceux de Lines et al. (2017), qui expliquent, que lorsque les signes étaient vagues, les infirmières voulaient assurer le bien-être de l'enfant, mais en même temps elles craignaient de se tromper. Dans ce cas, elles en discutaient avec leurs collègues. La collaboration peut permettre d'affirmer les soupçons, mais peut conduire à de la frustration, si les autres professionnels ne sont pas d'accord avec leur jugement clinique. Il est nécessaire de préciser, que si elles manquaient de soutien, elles n'agissaient pas et restaient passives (Atencion et al., 2019; Skarsaune & Bondas, 2015). Cette incertitude ressort aussi du rapport de l'OME (2018) et concerne aussi les médecins, même les médecins chefs. Mais, contrairement aux propos précédents, les médecins hospitalisent l'enfant, afin d'avoir du temps pour l'observer. Ils donnent un autre motif que celui de la maltraitance pour hospitaliser l'enfant (p. 42).

Finalement, concernant les ressources et avec ce qui a été mentionné, il semblerait que la collaboration, à travers les discussions avec les collègues et la transmission des situations, seraient des ressources. Comme autre ressource, il y aurait la formation continue en cours d'emploi. Elle permettrait d'avoir les outils nécessaires pour une prise en charge adéquate.

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Le niveau de preuve des six études analysées a été déterminé à l'aide de la pyramide des preuves de la HAS (2013, p. 8). Elles présentent toutes un niveau de preuve IV, c'est-à-dire, un faible niveau de preuve scientifique. Cela peut s'expliquer par le fait que trois études correspondent à un devis descriptif transversal, deux études à un devis phénoménologique, et une étude à un devis descriptif exploratoire.

Trois sont quantitatives et trois sont qualitatives, ce qui permet d'exploiter des données différentes. Toutes possèdent la structure d'un article scientifique : le but de la recherche, les participants (avec critère d'inclusion et d'exclusion), la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse de données (logiciel et tests utilisés) et les résultats obtenus.



Globalement, elles présentent différentes limites, notamment un biais d'échantillonnage diminuant la possibilité de généraliser les résultats. Même si l'échantillon était restreint pour la majorité des études, les résultats des six études au sujet des connaissances de la maltraitance (caractéristiques, loi, procédure de signalement), montrent toutes un manque de connaissances de la part des infirmières à ce sujet. Cela signifie que les résultats sont cohérents entre eux et qu'une fidélité des données pourrait être supposée.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Cette revue de la littérature est basée sur l'analyse d'études récentes, à savoir de 2016 à 2021, sauf une exception de 2015. Cela signifie que les données relevées sont actuelles. Cependant, ce travail comporte différentes limites. D'abord, l'analyse de seulement six études est une limite. Puis, la recherche d'articles s'est faite sur trois bases de données uniquement. Finalement, il est nécessaire de souligner, que toutes les études analysées, concernent des zones géographiquement éloignées de la Suisse. Même si le rôle infirmier devrait être le même dans un service spécifique, comme les urgences, des différences culturelles et socioéconomiques existent.

En Suisse, des différences culturelles et socioéconomiques sont aussi présentes. Selon l'OME (2019), « il n'existe pas de profil-type des auteur-e-s de mauvais traitements envers les enfants ». Mais, toujours selon l'OME (2019), certaines catégories de personnes, comme celles ayant des difficultés financières ou étant d'origine étrangère, seraient plus fréquemment mises en cause dans les cas de maltraitance infantile. Les chiffres de l'Office fédérale de la statistique (2020) montrent, qu'en 2019, environ 25% de la population était d'origine étrangère. Ces deux éléments pourraient faire penser, qu'un grand nombre d'enfants maltraités, seraient d'origine étrangère. C'est pourquoi, les données obtenues doivent être considérées et transférées avec prudence dans le contexte suisse, voire dans le contexte valaisan.

Un des avantages de cette RL est, que l'analyse des études a permis de mettre en évidence, qu'il était nécessaire de former davantage les professionnels de la santé au sujet de la maltraitance infantile.

## **6 Conclusion**

Cette RL a mis en avant le rôle infirmier dans la détection et le signalement des cas de maltraitance infantile, les obstacles entravant la prise en charge infirmière et la nécessité d'améliorer la formation infirmière. Cette dernière partie expose différentes propositions.

## 6.1 Propositions pour la pratique

Étant donné que les formations postgrades ne sont pas obligatoires, mais fortement conseillées, il faudrait rendre obligatoire pour les infirmières des urgences, une journée de formation sur la maltraitance infantile. Il existe une formation de deux jours sur les urgences pédiatriques. Cette formation traite de la maltraitance infantile et est donnée par le Docteur Gehrke dans le cadre du DAS SUSA. Il est médecin chef au sein du service de pédiatrie. Il assure la responsabilité d'un groupe de protection de l'enfant et des adolescents et est engagé dans le domaine de la maltraitance infantile (Hôpital Riviera Chablais, s. d.). Cette formation pourrait aussi être donnée, par exemple, par l'Association romande de prévention de la violence envers les enfants, « Patouch ».

Il serait aussi bénéfique d'organiser une rencontre entre l'APEA, l'OPE, les médecins et les infirmiers. Cela permettrait de clarifier la procédure à suivre en cas de maltraitance infantile et de renforcer la connaissance des rôles de chacun.

## 6.2 Propositions pour la formation

Il en ressort que la formation est inadéquate et qu'il y a un manque de compétences et de connaissances. Il semble donc important de proposer des pistes de formation.

Durant la formation Bachelor, un module « Enfant, adolescent, famille » est donné au premier semestre. La maltraitance infantile est abordée sur une demi-journée. Le cours porte sur : les types de maltraitance, les facteurs de risque, les obstacles au signalement et le rôle infirmier. Un cours est donné sur la communication avec l'enfant et la famille et sur les droits de l'enfant. Ces thèmes sont abordés de manière limitée. Il serait intéressant de renforcer l'importance qu'a l'infirmière dans la prévention, la détection et le signalement. L'école pourrait intégrer une journée de simulation, pour laquelle, un professionnel expérimenté proposerait plusieurs situations cliniques, qui seraient jouées par les étudiants. Le but est, que les étudiants, à tour de rôle, se mettent à la place de l'enfant/l'adolescent et de l'infirmier. À travers cette simulation, l'étudiant pourrait mener l'entretien avec le patient, pratiquer un examen clinique, ainsi que signaler le cas ou non au médecin.

Une fois diplômées, et après deux ans de pratique professionnelle, les infirmières peuvent suivre des formations postgrades. Elles ont l'opportunité de réaliser un « Certificate of Advances Studies » (CAS) en santé de l'enfant et de la famille, un DAS SUSA ou un DAS en santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille (Haute Ecole de Santé de Genève, 2019). Le DAS SUSA est proposé à la Haute École de Santé à Sion. Les autres sont proposées à Genève. Cependant, aucune formation n'est obligatoire.

### **6.3 Propositions pour la recherche**

Une étude quantitative pourrait être menée auprès des infirmières et infirmiers des services d'urgences valaisans, afin de chiffrer le nombre de signalements et le nombre d'enfants ayant la nationalité suisse et « non-suisse ». Elle évaluerait aussi leur niveau de connaissances, les ressources, les obstacles et les besoins en formation au niveau valaisan. Il serait intéressant d'avoir autant d'hommes que de femmes, pour découvrir s'il y a des différences, car les études analysées dans cette RL concernent majoritairement les femmes.

Une étude qualitative pourrait être menée auprès des étudiants infirmiers suisses ayant été confrontés à des cas de maltraitance infantile durant leurs stages. Cette étude permettrait de décrire leurs expériences et les ressources utilisées pour surmonter ces situations. En effet, les cours théoriques ne préparent pas les étudiants à la réalité du terrain.

Finalement, renforcer la formation des enfants à reconnaître et à se protéger contre la maltraitance, ne serait-il pas tout aussi important que renforcer la formation des infirmières ?

## 7 Références bibliographiques

Association 1,2,3... Soleil. (2020). Les cas de maltraitance sur les enfants en hausse dans plusieurs hôpitaux. *Association 1, 2, 3... SOLEIL*.

<https://association123soleil.ch/les-cas-de-maltraitance-sur-les-enfants-en-hausse-dans-plusieurs-hopitaux/>

Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (2007). *Position éthique*.

[https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online\\_shop/publikationen/fr/docs/Ethische\\_Standpunkte\\_2\\_f.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/fr/docs/Ethische_Standpunkte_2_f.pdf)

Atencion, B. C. S., Alingalan, A. F., Oducado, R. M. F., Cordova, J. D. N., Dumaguing, Ma. C. M., & Suaboksan, M. T. T. (2019). Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines.

*International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 210-217.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14631.16806>

Bertin, N., & Moujber, M. (2020). *L'échelle valaisanne de triage et de gravité—EVTG4*.

Bonneville-Baruchel, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7(1), 6-28.

<https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>

Bontemps, S., Matthews-Gaulon, A., Dubos, F., & Martinot, A. (2016). Reconnaître et prendre en charge la maltraitance chez l'enfant. *Réanimation*, 25(2), 107-114.

<https://doi.org/10.1007/s13546-016-1179-2>

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (2016). *Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ?*

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_269Bs\\_Maltraitance\\_infantile\\_en\\_Belgique.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_269Bs_Maltraitance_infantile_en_Belgique.pdf)

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2021). *Votre prise en charge—Services d'urgences*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/urgences/urg-home/patients-et-familles/votre-arrivee-aux-urgences/votre-prise-en-charge>

- Centre interdisciplinaire des maladies osseuses. (2020). *Maladies rares et autres fragilités osseuses*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/cimo/accueil/patients-et-familles/maladies-traitees/maladies-rares-et-autres-fragilites-osseuses>
- Code Civil Suisse du 15 décembre 2017 sur le droit d'aviser l'autorité, (= CCS ; RS 210.0 ; état le 1er janvier 2021).
- Code Pénal Suisse du 21 décembre 1937 sur la violation du devoir d'assistance ou d'éducation, (=CP ; RS 311.0 ; état le 1er juillet 2020).
- Code Pénal Suisse du 21 décembre 1937 sur le droit d'aviser, (= CP ; RS 311.0 ; état le 1er janvier 2014).
- Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse. (2019). *Droit de l'enfant à une éducation sans violence : Il est urgent d'agir !*  
<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-77292.html>
- Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes. (2019). *Droit et obligation d'aviser l'APEA selon les art. 314c, 314d, 443 et 453 CC*.  
[https://www.kokes.ch/application/files/7415/5525/4734/Droit\\_et\\_obligation\\_daviser\\_IAPEA\\_def.pdf](https://www.kokes.ch/application/files/7415/5525/4734/Droit_et_obligation_daviser_IAPEA_def.pdf)
- Conny, S. (2018). *Mauvais traitements envers les enfants en Suisse, Optimus*.  
<https://www.unil.ch/ome/files/live/sites/ome/files/Optimus/Optimus.2018.pdf>
- Conseil International des Infirmières (Éd.). (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Conseil international des infirmières.
- Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, entrée en vigueur pour la Suisse le 26 mars 1997, (= RS 0.107 ; état le 25 octobre 2016).  
<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Decherf, G. (2001). Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) ou la symbolisation transgénérationnelle par procuration (STPP). *Le Divan familial*, N° 7(2), 167-178.

- Deleplace, P. (2020). Soins infirmiers : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. *Applisoins*. <https://applisoins.fr/a/soins-infirmiers-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson/>
- Département Fédéral de l'Intérieur. (2020). *La violence domestique à l'encontre des enfants et des adolescent-e-s*.  
[https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/fr/dokumente/haeusliche\\_gewalt/infoblaetter/b3.pdf.download.pdf/b3\\_la-violence-domestique-a-lencontre-des-enfants-et-des-adolescents.pdf](https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/fr/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/b3.pdf.download.pdf/b3_la-violence-domestique-a-lencontre-des-enfants-et-des-adolescents.pdf)
- Direction de l'intérieur et de la justice. (s. d.). *Détection précoce de situations de mise en danger du bien-être de l'enfant (Protection de l'enfant et de l'adulte)*. Consulté 3 janvier 2021, à l'adresse  
[https://www.jgk.be.ch/jgk/fr/index/indes\\_erwachsenenschutz/kinder\\_jugendhilfe/umfassender\\_kindesschutz/frueherkennung\\_vonkindeswohlgefaehrung.html#middlePar\\_textbild\\_ee2d](https://www.jgk.be.ch/jgk/fr/index/indes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/umfassender_kindesschutz/frueherkennung_vonkindeswohlgefaehrung.html#middlePar_textbild_ee2d)
- Durand, C. (1996). *Université de Montréal département de sociologie*. 24.
- Emarketing. (2021a). *Étude exploratoire—Définition du glossaire*. [https://www.e-marketing.fr/. https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/etude-exploratoire-238169.htm#&utm\\_source=social\\_share&utm\\_medium=share\\_button&utm\\_campaign=share\\_button](https://www.e-marketing.fr/.https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/etude-exploratoire-238169.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button)
- Emarketing. (2021b). *Étude quantitative (ou étude descriptive)—Définition du glossaire*.  
[https://www.e-marketing.fr/. https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/etude-quantitative-etude-descriptive-241756.htm#&utm\\_source=social\\_share&utm\\_medium=share\\_button&utm\\_campaign=share\\_button](https://www.e-marketing.fr/.https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/etude-quantitative-etude-descriptive-241756.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button)
- Faiss, J. (2021). Accueil infirmier aux urgences : Entre compétences professionnelles et qualités personnelles. *Le blog de l'Hôpital du Valais*.  
<https://blog.hopitalvs.ch/accueil-infirmier-urgences/>

- Fondation Action Enfance. (s. d.). *Où commence la maltraitance infantile ?* Action Enfance. Consulté 29 novembre 2020, à l'adresse <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/ou-commence-la-maltraitance-infantile/>
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (s. d.). *Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant*. unicef.ch. Consulté 17 décembre 2020, à l'adresse <https://www.unicef.ch/fr/lunicef/international/convention-relative-aux-droits-de-lenfant>
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (2015). *La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)*. UNICEF France. <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière éducation.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gehri, M., Flubacher, P., Chablaix, C., & Curchod, P. (2011). Pédiatrie. 2. Le TEP : Outil de triage recommandé pour l'évaluation de l'enfant gravement malade ou accidenté. *Revue Médicale Suisse*, 3(277), 64-65.
- Guide social romand. (s. d.). *Mauvais traitements à l'encontre des mineurs et des enfants*. Consulté 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/generatepdfAll/856>
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8). [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

- Haute Autorité de Santé. (2014). *Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduite à tenir—Rapport d'élaboration*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Maltraitance chez l'enfant : Repérage et conduite à tenir*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Maltraitance chez l'enfant – Comment la repérer ?* Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116903/fr/maltraitance-chez-l-enfant-comment-la-reperer)
- Haute Ecole de Santé. (s. d.). *DAS HES-SO en Soins d'urgence, soins aigus*. Consulté 2 mai 2021, à l'adresse <http://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/das/das-hes-so-en-soins-d-urgence-soins-aigus-1699>
- Haute Ecole de Santé. (2019). *Soins d'urgence, soins aigus—Diploma of Advanced Studies (DAS)—2019*. [https://www.hevs.ch/media/document/3/das-susa\\_2019\\_web.pdf](https://www.hevs.ch/media/document/3/das-susa_2019_web.pdf)
- Haute Ecole de Santé de Genève. (2019). *Formations CAS HES-SO en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille 2019—2021 | HEdS*. <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/certificats-cas/formations-cas-hes-so-en-sante-lenfant>
- Haute Ecole de Santé de Genève. (2021). *DAS HES-SO en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille 2019-2021 | HEdS*. <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/diplomes-das/das-hes-so-en-sante-lenfant-ladolescent-et>
- Healthwise. (2019). *Syndrome de Munchausen par procuration | Médecine du Michigan*. <https://www.uofmhealth.org/health-library/hw180537>



- Hélie, S., & Clément, M.-E. (2019). *Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne / Short and long term impact of child maltreatment on individual development*. 520-525.
- Hôpital du Valais. (s. d.-a). *Accueil et prise en charge aux urgences*. Consulté 6 mai 2021, à l'adresse  
[https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/urgences/fr/Accueil\\_et\\_prise\\_en\\_charge\\_aux\\_urgences\\_def\\_.pdf](https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/urgences/fr/Accueil_et_prise_en_charge_aux_urgences_def_.pdf)
- Hôpital du Valais. (s. d.-b). *Pédiatrie*. Consulté 2 mai 2021, à l'adresse  
<https://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/pediatrie.html>
- Hôpital du Valais. (2017). *Délais d'atteinte aux urgences de Sion et de Viège*.  
[https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/hopital/Rapports/RQ-2017/FR/RQ2017-HVS-Delai-attente-urgences\\_final\\_01.pdf](https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/hopital/Rapports/RQ-2017/FR/RQ2017-HVS-Delai-attente-urgences_final_01.pdf)
- Hôpital Riviera Chablais. (s. d.). *Hôpital Riviera Chablais (HRC)—Dr Thomas Gehrke*. Consulté 7 juin 2021, à l'adresse  
[https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc\\_39063/fr/dr-thomas-gehrke](https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc_39063/fr/dr-thomas-gehrke)
- Hubert, J. (2019). *Virginia Henderson et sa conception de la profession infirmière—Les besoins fondamentaux de la personne selon Virginia Henderson*.  
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Humanrights. (2007). *Maltraitance et inégalités sociales—Humanrights.ch*.  
<https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/pauvrete-droits-sociaux/maltraitance-inegalites-sociales>

- Hye-Mi, L., & Ji-Soo, K. (2018). Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, e47-e52.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.007>
- IBM. (2014). *Rotation d'analyse factorielle*. <https://prod.ibmdocs-production-dal-6099123ce774e592a519d7c33db8265e-0000.us-south.containers.appdomain.cloud/docs/fr/spss-statistics/23.0.0?topic=analysis-factor-rotation>
- In Sook, L., & Kyoung Ja, K. (2018). Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000186>
- Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of abuse : Recognizing and responding to child maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58-70. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001>
- Jlalia, Z., Znaigui, T., & Smida, M. (2016). Le syndrome des enfants battus : Aspects cliniques et radiologiques. *The Pan African Medical Journal*, 24(68).  
<https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.68.8543>
- Josse, E. (2020). *Les signes faisant suspecter une agression sexuelle—Résilience PSY*. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article449>
- Knüsel, R., Stauffer, S., Sigg, C., Kosirnik, C., & Merminod, É. (2019). Détection et signalement des cas de maltraitance infantile dans des services d'urgences. *Revue Médicale Suisse*, 15(661), 1579-1581.
- Kozier, B., Erb, G. L., Bourassa, R., Fernandes, M., Berman, A., Snyder, S., & Bourassa, R. (2012). *Soins infirmiers : Théorie et pratique* (2<sup>e</sup> éd.). Pearson ; [Éditions du renouveau pédagogique.
- Le Conseil Fédéral. (2020). *RS 0.107 Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant*. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19983207/index.html>

L'enfant bleu. (2018). Les signes de la maltraitance. *L'Enfant Bleu*.

<https://enfantbleu.org/les-signes-de-la-maltraitance/>

Ligue suisse contre le rhumatisme. (s. d.). *Ostéogenèse imparfaite : La maladie des os de verre*. Consulté 1 mai 2021, à l'adresse <https://www.ligues-rhumatisme.ch/blog/2018/os-de-verre>

Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review : Nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>

L'internaute. (2021). *Désirabilité sociale : Définition simple et facile du dictionnaire*.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/desirabilite-sociale/>

Lips, U., Wopmann, M., Jud, A., & Falta, R. (2020). *Maltraitance infantile – Protection de l'enfance—Guide de détection précoce et de conduite à tenir en cabinet médical* (p. 25).

[https://www.kinderschutz.ch/media/yufis3ju/kss\\_leitfaden\\_1\\_fr\\_261020\\_web.pdf](https://www.kinderschutz.ch/media/yufis3ju/kss_leitfaden_1_fr_261020_web.pdf)

Markus, W. (2020). *Statistique nationale 2019 de la maltraitance des enfants*. Pédiatrie suisse. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/statistique-2019-de-la-maltraitance-des-enfants/>

Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse : Description des différences cantonales*.

[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan\\_dossier\\_64\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2018/obsan_dossier_64_0.pdf)

Meynard, A., Bideau, M., Jacquier, C., & Klauser, P. (2018). Du pédiatre au généraliste : Apporter une continuité aux soins de premier recours de l'enfance à l'âge adulte. *Revue Médicale Suisse*, 14(606), 966-970.

Observatoire de la Maltraitance envers les Enfants. (2018). *Prévention et détection de la maltraitance envers les enfants dans des services d'urgences du canton de Vaud* (p. 1-84). <https://news.unil.ch/document/1534235635471.D1534235747104>

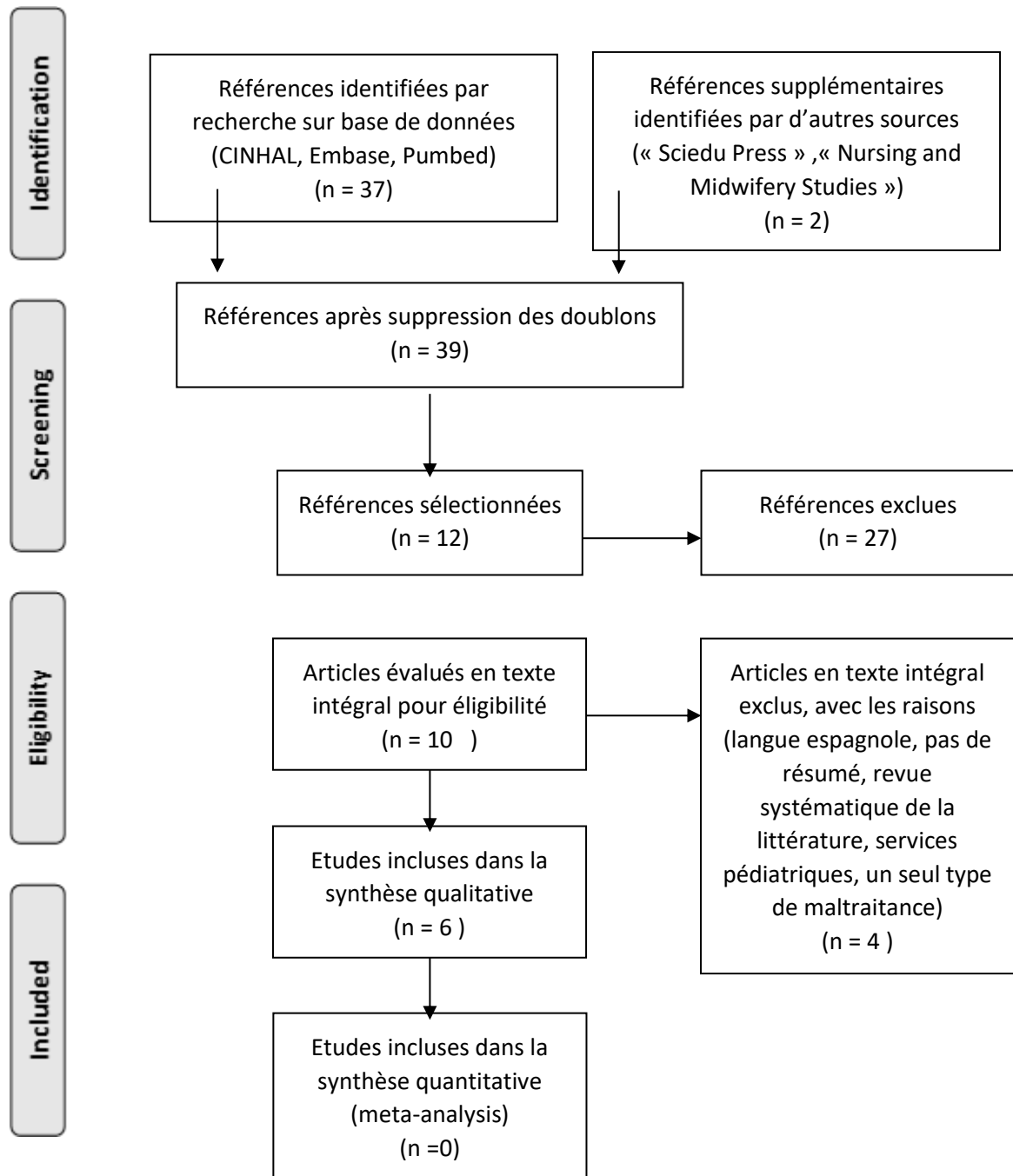
- Observatoire de la maltraitance envers les enfants. (2019). *Qui sont les auteurs et les victimes?* <https://www.unil.ch/ome/fr/home/menuintst/bienvenue-a-lome/la-maltraitance-envers-les-enfants/qui-sont-les-auteurs-et-les-victimes.html>
- Office fédéral de la statistique. (2020). *Structure de la population résidente permanente selon le canton, de 1999 à 2019—1999-2019 | Tableau*. Office fédéral de la statistique. [/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.13707202.html](https://www.bfs.ch/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.13707202.html)
- Office pour la protection de l'enfant. (s. d.). *Office pour la protection de l'enfant*. Consulté 29 avril 2021, à l'adresse <https://www.vs.ch/web/scj/ope>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020a). *La maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020b). *La violence à l'encontre des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020c). *Violence à l'encontre des enfants : Ampleur et conséquences sanitaires*. [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/INSPIRE\\_infographic\\_FR.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/INSPIRE_infographic_FR.pdf)
- Pietrangelo, A. (2017). *Munchausen Syndrome by Proxy : Causes, Symptoms and Diagnosis*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/munchausen-syndrome-by-proxy>
- Protection de l'enfance Suisse. (2020a). *Effets de la violence*. <https://www.kinderschutz.ch/fr/effets-de-la-violence.html>
- Protection de l'enfance Suisse. (2020b). *Formes de violence dans l'éducation—Kinderschutz Schweiz : FR*. <https://www.kinderschutz.ch/fr/formes-de-violence-dans-leducation.html>
- Protection de l'enfance Suisse. (2020c). *Le comportement punitif des parents en Suisse*. <https://www.kinderschutz.ch/fr/les-chiffres-en-suisse.html?file=files/media/Dokumente/Publikationen/Studien/Bestrafungsverhalten%20Studie/Resume%20de%20l%27etude%202020.pdf>

- Schek, G., Silva, M. R. S. da, Lacharité, C., & Bueno, M. E. N. (2016). Professionals and interfamily violence against children and adolescents : In between legal and conceptual precepts. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 50(5), 779-784. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600010>
- Scheuerman, O., Grinbaum, I., & Garty, B. Z. (2013). Münchausen syndrome by proxy. *Harefuah*, 152(11), 639-642, 689.
- Service de protection de l'adulte et de la jeunesse. (s. d.). *Maltraitance des mineurs—République et canton de Neuchâtel*. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.ne.ch/autorites/DEF/SPAJ/protection-enfant/Pages/Maltraitance.aspx>
- Shields, M. E., Hovdestad, W. E., Pelletier, C., Dykxhoorn, J. L., O'Donnell, S. C., & Tonmyr, L. (2016). Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes : Findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC Public Health*, 16(1), 879. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3491-1>
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
- Société Suisse de Pédiatrie. (2019). *Statistique sur la protection de l'enfance, Société suisse de pédiatrie (2009-2018)*. <https://www.unil.ch/ome/fr/home/menuinst/bienvenue-a-lome/la-maltraitance-envers-les-enfants/quelques-chiffres/statistique-sur-la-protection-de-lenfance-societe-suisse-de-pedi.html>
- Statistica. (2016). *Test de Scheffe*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-scheffe.html>
- Tarquinio, C. L., & Tarquinio, C. (2021). *Les maladies chroniques, témoignages des souffrances de l'enfance ?* The Conversation. <http://theconversation.com/les-maladies-chroniques-temoignages-des-souffrances-de-lenfance-157350>

- Vosoghi, N., Fallahi-Khoshknab, M., Hosseini, M., & Ahmadi, F. (2021). Iranian Nurses' Experiences of their Roles in Care Provision to the Victims of Child Violence : A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(1), 27.  
[https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_123\\_19](https://doi.org/10.4103/nms.nms_123_19)
- Yıldız, E., & Tanrıverdi, D. (2018). Child neglect and abuse : A global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*, 65(3), 370-380.  
<https://doi.org/10.1111/inr.12435>
- Zaiontz, C. (2021). *Kuder et Richardson Formule 20 | Statistiques réelles avec Excel*.  
<https://www.real-statistics.com/reliability/internal-consistency-reliability/kuder-richardson-formula-20/>

## 8 Annexes

### Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)

## Annexe II : Tableaux de recension des études

Hy-Mi, L., & Ji-Soo, K. (2018). Predictors of Intention of Reporting Child Abuse among Emergency Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, e47-e52. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.007>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif (transversal descriptif)	N = 200 infirmières des urgences ont été sélectionnées dans huit hôpitaux de 500 lits ou plus à Gyeonggi-do et Incheon, qui sont situés près de la capitale en Corée.	Examiner les prédicteurs de l'intention de signaler la maltraitance des enfants parmi les infirmières d'urgence en Corée.	Maltraitance des enfants Signalement Infirmières Urgences	Les données ont été collectées de février à mars 2015. Après le service, 20 à 48 infirmières des urgences de chaque hôpital ont participé à l'enquête. Le questionnaire (contenant tous les instruments) a été rempli individuellement par les infirmières. Au total, 202 questionnaires ont été collectés, mais deux ont été exclus pour cause d'incomplétude. Par conséquent, 200 infirmières ont été retenues comme échantillon final valide de cette étude.	La fiabilité des échelles a été évaluée à l'aide de l' $\alpha$ de Cronbach.  L'analyse factorielle avec rotation VARIMAX a été utilisée pour vérifier l'échelle d'attitude.  La signification statistique a été jugée avec $p < 0,05$ .	L'intention de signaler la maltraitance des enfants était positivement corrélée avec les connaissances sur la maltraitance des enfants ( $r = 0,258, p < 0,001$ ), le contrôle comportemental perçu ( $r = 0,223, p < 0,01$ ) et l'attitude à l'égard de la maltraitance ( $r = 0,343; p < 0,001$ )
Niveau de preuve IV	<b>Echantillonnage</b>  Échantillonnage de commodité/convenance  Non probabiliste	<b>Question de recherche</b>  Non mentionnée	Théorie du comportement planifié	Mesures : caractéristiques des participants (questionnaire d'auto-évaluation), connaissance de la maltraitance des enfants (échelle de 20 items), contrôle comportemental perçu (huit items), expérience dans les cas de maltraitance d'enfants et signalement (quatre questions), attitude à l'égard de la maltraitance des enfants (17 éléments), intention de signaler les mauvais traitements infligés aux enfants (un élément).		<b>Conclusions</b>  Prévenir la maltraitance des enfants : améliorer les connaissances des infirmières d'urgences, favoriser une attitude positive à l'égard du signalement de maltraitance d'enfants et renforcer leur confiance dans leur capacité à la dénoncer.
Paradigme Post positiviste	<b>Critère(s) d'inclusion</b> -  <b>Critères d'exclusion</b>  Moins d'un an d'expérience aux urgences.  Aucune expérience des patients pédiatriques aux urgences.	<b>Variables</b>  VI : l'attitude à l'égard du signalement de la maltraitance des enfants, la connaissance de la maltraitance des enfants, la perception du contrôle du comportement.  VD : l'intention des infirmières d'urgence de signaler les cas de maltraitance des enfants.		<b>Ethique</b>  Cette étude a été approuvée par le l'Institutional Review Board de S Hospital, l'établissement du chercheur. Le chercheur a remis ce certificat d'approbation aux sept autres hôpitaux et a obtenu la permission de mener l'étude. Le consentement éclairé a ensuite été obtenu de tous les participants.	<b>Logiciel</b>  SPSS/WIN 21.0 (IBM, Armonk, NY).	<b>Limites de l'étude</b>  Échantillonnage de convenance.  Échantillon = que des femmes.  Concernes les centres d'urgences de la capitale ou affiliés à des établissements de niveau supérieur.  Pas d'échelle normalisée pour signaler la maltraitance des enfants : utilisation d'échelles conçues et développées pour cette étude.



In Sook, L., & Kyoung Ja, K. (2018). Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000186>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif (transversal descriptif)	N = 116 infirmières hospitalières travaillant dans un service pédiatrique ou à l'urgence pour enfants de deux hôpitaux universitaires d'une région métropolitaine de Corée.	Identifier les connaissances sur la maltraitance des enfants, la sensibilisation à la dénonciation de la maltraitance des enfants, les facteurs qui influencent les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et le professionnalisme parmi un échantillon d'infirmières travaillant dans un service pédiatrique ou aux urgences en Corée.	Maltraitance infantile Enfants Loi Détection / Identification Signalement Infirmières Théorie du comportement planifié	Les données ont été collectées de juillet à novembre 2016. Les questionnaires comprenaient une explication des objectifs et du contexte de l'étude. Le questionnaire était auto-administré.  Le questionnaire a été élaboré sur la base de recherches antérieures pertinentes, et l'indice de validité du contenu a été calculé sur la base de Lynn. Ensuite, les items ont été révisés et ont été complétés après vérification de la validité du contenu auprès de trois professeurs en soins infirmiers. Les résultats de l'indice de validité du contenu se situaient entre 0,90 et 1,0.  Mesures : caractéristiques personnelles, connaissances de la maltraitance des enfants (30 items), sensibilisation au signalement de la maltraitance des enfants (cinq items), attitudes envers le signalement obligatoires (12 items), professionnalisme (18 concepts).	Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, de tests <i>t</i> , d'une analyse de variance, de coefficients de corrélation de Pearson et d'une analyse de régression hiérarchique.	La corrélation entre les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et le professionnalisme était statistiquement significative et positive ( $r = .293, p = .005$ ), mais il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre les attitudes à l'égard du signalement obligatoire et la connaissance de la maltraitance des enfants ou la connaissance du signalement de la maltraitance des enfants.  Le score moyen :  Des connaissances sur la maltraitance des enfants = $23,31 \pm 5,33$ (fourchette de 0 à 30).  De la sensibilisation au signalement de la maltraitance des enfants = $3,46 \pm 1,09$ (5 points).  Des attitudes à l'égard du signalement obligatoire = $2,99 \pm 0,55$ (1 à 5).  Du professionnalisme = $3,59 \pm 0,51$ (1 à 5)
Niveau de preuve IV	Echantillonnage de commodité Non probabiliste	Question de recherche Non mentionnée				
Paradigme Post positiviste	Critère d'inclusion Comprendre les objectifs et les méthodes de l'étude.	Variables VI : la connaissance de la violence envers les enfants, la connaissance du système de signalement de la violence envers les enfants et le professionnalisme des infirmières. VD : les attitudes des infirmières à l'égard du signalement de la maltraitance des enfants.		Ethique Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Hannam.  Un consentement écrit éclairé a été obtenu de tous les sujets avant le début de la collecte des données. Pour protéger l'identification personnelle des répondants, les questionnaires ont été fournis avec une enveloppe anonyme et ont été scellés une fois remplis.		Conclusions Faibles connaissances sur la maltraitance des enfants parmi les infirmières de l'étude, sur leurs connaissances du signalement de la maltraitance des enfants et sur leur attitude à l'égard du signalement obligatoire.  Limites de l'étude Échantillonnage non probabiliste. Les items évaluant les connaissances sur la maltraitance infantile étaient peut-être inexacts, n'identifiaient pas clairement les caractéristiques des victimes de maltraitance.

Schek, G., Silva, M. R. S. da, Lacharité, C., & Bueno, M. E. N. (2016). Professionals and interfamily violence against children and adolescents : In between legal and conceptual precepts. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 50(5), 779-784. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600010>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	N = 15 professionnels, six infirmières, deux psychologues, deux médecins, deux agents de santé communautaire, deux conseillers en tutelle et un travailleur social.	Identifier les conceptions des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents à partir de leur discours.	Maltraitance infantile Violence interfamiliale Enfant Adolescent Loi Pratique professionnelle	Les données ont été collectées entre novembre 2013 et mars 2015, à travers des entretiens semi-structurés menés individuellement et sur le lieu de travail des professionnels. Ces entretiens ont été guidés par un script qui comprenait une enquête sur les conceptions des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents.	Analyse textuelle du discours guidée par les étapes suivantes : décomposer les entretiens, identifier les conceptions présentes dans le dialogue des professionnels concernant la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents, former les unités d'analyse, puis construire les relations entre ces unités en regroupant leurs éléments en trois catégories qui ont reçu les désignations suivantes : négligence professionnelle soutenue par la justification de la préservation de la famille ; confrontation entre la conception de la famille en tant qu'aidant et la famille qui commet la violence contre les enfants ; positionnement professionnel face à la violence interfamiliale contre les enfants et les adolescents.	Les professionnels ont négligé certains aspects juridiques liés à la prise en charge des enfants et des adolescents parce qu'ils considèrent que le fait de les signaler ou de les notifier peut, dans certaines situations, contribuer à détruire la famille. Bien que ces professionnels aient une expérience considérable dans les services de protection des victimes, certains ont fait valoir que les problèmes rencontrés dans l'environnement familial/ménage devraient être résolus en privé par ses membres, préservant ainsi l'autonomie de la famille.
Niveau de preuve IV	14 étaient des femmes et un était un homme avec un âge moyen de 46 ans. La durée d'occupation des postes variait entre 12 et 240 mois.	Question de recherche		Ethique		Conclusions
Paradigme Interprétatif	Parmi les six infirmières qui ont participé à cette étude, trois travaillent dans un hôpital universitaire dans les domaines de la pédiatrie et des soins d'urgence, et trois intègrent les équipes de santé familiale d'une unité de santé de base qui est située à la périphérie de la ville.	Non mentionnée		Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement auquel elle est affiliée, avec enregistrement sous le numéro 066/13.		Il est vrai que la violence interfamiliale constitue un problème difficile pour l'intervention, car elle émerge d'une combinaison complexe de facteurs sociaux, culturels et économiques, qui suscitent des conceptions différentes chez les professionnels concernant le même phénomène.
	Echantillonnage					Dans cette étude, la violence constitue un problème reconnu par les professionnels engagés dans les services de protection, cependant, intervenir/agir sur ce problème devient parfois la responsabilité de la famille elle-même. Cette attitude semble être guidée par l'idée que la famille a l'autonomie nécessaire pour résoudre ses propres problèmes. De nombreux professionnels se sentent choqués par certaines situations, prenant de la distance avec les victimes et les familles.
	Non probabiliste					Limites de l'étude Échantillonnage non probabiliste. Échantillon restreint.

Atencion, B. C. S., Alingalan, A. F., Oducado, R. M. F., Cordova, J. D. N., Dumaguing, Ma. C. M., & Suaboksan, M. T. T. (2019). Factors Associated With Intention to Report Child Abuse among District Hospital Nurses in Iloilo, Philippines. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 210-217. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14631.16806>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif (descriptif transversal)	N = 146 infirmières pédiatriques et d'urgences des hôpitaux de district sélectionnés dans la province d'Iloilo, Philippines.	Le principal objectif de cette étude était de reproduire les travaux antérieurs de Feng et de ses collègues (2005).  Déterminer les facteurs associés à l'intention des infirmières de signaler les cas de maltraitance d'enfants à Iloilo, aux Philippines	Maltraitance infantile  Enfant  Signalement  Rôle infirmier  Infirmière  Théorie du comportement planifié	Les données pour cette enquête ont été recueillies à l'aide de l'échelle CARIS (Child Abuse Reporting Intention Scale (CARIS) de Feng & Levine. Les alphas de Cronbach des sous-échelles de CARIS (version pour les infirmières) varient de 0,62 à 0,91.  Les données ont été collectées au cours du troisième trimestre de 2017.  Les chercheurs ont distribué les instruments (chacun étant rangé dans un dossier) au personnel infirmier en service dans les services pédiatriques et des urgences des hôpitaux sélectionnés le jour de l'enquête. Cependant, dans certains cas, le chef du département des soins infirmiers a proposé de faire appel ou rassemblait son personnel infirmier dans une salle pour que les chercheurs puissent distribuer les questionnaires de l'enquête.	Les outils statistiques descriptifs suivants ont été utilisés pour l'analyse des données obtenues : fréquence, pourcentage, moyenne et écart-type standard.  Le rho de Spearman a été utilisé pour déterminer la relation entre les variables.  Le niveau de signification a été fixé à 0,05 alpha.  <b>Logiciel</b> SPSS version 20.	L'analyse statistique utilisant le rho de Spearman a révélé que l'attitude ( $r = 0,287$ , $p = 0,000$ ), la norme subjective ( $r = 0,239$ , $p = 0,004$ ) et le contrôle comportemental perçu ( $r = 0,222$ , $p = 0,007$ ) sont significativement liés à l'intention de signaler les cas de maltraitance d'enfants chez les infirmières à $p < 0,05$ . Les connaissances ( $r = 0,083$ , $p = 0,321$ ), par contre, n'avaient pas de relation significative avec l'intention des infirmières de signaler les cas de violence envers les enfants.
<b>Niveau de preuve</b> IV	La majorité des infirmières de cette étude étaient des femmes (71,2 %), âgées de 21 à 39 ans (91,8 %), jamais mariées et n'avaient pas d'enfants (69,2 %), catholiques romains (83,6 %), titulaires d'un baccalauréat (95,2%), ont travaillé dans les hôpitaux de district publics depuis moins de 5 ans (54,8%) et avaient des postes permanents (74%).	<b>Question de recherche</b>  Non mentionnée		<b>Ethique</b>  Les participants ont été assurés de la confidentialité et de l'anonymat. Un consentement éclairé écrit a également été obtenu.		<b>Conclusions</b>  Les infirmières des hôpitaux publics de district ont une formation initiale et une formation continue inadéquates, ainsi que des connaissances insuffisantes sur la maltraitance des enfants, ce qui suggère la nécessité d'une préparation professionnelle plus adéquate en matière d'éducation et de formation à la maltraitance des enfants. Dans ce cas, les écoles doivent accorder plus d'attention à l'amélioration de la formation sur la maltraitance des enfants dans le programme de premier cycle en soins infirmiers.
<b>Paradigme</b> Post positiviste	<b>Echantillonnage</b>  De convenance  Non probabiliste	<b>Variables</b>  VI : la connaissance, l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu  VD : l'intention de signaler la maltraitance				<b>Limites de l'étude</b>  Désirabilité sociale.  Utilisation d'un échantillonnage de convenance.

Vosoghi, N., Fallahi-Khoshknab, M., Hosseini, M., & Ahmadi, F. (2021). Iranian Nurses' Experiences of their Roles in Care Provision to the Victims of Child Violence : A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(1), 27. <https://doi.org/10.4103/nms.nms.123.19>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	N = 14 infirmières recrutées à dessein dans les salles d'urgence, les services de médecine interne et les unités de soins intensifs pédiatriques (services pédiatriques spécialisés dans deux hôpitaux spécialisés pédiatriques à Ardabil et à Téhéran, en Iran).	Explorer les expériences des infirmières quant à leur rôle dans la prestation de soins aux enfants victimes de violence.	Mauvais traitements Maltraitance infantile Enfant Infirmière Rôle infirmier	Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens en face à face semi-structurés approfondis. Chaque entretien a commencé à l'aide d'une question ouverte sur la fourniture de soins aux enfants maltraités, à savoir «Quelles expériences avez-vous en matière de fourniture de soins aux enfants maltraités ?» Ensuite, il a été guidé en fonction de la réponse de la personne interrogée. Sur rendez-vous, les entretiens ont eu lieu dans une pièce du lieu de travail des participants. La durée des entretiens était de 45 à 60 minutes  Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur vocal de poche. Au total, dix-sept entretiens ont eu lieu avec quatorze participants. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à ce que les données soient saturées. Après chaque entretien, il a été immédiatement retranscrit.	L'analyse des données a commencé à l'aide de la méthode d'analyse de contenu conventionnelle proposée par Graneheim et al. Chaque transcription d'entrevue a été examinée plusieurs fois. Ensuite, les unités de signification ont été identifiées, résumées et codées. Les codes ont été classés en sous-catégories en fonction de leurs similitudes, puis les sous-catégories ont été regroupées pour former des catégories principales en tant que contenu latent des données.	Les quatre principaux rôles des infirmières dans la prestation des soins aux enfants victimes de violences étaient le rôle protecteur, le rôle diagnostic, le rôle de signalement et le rôle éducatif.  Le rôle protecteur était le rôle le plus important des infirmières dans la prestation de soins aux enfants victimes de maltraitance. Leur fournir des soins de protection et de sauvegarde est l'une des responsabilités quotidiennes des infirmières.
Niveau de preuve IV	La plupart des participants étaient des femmes et détenaient un baccalauréat	Question de recherche Non mentionnée				
Paradigme Interprétatif	<b>Echantillonnage</b> Non probabiliste  <b>Critères d'inclusion</b> Expérience de travail de plus de 6 mois dans des services pédiatriques, une expérience de la prestation de soins aux enfants victimes de violence et un accord pour le partage d'expériences personnelles.			<b>Ethique</b> Cette étude faisait partie d'une thèse de doctorat en sciences infirmières approuvée par le comité d'éthique de l'Université des sciences de la protection sociale et de la réadaptation, Téhéran, Iran (code: IR.USWR.REC.1396.286). Les objectifs de l'étude ont été expliqués à tous les participants et ils ont été assurés de la participation volontaire et de la gestion confidentielle des données de l'étude. Le consentement éclairé pour la participation a été obtenu de tous les participants.		<b>Conclusions</b> Les infirmières jouent un rôle important dans la prestation de soins aux enfants victimes de violence en diagnostiquant la violence, en la signalant, en protégeant les enfants et en leur offrant une éducation à eux et à leurs familles. Néanmoins, les infirmières reçoivent une éducation limitée dans ce domaine.  Des programmes d'enseignement universitaire et en cours d'emploi sont nécessaires pour améliorer leurs connaissances en matière de violence et leur capacité à diagnostiquer, signaler, prévenir et gérer la violence.  <b>Limites de l'étude</b> Échantillon non probabiliste et restreint.  Concerne seulement deux hôpitaux.  La plupart des infirmières = femmes.

Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32.

<https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif (descriptif exploratoire)	N = huit infirmières Elles avaient entre 35 et 60 ans, et avaient toutes plus de dix ans d'expérience. Deux hôpitaux différents (un hôpital universitaire et un petit hôpital) et un hôpital municipal (ville de taille moyenne) de Norvège ont été représentés.	Décrire les expériences des infirmières lorsqu'elles ont suspecté des cas de maltraitance d'enfants lors de leurs rencontres avec des enfants et leurs familles dans divers contextes de soins de santé.	Maltraitance infantile Enfant Infirmière Rôle infirmier	Les entretiens individuels semi-structurés ont été menés par le premier auteur, au cours de l'automne 2011 sur le lieu de travail des informateurs.  Les informateurs ont eux-mêmes choisi les lieux où se déroulaient les entretiens. Un entretien a été réalisé en dehors du lieu de travail. Les entretiens ont duré de 30 minutes à 1 heure et 15 minutes, mais la plupart des entretiens ont duré environ une heure.  Un guide d'entretien (liste de sujets) a été préparé pour les entretiens. Le guide d'entretien a donc été utilisé pour s'assurer que tous les sujets pertinents étaient couverts. Les entretiens ont été enregistrés dans des fichiers audio, puis transcrits mot à mot par les chercheurs eux-mêmes. Au total, 75 pages de données ont été transcrites.	Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu qualitative.  Une analyse inductive basée sur l'expérience des informateurs du phénomène a été utilisée, et les catégories codées ont été tirées directement des données.  L'analyse est basée sur une approche latente, qui interprète le sens sous-jacent du texte.	La responsabilité des infirmières a été remise en question et, dans de nombreux cas, négligée lorsque les infirmières soupçonnaient un abus sur un enfant. Elles doutaient de ce qu'elles voyaient et de ce que cela signifiait, et elles craignaient les conséquences pour l'enfant et sa famille si elles agissaient selon leurs soupçons. Les infirmières estimaient que leurs connaissances des signes de maltraitance des enfants, de la documentation et des procédures de signalement étaient insuffisantes.
Niveau de preuve IV	<b>Echantillonnage</b> Par choix raisonné Non probabiliste	<b>Question de recherche</b> Non mentionnée		<b>Ethique</b>  Le projet a été approuvé par le Service norvégien des données en sciences sociales (NSD). La participation au projet était volontaire et les participants ont reçu des informations orales et écrites préalables sur le projet. Tous les entretiens ont commencé par une information verbale sur le projet et la possibilité de se retirer à tout moment. Tous ont signé un formulaire de consentement. Les données ont été rendues anonymes de sorte que ni l'informateur ni les exemples utilisés ne puissent être reconnus.		<b>Conclusions</b>  L'une des principales responsabilités professionnelles des infirmières est de prendre soin de l'enfant vulnérable et de le défendre. D'après les résultats de cette étude, cette responsabilité n'est pas toujours remplie et il y a eu négligence de la part des infirmières. Une autre responsabilité difficile est de préserver la dignité des membres de la famille, même dans les situations où l'on soupçonne un abus sur l'enfant. Les infirmières doivent surmonter la peur de s'impliquer. Il est également nécessaire d'améliorer la coopération et la compréhension entre les hôpitaux et les différentes agences de protection de l'enfance. Cependant, le plus important est d'encourager les infirmières à prendre la responsabilité d'agir dans ces situations difficiles.
Paradigme Interprétatif	<b>Critère d'inclusion</b>  L'infirmière a vécu des situations où l'on soupçonnait des abus sur des enfants.	<b>Variables</b> VI VD				<b>Limites de l'étude</b>  Échantillonnage non probabiliste. Échantillon restreint.

## **Annexe III : Glossaires**

### **Glossaire méthodologique**

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Fortin & Gagnon (2016).

**Analyse de la variance** : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupes (p. 497).

**Analyse de contenu** : Technique d'analyse qualitative utilisée pour traiter les données textuelles (p. 497).

**Base de données** : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles périodiques (p. 497).

**Biais d'échantillonnage** : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population (p. 497).

**Code** : Symbole ou abréviation utilisé pour désigner des mots ou des phrases dans les données (p. 497).

**Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ )** : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497).

**Coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ )** : Indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (p. 497).

**Coefficient de corrélation de Spearman ( $r$ )** : Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale (p. 497).

**Coefficient de Kuder-Richardson 20** : Indice numérique qui vérifie la cohérence interne des mesures avec des choix dichotomiques (Zaiontz, 2021).

**Cohérence interne** : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498).

**Confirmabilité** : Critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (p. 498).

**Corrélation positive** : Tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs élevées de l'autre variable (p. 498).

**Crédibilité** : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498).

**Désirabilité sociale** : Ensemble des facteurs qui amènent une personne à montrer les meilleures facettes de sa personnalité afin de se faire apprécier des autres (L'internaute, 2021).

**Devis d'étude transversale** : Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associé (p. 498).

**Écart type (s)** : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499).

**Échantillon** : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499).

**Échantillonnage** : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499).

**Échantillonnage accidentel / de convenance / de commodité** : Méthode d'échantillonnage non-probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (p. 499).

**Échantillonnage intentionnel / par choix raisonné** : Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (p. 499).

**Échantillonnage non-probabiliste** : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499).

**Entrevue semi-dirigée** : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (p. 500).

**Étude exploratoire** : Collecte d'informations initiale et recherche préliminaire permettant de définir les techniques, outils et méthodes d'investigation les plus adéquates pour répondre à la problématique posée (Emarketing, 2021a).

**Étude descriptive** : Recherche dont l'objet est la description détaillée d'un phénomène. Reposant sur des méthodes de collecte précises, elle nécessite une connaissance préalable de l'environnement et/ou du problème étudié (Emarketing, 2021b).

**Fiabilité** : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions (p. 501).

**Fidélité** : Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (p. 501).

**Moyenne** : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (p. 502).

**Phénoménologie descriptive** : Méthodologie servant à décrire la signification d'une expérience particulière telle qu'elle est vécue par des personnes à travers un phénomène (p. 502).

**Population** : Ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes (p. 502).

**Recherche qualitative** : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p. 503).

**Recherche quantitative** : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p. 503).

**Régression hiérarchique** : Type d'analyse permettant de répondre aux questions concernant la contribution d'une variable ou d'un ensemble de variables au-delà de la contribution des variables qui sont déjà dans l'équation (Durand, 1996, p. 7).

**Rotation VARIMAX** : Rotation d'analyse factorielle. Méthode de rotation orthogonale qui minimise le nombre de variables ayant de forts chargements sur chaque facteur. Simplifie l'interprétation des facteurs (IBM, 2014).

**Saturation des données** : Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude (p. 504).



**Signification statistique** : Expression qui indique que les résultats d'une analyse ne découlent vraisemblablement pas de la chance à un seuil de signification déterminé (p. 504).

**Test de Scheffe** : Test post-hoc qui permet de déterminer les différences significatives entre les moyennes des groupes dans une analyse de variance (Statistica, 2016).

**Test t** : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p. 504).

**Tests statistiques paramétriques** : Procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables (p. 504).

**Thème** : Entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives (p. 504).

**Transférabilité** : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505).

**Unité de sens** : Un mot, une phrase ou un paragraphe qui est lié en raison de son contenu ou de son contexte (Skarsaune & Bondas, 2015).

**Validité externe** : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p. 505).

**Validité interne** : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p. 505).

**Variable** : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p. 505).

**Variance ( $s^2$ )** : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la moyenne des carrés des écarts (p. 505).

## **Glossaire général**

**Syndrome de Münchhausen par procuration** : Trouble factice par lequel une personne, généralement la mère, provoque ou simule chez l'enfant une pathologie organique, puis fait appel au médecin avec pour conséquence de le soumettre à des explorations, à des traitements inutiles, voire dangereux (Decherf, 2001).

**Résilience** : Capacité d'un système à s'adapter à des circonstances contraires qui menacent sa capacité de fonctionner, sa survie ou son développement futur (DFI, 2020, p. 9).

## Annexe IV : Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Virginia Henderson est à l'origine des 14 besoins fondamentaux de l'être humain. Ces besoins sont classés selon une liste ordonnée et peuvent être utilisés par les professionnels de la santé lorsque ceux-ci prodiguent des soins à une personne malade ou en bonne santé (Kozier et al., 2012, p. 61).

Les différents besoins fondamentaux sont exposés dans le tableau suivant (Deleplace, 2020; Kozier et al., 2012, p. 61) :

1. Respirer normalement	Maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant, bonne oxygénation
2. Boire et manger adéquatement	Absorber suffisamment de nutriments pour fournir l'énergie nécessaire à son organisme
3. Éliminer tous les déchets corporels	Éliminer les selles, les urines et les déchets du fonctionnement de l'organisme
4. Bouger et conserver une bonne posture	Se déplacer, ressentir un confort
5. Dormir et se reposer	Dormir et se sentir reposé, gérer sa fatigue, son énergie
6. Se vêtir et se dévêtir, choisir les vêtements appropriés	Pouvoir s'habiller, se déshabiller, acheter des vêtements
7. Maintenir une température corporelle normale	S'équiper en fonction de son environnement, adapter ses vêtements à la température ambiante
8. Maintenir une bonne hygiène corporelle et une apparence soignée pour préserver l'intégrité de la peau	Se laver, maintenir un niveau d'hygiène, prendre soin de soi, ressentir un bien-être

9. Éviter les dangers de l'environnement et éviter de blesser autrui	Maintenir et promouvoir son intégrité physique et psychique
10. Communiquer avec autrui pour exprimer des émotions, des besoins, des peurs, des points de vue	Comprendre et être compris, s'insérer dans un groupe social
11. Agir conformément à ses croyances et à ses valeurs	Connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs
12. Exercer un métier qui donne un sentiment d'accomplissement	Avoir une activité et conserver son estime de soi
13. Prendre part à diverses activités récréatives ou ludiques	Se détendre, se cultiver, s'investir dans une activité et éprouver une satisfaction personnelle
14. Apprendre, découvrir ou satisfaire sa curiosité dans le but de se développer normalement et de conserver une bonne santé	Apprendre, évoluer, s'adapter à un changement, entrer en résilience et transmettre un savoir

Comme mentionné dans le cadre théorique, la maltraitance, peu importe sa forme, peut avoir une incidence sur la réalisation des besoins fondamentaux. Par exemple, si l'enfant est négligé, il peut ne pas être habillé de manière convenable, c'est-à-dire, qu'en hiver il n'aurait pas d'habits adaptés à la saison (besoin six). Cette négligence, par le fait que les habits ne sont pas adaptés à la température ambiante, pourrait aussi toucher la température corporelle (besoin sept). Dans ce modèle, la négligence entrave aussi l'alimentation, celle-ci ne sera pas adéquate et suffisante.

## Annexe V : L'échelle valaisanne de triage et de gravité

L'ECHELLE VALAISANNE DE TRIAGE ET DE GRAVITE (EVTG4)	
Cardio-vasculaire	Degré
0001 Arrêt cardio-respiratoire	1
0002 Bradycardie extrême < 30 / min	1
0003 Douleur rétro sternale typique <sup>a</sup>	1
0004 Etat de choc, hypotension TA syst. < 90 mmHg	1
0005 Hypertension avec signes de gravité	1
0006 Tachycardie > 150 /min	1
0007 Trouble du rythme, bradycardie / tachycardie récente	2
0009 Douleur thoracique atypique <sup>a</sup>	3
0010 Hypertension sans signes de gravité	4
0011 Palpitations sans trouble du rythme	4
0012 Œdèmes membres inférieurs ou supérieurs	4 A
0013 Douleur rétro sternale typique anamnestique	2
Respiratoire	Degré
0101 Arrêt respiratoire	1
0102 Cyanose	1
0103 Détresse respiratoire sévère (SpO2 ≤ 90%)	1
0104 Inhalation de corps étranger avec détresse respiratoire	1
0105 Intoxication gaz ou toxique	2
0106 Douleur respiro-dépendante (fréq. resp. > 30/min)	2
0107 Hémoptysie active	2
0108 Dyspnée / difficulté respiratoire sans cyanose	3
0109 Notion anamnestique de sang dans les expectorations	3
0110 Toux	5 A
Neurologie	Degré
0201 Accident de décompression	1
0202 Convulsions à l'arrivée	1
0203 Etat de conscience altéré AVPU = P,U	1
0204 Troubles moteurs / sensitifs : durée ≤ 24h ou au réveil	1
0205 Trbles nerfs crâniens, aphasie : durée ≤ 24h ou au réveil	1
0206 Céphalées avec signes de gravité <sup>a</sup>	2
0207 Etat de conscience altéré AVPU = A,V	2
0208 Malaise avec perte de connaissance	2
0209 Troubles moteurs/ sensitifs : durée > 24 heures	2
0210 Trbles nerfs crâniens, aphasie : durée > 24 heures	2
0211 Convulsions, alerte à l'arrivée	3
0212 Malaise sans perte de connaissance	3 A
0213 Céphalées sans signes de gravité <sup>a</sup>	4 A
Traumatologie	Degré
0301 Brûlures profondes ou étendues	1
0302 Perte d'un membre	1
0303 Poly traumatisme	1
0304 Trauma perforant (cou, thorax, abdomen)	1
0305 Trauma rachis avec déficit neurologique	1
0319 Accident de la voie publique + facteurs de gravité <sup>a</sup>	2
0306 Plaie profonde ou artérielle	2
0307 Trauma du bassin	2
0308 TCC avec signes de gravité	2
0309 Trauma thorax, abdomen	2
0310 Trauma d'un membre avec déformation	2
0311 TCC sans signes de gravité	3
0312 Trauma maxillo-facial sans perte de connaissance	3
0313 Trauma rachis sans déficit	3
0314 Brûlure superficielle, légère	4 A
0315 Trauma mineur avec plaie	4 A
0316 Morsure, griffure, piqûre (sauf venimeuse)	5 A
0317 Plaie superficielle	5 A
0318 Trauma mineur	2
0320 Morsure venimeuse (vipère, animaux exotiques)	3
0321 Trauma d'un membre avec VAS ≥ 5	3
0322 Trauma d'un membre avec VAS ≤ 5	4 A
0323 Poignet déformé + troubles neuro-vasc. + VAS ≥ 5	2
0324 Poignet déformé sans trbles neuro-vasc. + VAS ≥ 5	2
0325 Poignet déformé sans trbles neuro-vasc. + VAS < 5	3
Psychiatrie	Degré
0401 Episode psychotique aigu / agitation extrême	1
0402 Abus médicamenteux	2
0403 Abus OH	3
0404 Idéation suicidaire	3
0405 Anxiété, angoisse, dépression	5
ORL	Degré
0801 Epistaxis actif	2
0802 Vertiges rotatoires aigus de plus de 3 heures	3
0803 Corps étrangers ORL (nez, oreille)	4 A
0804 Affection ORL simple (otalgie, épistaxis inactif, angine)	5 A
Digestif – gynécologie	Degré
0501 Accouchement, fausse couche, saignement actif	1
0502 Hémorragie digestive avec signes vitaux anormaux	1
0503 Agression sexuelle	2
0504 Hémorragie digestive avec signes vitaux normaux	2
0505 Douleur abdominale aiguë avec signes de gravité <sup>a</sup>	2
0506 Douleur abdominale aiguë sans signes de gravité <sup>a</sup>	3
0507 Diarrhées / vomissements avec déshydratation	3
0508 Epigastralgies	3 A
0509 Douleurs abdominales chroniques / subaiguës	4 A
0510 Douleurs anales	4 A
0511 Constipation	5 A
0512 Diarrhées	5 A
0514 Suspicion de kyste sacro-coccygien	5
0515 Nausées, vomissements	5 A
0516 Saignement gynécologique anamnestique/modéré	3 A
0517 Affection vaginale simple	5
1013 Douleur mammaire	5
Urologie – Néphrologie	Degré
0601 Anurie, Rétention urinaire	3
0602 Douleur loge rénale	3
0603 Douleur type colique néphrétique	3
0604 Hématurie macroscopique	4 A
0605 Brûlures mictionnelles	5 A
0606 Problèmes de sonde vésicale	5 A
0607 Douleur testiculaire d'apparition brutale	2
0608 Douleur testiculaire	3
Problème infectieux	Degré
0701 Fièvre avec signes de gravité <sup>a</sup>	2
0702 Fièvre chez patient immuno supprimé	2
0703 Suspicion d'arthrite septique	3
0704 Infection cutanée (dermohypodermite, lymphangite)	4 A
0705 Etat fébrile et / ou diarrhées de retour de voyage	3
0706 Fièvre, frissons sans signes de gravité <sup>a</sup>	5
Ophtalmologie	Degré
1022 Baisse brutale de la vision, plaie pénétrante	2
1004 Exposition oculaire à produit chimique	2
1023 Corps étranger dans l'œil	4 A
1024 Conjonctive rouge, picotements, écoulements	5 A
1025 Œil rouge douloureux (glaucome)	3 A
Rhumatologie	Degré
0901 Arthralgie, myalgie VAS ≥ 5/10	3
0902 Dorsalgie, cervicalgie VAS ≥ 5/10	3
0903 Arthralgie, myalgie VAS < 5/10	5 A
0904 Dorsalgie, cervicalgie VAS < 5/10	5 A
Divers	Degré
1001 Hyperthermie > 40,5 C°	1
1002 Hypothermie < 33 C°	1
1003 Noyade	1
1019 Membre froid / bleu	2
1005 Réaction allergique (cutanée généralisée / dyspnée)	2
1007 Ingestion de corps étranger (body pack)	3
1008 Réaction allergique mineure	3 A
1009 Demande de sevrage	4
1010 SIDA	5
1012 Demande d'examen	5 A
1014 Affection cutanée simple	5 A
1015 Maladie vénérienne	5
1016 Prophylaxie post exposition (PEP)	5
1017 Suite de soins hospitaliers	5
1020 Suite de soins ambulatoires	5 A
1021 Autre + Avis médical	?

sept. 2020

Selon l'ELTG (CHUV-CIU) N.Bertin, M.Moujber

(Bertin &amp; Moujber, 2020)