

Société Scientifique de Médecine Générale



**Recommandations  
de Bonne Pratique**

**MALTRAITANCE INFANTILE**

**Auteurs**

Nicole Dekker, Karen Smets, Koen Kairet, Lieve Peremans avec la collaboration de Léo Pas,  
Nathalie Claes, Jan Van Schoenbeek, Marjan Dierckx

**Traduction et adaptation**

Anne-Marie Offermans avec la collaboration d'Emmanuel de Becker, Lucien Nouwynck,  
Philippe Vanparijs et Michel Vanhalewyn

---

Validée par le CEBAM en octobre 2013

Traduite et adaptée en juin 2014

### **A l'attention des lecteurs de ces recommandations**

Les recommandations de bonne pratique ont une valeur de ligne directrice et de cadre de référence lors de la prise de décision diagnostique, thérapeutique et de suivi en médecine générale. Elles tiennent compte de la meilleure preuve scientifique disponible (evidence-based medicine) et proposent une démarche sur laquelle le médecin peut s'appuyer en toute sécurité.

Parallèlement, elles ne peuvent ignorer l'importance du contexte clinique et du point de vue du patient, qui a une place prépondérante dans les situations particulières envisagées. La qualité de la communication et l'information du patient doivent prévoir différentes options. Il est donc parfaitement possible que le médecin et le patient décident, de commun accord et sur base de repères clairement définis, d'attitudes différentes de celles proposées par les recommandations.

Ceci tient lieu de préalable pour l'ensemble de ce document.

# TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.1. Constats .....	5
1.2. Objectifs de la Recommandation .....	5
1.3. Public concerné .....	6
1.3. Population-cible de patients .....	6
<b>2. QUESTIONS CLINIQUES</b> .....	<b>7</b>
<b>3. DÉFINITIONS ET CONCEPTS</b> .....	<b>8</b>
<b>4. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>10</b>
4.1. Facteurs de risque.....	10
- <i>Quels sont les facteurs de risque de maltraitance infantile importants à prendre en compte dans le suivi des familles ?</i> .....	10
4.2. Signes et symptômes .....	11
- <i>Dans quels contextes/ sur base de quels signes faut-il envisager/ suspecter une maltraitance infantile ? Comment cette suspicion peut-elle être confirmée ?</i> .....	11
4.3. Rôle du médecin .....	29
- <i>Quel est le rôle du médecin généraliste en cas de maltraitance infantile ?</i> .....	29
- <i>Le médecin (généraliste) doit-il aborder en consultation la maltraitance avec l'enfant victime et avec son entourage ? Si oui, comment ?</i> .....	30
- <i>En cas de suspicion de maltraitance infantile, comment le médecin (généraliste) peut-il en estimer l'urgence et la gravité ?</i> .....	31
4.4. Collaboration multidisciplinaire .....	33
- <i>Comment le médecin (généraliste) peut-il/ doit-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ?</i> .....	33
<i>Intervention en urgence</i> .....	33
<i>Intervention dans la pratique quotidienne</i> .....	35
4.5. Examen clinique et dossier médical.....	37
- <i>Le médecin (généraliste) doit-il procéder à un examen clinique orienté lorsqu'il envisage/ suspecte une maltraitance infantile ?</i> .....	37
- <i>Comment un médecin (généraliste) doit-il documenter la situation de maltraitance infantile dans le dossier médical ?</i> .....	38
<b>5. MESSAGES-CLÉS</b> .....	<b>40</b>
<b>6. NIVEAU DE RECOMMANDATION ET DE PREUVE</b> .....	<b>45</b>
<b>7. SEUILS DE CONSENSUS</b> .....	<b>45</b>

<b>8. CONDITIONS DE MISE EN APPLICATION .....</b>	<b>45</b>
<b>9. INDICATIONS D'IMPLÉMENTATION .....</b>	<b>46</b>
<b>10. CRITÈRES D'ORIENTATION POUR LA RECHERCHE FUTURE.....</b>	<b>46</b>
<b>11. ELABORATION .....</b>	<b>46</b>
11.1. Auteurs .....	46
11.2. Revue de la littérature .....	47
11.3. Panel d'experts .....	47
11.4. Evaluation sur le terrain .....	48
11.5. Validation.....	48
11.6. Traduction et adaptation .....	48
11.7. Mise à jour et financement.....	49
<b>12. ANNEXES : ARBRES DECISIONNELS .....</b>	<b>50</b>
<b>13. NOTES.....</b>	<b>52</b>

# I. Introduction

## I.1. CONSTATS

La maltraitance à l'égard de l'enfant est un problème fréquent, mais largement sous-estimé.

En 2012, les 14 équipes SOS-Enfants<sup>1</sup> ont enregistré 5456 signalements de maltraitance qui ont en réalité concerné 4947 enfants. 3272 signalements (61,2%) avaient trait à une situation de maltraitance ou de négligence. 1828 signalements (33,4%) faisaient état d'un contexte à risque. Pour 287 signalements (5,2%), il s'agissait d'une autre problématique que de la maltraitance infantile.

Depuis 2006, on observe une constante augmentation du nombre de signalements, soit 13,78%. Ceci ne signifie pas pour autant que la maltraitance est, elle aussi, de plus en plus importante. D'autres facteurs permettent d'expliquer cette croissance comme, par exemple, la prise en charge par les équipes SOS-Enfants de familles issues des régions limitrophes (Région flamande, Communauté germanophone, Nord de la France), la perte des repères symboliques liés à l'éclatement des modèles familiaux, la précarité des familles, la conjoncture actuelle... Quant aux types de signalements adressés, on ne constate pas de grands changements sur cette même période. La distribution des formes de maltraitance infantile est la suivante : contexte inquiétant (31,4%), maltraitance sexuelle (28,5%), maltraitance physique (18,5%), négligence grave (8,6%), maltraitance psychologique (8,3%), inadéquation éducative (4%), abandon (0,4%), maltraitance institutionnelle (0,3%). Environ 15% des cas sont signalés par des services médicaux.

En Flandre, en 2011, on note 7163 signalements relatifs à 10188 enfants. Tout comme en Wallonie, depuis 2005, le nombre de signalements de maltraitance a augmenté de 10,9%<sup>2</sup>. En ce qui concerne le type de signalements adressés, on note les moyennes suivantes pour les huit dernières années : maltraitance physique (27%), maltraitance sexuelle (23%), maltraitance psychologique (18%), situation à risque (15%), syndrome de Munchhausen par procuration (0,4%), aucune maltraitance (4,5%). Notons que 15% des signalements proviennent des services de soins de santé et que 2,3% sont le fait de médecins généralistes<sup>3</sup>.

Les médecins généralistes sont des professionnels de la santé en contact étroit avec les familles. Le dépistage précoce des familles à risque et l'identification des signes de maltraitance font partie des missions majeures du médecin (Article 61 du code de déontologie médicale, modifié le 14 septembre 2013)<sup>4</sup>. Malgré l'occurrence fréquente des cas de maltraitance et la responsabilité importante du médecin dans ce domaine, le généraliste ne décèle que rarement la maltraitance infantile dans sa pratique quotidienne. En outre, le médecin généraliste se trouve dans une position délicate car il a la confiance de toute la famille, ce qui complique la prise en charge d'une suspicion de maltraitance.

## I.2. OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION

Les objectifs de cette Recommandation de Bonne Pratique visent à soutenir le médecin généraliste dans la détection précoce et l'identification de la maltraitance infantile ainsi qu'à lui proposer une approche en cas de suspicion ou de diagnostic avéré de celle-ci.

### **I.3. PUBLIC CONCERNE**

Cette Recommandation s'adresse principalement aux médecins généralistes. Elle est également destinée aux pédiatres et aux médecins consultant dans les services de santé accueillant des enfants et des adolescents.

### **I.4. POPULATION-CIBLE DE PATIENTS**

Cette Recommandation concerne les enfants âgés de 0 à 18 ans. Elle n'envisage pas la violence entre mineurs, la violence dans un cadre institutionnel, les mutilations génitales relevant de pratiques culturelles, ni la mort subite de l'enfant.

## 2. Questions cliniques

La Recommandation apporte une réponse aux questions cliniques suivantes :

---

### FACTEURS DE RISQUE

1. Quels sont les facteurs de risque de maltraitance infantile importants à prendre en compte dans le suivi des familles ?

---

### SIGNES ET SYMPTOMES

2. Dans quels contextes/sur base de quels signes faut-il envisager/suspecter une maltraitance infantile ? Comment cette suspicion peut-elle être confirmée ?

---

### ROLE DU MEDECIN

3. Quel est le rôle du médecin généraliste en cas de maltraitance infantile ?
4. Le médecin (généraliste) doit-il aborder en consultation la maltraitance avec l'enfant victime et avec son entourage ? Si oui, comment ?
5. En cas de suspicion de maltraitance infantile, comment le médecin (généraliste) peut-il en estimer l'urgence et la gravité ?

---

### COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE

6. Comment le médecin (généraliste) peut-il/doit-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ?
  - a. en urgence
  - b. dans la pratique quotidienne

---

### EXAMEN CLINIQUE ET DOSSIER MEDICAL

7. Le médecin (généraliste) doit-il procéder à un examen clinique orienté lorsqu'il envisage/suspecte une maltraitance infantile ?
  8. Comment un médecin (généraliste) doit-il documenter la situation de maltraitance infantile dans le dossier médical ?
-

### 3. Définitions et concepts<sup>5, 6</sup>

#### • Maltraitance infantile

La maltraitance à l'égard du mineur d'âge inclut toute interaction basée sur la menace ou sur la violence physique, psychologique ou sexuelle que les parents - ou d'autres personnes dans le cadre d'une relation de dépendance ou d'absence de liberté - imposent délibérément ou de manière passive à l'enfant, et qui lui cause ou risque de lui causer de graves dommages corporels ou psychologiques. Cela inclut donc la violence physique ou psychologique, la négligence, la maltraitance sexuelle et aussi l'exposition à la violence des parents/tuteurs.

#### • Maltraitance physique

La maltraitance physique est définie comme l'utilisation intentionnelle de la force physique sur l'enfant entraînant un préjudice réel ou potentiel pour sa santé, sa survie, son développement ou sa dignité. Il s'agit, entre autres, de frapper, battre, donner des coups de pied, secouer, mordre, étrangler, brûler, intoxiquer et étouffer. De nombreuses violences physiques à l'encontre des enfants s'inscrivent dans un contexte de punition.

#### • Maltraitance sexuelle

La maltraitance sexuelle se traduit par l'implication de l'enfant dans des activités sexuelles qu'il ne comprend pas nécessairement et pour lesquelles il est inapte à donner son consentement, ou qui ne correspondent pas à son stade de développement, ou encore qui enfreignent les lois ou les interdits de la collectivité. Les auteurs peuvent être des adultes ou d'autres enfants qui, en raison de leur âge ou de leur stade de développement, sont dans une position de responsabilité, d'autorité morale ou de pouvoir vis-à-vis de l'enfant victime.

#### • Maltraitance psychologique

Le terme maltraitance psychologique vise les déficiences des parents ou des tuteurs dans le fait de ne pas offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à la santé et au développement affectifs de l'enfant. Citons, parmi ces actes, l'interdiction de bouger, le dénigrement, les insultes, les critiques constantes, les menaces d'abandon et l'intimidation, la discrimination, le fait de ridiculiser ainsi que d'autres formes non physiques d'hostilité et de rejet. Ces actes de maltraitance peuvent être isolées ou s'inscrire sur une période de temps déterminée. Ils sont considérés comme fortement préjudiciables sur le plan de la santé de l'enfant mais aussi pour son développement physique, psychologique, social ou spirituel.

#### • Négligence

La négligence renvoie à des déficiences des parents ou des tuteurs dans le fait de subvenir aux besoins primaires de l'enfant - lorsqu'ils en ont la possibilité - dans le ou les domaines suivants : la santé, l'éducation, le développement psychologique, l'alimentation, le logement et la sécurité du cadre de vie. Ces déficiences peuvent être isolées ou s'inscrire sur une période de temps déterminée. Les parents auteurs de négligence ne sont pas nécessairement issus de classes sociales précarisées. Il n'est pas aisé de déterminer le seuil à partir duquel on peut parler de négligence.

### • **Syndrome de Münchhausen par procuration**

Tableau complexe de maltraitance essentiellement de nature physique dans lequel le parent provoque un ou des symptômes chez l'enfant (pathologie induite) pouvant entraîner la mort. Le comportement du parent répond à une demande plus ou moins délirante d'attention des professionnels de la santé à son égard en utilisant l'enfant, le présentant sans cesse aux intervenants (« doctor's shopping »). La découverte peut être fortuite. On constate la disparition des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent alors que le parent nie toute intervention personnelle dans l'induction de ceux-ci.

### • **Envisager une maltraitance infantile**

Envisager une maltraitance chez l'enfant signifie que la maltraitance pourrait s'avérer être une explication aux signes/symptômes observés et au récit entendu. Dans ce cas, il s'agit d'inclure la maltraitance infantile au diagnostic différentiel.

### • **Suspecter une maltraitance infantile**

Suspecter une maltraitance chez l'enfant signifie qu'il existe des arguments sérieux pour considérer l'éventualité d'une maltraitance, mais qu'il n'y a pas de preuves suffisantes à l'appui.

## 4. Recommandations

### 4.1. FACTEURS DE RISQUE

#### I. Quels sont les facteurs de risque de maltraitance infantile importants à prendre en compte dans le suivi des familles ?

##### Recommandation – GRADE 1B

- **Etre attentif aux facteurs de risque chez l'enfant, chez les parents, dans la famille et au niveau de l'entourage**

Une attention portée aux facteurs de risque permet d'identifier la maltraitance infantile et d'avoir une démarche pro-active en la matière (action et prévention). L'identification consiste non seulement à constater les symptômes spécifiques, mais également à associer différents éléments relatifs aux circonstances, aux symptômes et aux facteurs de risque<sup>8</sup>.

Lors de l'évaluation des facteurs de risque, il est important de reconsidérer certaines idées reçues quant aux classes sociales et à l'origine ethnique. Les enfants issus de classes sociales défavorisées et présentant des blessures accidentelles vont être plus facilement adressés aux Services de Protection de la Jeunesse que ceux de classes sociales favorisées avec des blessures similaires. Cela peut mener à un risque de sur-/sous-diagnostic<sup>9</sup>.

Actuellement, aucun outil validé destiné aux médecins n'est répertorié dans la littérature pour identifier, dans une situation donnée, les facteurs de risque/protecteurs, ni pour évaluer la gravité de la situation.

<b>Facteurs de risque* liés à la maltraitance infantile</b>	
<b>Facteurs individuels - chez l'enfant</b>	<b>Facteurs parentaux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédents de maltraitance</li><li>• Présence d'un handicap physique ou mental</li><li>• Faible poids de naissance</li><li>• Grossesse non planifiée</li><li>• Personnalité difficile, troubles du comportement (par exemple, Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) ou problèmes de développement</li><li>• Pleurs incessants</li><li>• Naissance prématurée</li><li>• Syndrome du bébé secoué : les garçons sont davantage à risque que les filles</li><li>• Grossesse multiple</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Age &lt; 20 ans</li><li>• Faible niveau d'instruction</li><li>• Troubles de la personnalité ou autres problèmes psychiatriques</li><li>• Antécédents de maltraitance dans l'enfance</li><li>• Témoin de violences et d'événements traumatisants</li><li>• Certains traits de personnalité : gestion inadéquate de la colère et de l'agressivité, anxiété, dépression, faible estime de soi</li><li>• Grossesse non désirée</li><li>• Chômage</li><li>• Consommation de produits (alcool, drogues, médicaments)</li><li>• Recours à des punitions corporelles</li><li>• Absence ou faiblesse des qualités (physiques, affectives, intellectuelles) attribuées à l'enfant par le parent</li></ul>
<b>Facteurs familiaux</b>	<b>Facteurs communautaires et sociétaux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Famille nombreuse (&gt; 3 enfants)</li><li>• Mère célibataire</li><li>• Famille nouvellement recomposée</li><li>• Violence domestique</li><li>• Minorités ethniques, familles d'origine immigrée et primo-arrivants (originaires d'Amérique latine, d'Afrique, d'Europe de l'Est)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pauvreté</li><li>• Faible réseau ou isolement social</li><li>• Criminalité</li><li>• Manque de service de garde d'enfants adéquat ou compétence éducative limitée</li><li>• Violence envers autrui dans l'entourage</li></ul>

\* Il ne s'agit pas de facteurs de risque au sens strict car seule une association statistique a été démontrée sans preuve de causalité.

## *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation s'appuie sur trois RBP<sup>10, 11, 12</sup>, sur plusieurs études de cohorte<sup>13, 14, 15, 16, 17, 18</sup> et revues systématiques<sup>19, 20, 21, 22</sup> ainsi que sur quatre revues d'articles<sup>23, 24, 25, 26</sup> et un rapport de recherche<sup>27</sup>.

Les données relatives aux facteurs de risque sont issues principalement d'études de cohorte, de cas-témoin et d'études transversales. Bien que les niveaux de preuve varient fortement, qu'ils soient plutôt faibles et que les concepts utilisés soient très différents d'une recherche à l'autre, on retrouve de manière récurrente un certain nombre de facteurs de risque. Cela ne signifie pas pour autant qu'il existe une relation de cause à effet. Dans une analyse multi-variée dans laquelle plusieurs facteurs de risque sont pris en compte simultanément, on constate un niveau de preuve moins élevé. En effet, un certain nombre de facteurs confondants (« confounders »), tels la précarité ou l'insuffisance de moyens matériels, ont une base commune avec d'autres facteurs de risque comme, par exemple, le faible niveau d'instruction, le jeune âge ou le célibat de la mère, le placement sous tutelle dans l'enfance...

## 4.2. SIGNES ET SYMPTOMES

### I. Dans quels contextes/sur base de quels signes faut-il envisager/suspecter une maltraitance infantile ? Comment cette suspicion peut-elle être confirmée ?

#### 4.2.1. Généralités

---

##### Recommandation - GRADE 1B

- Envisager une maltraitance infantile en cas de changement de comportement de l'enfant

##### Recommandations - GRADE 1C

- Envisager une maltraitance infantile en cas :
  - d'absence d'explication crédible de la (des) blessure(s)
  - de délai anormalement long entre l'apparition de la lésion et la consultation médicale
  - d'absentéisme scolaire fréquent, non justifié et connu des parents
- Suspecter une maltraitance infantile chez un enfant prépubère qui présente un comportement ou a des préoccupations à caractère sexuel de nature coercitive (violence sexuelle)

##### Recommandation - Good Practice Points (GPP)

- Envisager une maltraitance infantile en cas :
    - de troubles dissociatifs chez l'enfant, qui ne sont pas liés à un événement traumatique\*
    - de responsabilités importantes imposées à l'enfant et qui ne lui permettent pas d'effectuer ses activités quotidiennes\*
    - d'automutilation et/ou de prise de médicaments \*
    - de suspicion d'un manque de surveillance à l'origine de la (des) blessure(s)\*
    - de fugue ou de tentatives de fugue à répétition\*
-

## • Lésions physiques

N'importe quelle lésion physique chez un enfant peut être le résultat d'une maltraitance. L'explication donnée quant à la cause de celle-ci est à prendre en considération. Les lésions peuvent être isolées ou associées à d'autres. Il est important de se rappeler que 80% des auteurs de maltraitance sont des parents considérant leurs actes comme une méthode disciplinaire<sup>28</sup>.

Les ecchymoses représentent le cas de figure le plus fréquent d'une maltraitance physique. L'interprétation de celles-ci nécessite d'examiner systématiquement le contexte médical et social de l'enfant, le stade de développement de ce dernier ainsi que l'explication fournie quant à la cause de ces lésions<sup>29</sup>. Si aucune raison médicale ou autre explication appropriée ne peut être apportée, une maltraitance infantile devra être suspectée.

Comme autres lésions physiques fréquentes, on note les brûlures et les morsures, les lésions de la bouche ainsi que les fractures.

- Les brûlures peuvent survenir de manière accidentelle ou intentionnelle. Il n'existe pas de différence en termes de sexe, d'âge de l'enfant ou de taille entre brûlures accidentelles et brûlures intentionnelles. Celles-ci peuvent également résulter d'un manque de surveillance. Lorsqu'une brûlure est infligée à l'enfant de manière intentionnelle, il n'est pas rare que le médecin ne soit pas immédiatement contacté<sup>30</sup>. Les brûlures constatées dans le cadre d'une maltraitance relèvent principalement de la négligence plutôt que de la maltraitance physique<sup>31</sup>.
- Les lésions buccales, de même que la déchirure du frein labial ne sont pas spécifiques à la maltraitance<sup>32</sup>. Dans tous les cas de lacération inexplicée du frein labial, un examen complet de la bouche devra être effectué à la recherche de lésions occultes. Les traumatismes de la bouche sont plus souvent des hématomes que des ecchymoses. Les enfants victimes de maltraitance présentent également davantage de caries dentaires<sup>33</sup>.
- Il s'agit également de suspecter une maltraitance infantile en cas de découverte d'une ou de plusieurs fractures en l'absence d'affection médicale (par exemple, maladie des os de verre (osteogenesis imperfecta), ostéopénie ou prématurité) ou sans autre motif explicatif<sup>34</sup>. Il en va de même lorsqu'il n'y a pas de corrélation entre les résultats radiologiques et la fracture attendue sur base de l'anamnèse<sup>35</sup>. Ajoutons encore les traumatismes crâniens qui sont la cause la plus fréquente de décès par maltraitance.

## • Changements de comportement

Les enfants victimes de maltraitance présentent davantage de troubles affectifs et comportementaux. Ces troubles en sont souvent les signes les plus évidents et les plus durables. Il peut s'agir de comportements non adaptés à l'âge, au stade de développement de l'enfant ou encore de changements de comportement qui ne peuvent s'expliquer par une situation de stress connue (par exemple un divorce) ou par des raisons médicales (par exemple TDA/H, autisme). Ces comportements peuvent prendre des formes très diverses allant du mutisme sélectif<sup>36</sup> à des crises de colère, des troubles de l'attachement<sup>37, 38, 39</sup> en passant par l'énurésie nocturne ou diurne, des cauchemars répétés ou encore des troubles alimentaires. On note aussi la faible estime de soi, l'anxiété sévère, les attitudes de retrait, la dépression<sup>40, 41</sup> ainsi que des comportements agressifs ou antisociaux<sup>42</sup>.

En plus de ces manifestations sur le plan somatique, comportemental<sup>43</sup> et affectif, on relève encore des modifications significatives dans les résultats scolaires et des problèmes d'adaptation<sup>44</sup>.

Ces changements inexplicables de comportement et d'attitude chez l'enfant sont davantage observés lorsque l'enfant a vécu une expérience de maltraitance physique ou sexuelle que dans les situations où l'enfant est exposé de manière chronique à une carence de soins assimilable à de la négligence ou de la violence psychologique.

Les modifications dans la relation parent-enfant peuvent également être un indicateur de maltraitance infantile quelle qu'en soit la forme (physique, affective, sexuelle, négligence). Le comportement et l'attitude de l'enfant doivent dès lors être examinés au cas par cas. Il est essentiel de tenir compte de l'âge, des capacités mentales, du caractère de l'enfant... Ce sont surtout les changements constatés qui auront toute leur importance.

### • **Dissociation**

Le trouble dissociatif peut être compris comme un mécanisme de défense se manifestant par des comportements automatisés, une « fragmentation émotionnelle », une altération de l'identité face à la réalité insoutenable, indicible. La dissociation traduit l'échec de l'élaboration associative de la réalité des faits et de la réalité affective en lien avec un déficit de la régulation des émotions. Cette stratégie d'adaptation peu adéquate perturbe l'intégration des expériences vécues entravant les processus mnésiques, le traitement des informations et, plus loin, le processus identitaire du sujet. Sur le plan clinique, on retrouve par exemple l'amnésie, la fugue, la dépersonnalisation.

Une corrélation positive est établie entre la dissociation et une maltraitance passée ou actuelle<sup>45</sup>. Il manque toutefois de preuves suffisantes pour démontrer l'existence d'une relation significative entre l'âge, le sexe, le degré, la chronicité de la maltraitance et le développement de symptômes dissociatifs. Le diagnostic différentiel entre les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs n'est guère aisé - comment faire la part des choses, par exemple, entre épilepsie, conversion, somatisation ? - Seul un médecin spécialisé dans ce domaine sera en mesure de le faire. Un événement traumatique peut également induire des manifestations de dissociation.

### • **Automutilation**<sup>46</sup>

L'automutilation peut être une manifestation de la maltraitance vécue par l'enfant. Par « automutilation », on entend, par exemple, le fait de se couper, de se griffer, de se mordre (dans le but de provoquer une blessure) ou encore de s'arracher les cheveux, de prendre des médicaments à dose trop forte, etc. Il est souvent difficile de faire une distinction claire entre comportement suicidaire et automutilation. L'automutilation conséquence de maltraitances ne doit pas être confondue avec un comportement à risque dans le cadre d'une adolescence normale.

### • **Absentéisme scolaire**

Tous les enfants de moins de 18 ans sont soumis à l'obligation scolaire et ont droit à un enseignement de qualité à temps plein. Les parents en sont responsables.

Une maltraitance peut être suspectée en cas d'absentéisme scolaire fréquent, non justifié (sans aucun motif médical), connu des parents et sans aucune forme de remplacement prévue à domicile<sup>47</sup>. Le manque de surveillance peut également occasionner des blessures.

### • Comportement à caractère sexuel

La possibilité de maltraitance infantile doit être envisagée lorsqu'un enfant pré-pubère présente un comportement ou des préoccupations à caractère sexuel, notamment de nature coercitive : par exemple, un enfant qui parle de sexualité et dessine des organes génitaux ou qui a une activité sexuelle avec un autre enfant<sup>48</sup>. Le comportement sexuel fait partie des étapes de développement de l'enfant. En tant que professionnel de la santé, il est important de pouvoir en distinguer la normalité. Ainsi, toucher ou montrer ses propres parties génitales, toucher les seins d'une femme, regarder les organes sexuels d'autres enfants<sup>49</sup> ne représentent pas des comportements inadaptés chez le petit enfant.

#### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations se basent sur la RBP NICE<sup>50</sup>, une revue systématique<sup>51</sup> et une revue d'articles<sup>52</sup> ainsi que sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

## 4.2.2. Maltraitance physique

---

### Recommandation – GRADE 1C

- **Envisager une maltraitance infantile s'il n'existe pas d'étiologie précise pour la lésion constatée, d'autant que le délai entre l'apparition de celle-ci et la consultation médicale est anormalement long**
- 

N'importe quelle lésion physique chez un enfant peut constituer un signe de maltraitance. L'explication donnée quant à la cause de celle-ci est déterminante. Les lésions peuvent être isolées ou associées à d'autres. Les plus souvent identifiées et répertoriées par les cliniciens<sup>53</sup> sont les suivantes : des traumatismes crâniens, des hémorragies rétiniennes, des retards de croissance, des ecchymoses en forme de boucle ou stries cutanées, des fractures spiroïdes chez de tout jeunes enfants, des lésions anogénitales, une diminution du tonus rectal, des brûlures symétriques de type immersion ou sur les parties génitales et les fesses ou encore par cigarettes, une maladie inventée ou induite et des lésions inexplicables.

D'autres signes d'alarme moins évidents doivent attirer l'attention du clinicien sur l'éventualité d'une maltraitance. L'United-States Department of Health and Human Services (USDHHS)<sup>54</sup> recommande de suspecter de la violence physique chez l'enfant qui :

- présente des ecchymoses en voie de cicatrisation ou d'autres lésions visibles après une absence de l'école
- semble être effrayé par ses parents, pleure ou proteste à l'idée de rentrer à la maison
- se recroqueville en présence d'un adulte
- rapporte lui-même une lésion provoquée par un parent ou un autre adulte qui s'occupe de lui

Rappelons que 80% des auteurs de maltraitance sont des parents considérant leurs actes comme une méthode disciplinaire<sup>55</sup>.

---

## Maltraitance à l'égard de l'enfant

---

Face à une situation où le pronostic vital est engagé, le premier réflexe du médecin généraliste sera de donner les premiers soins et de faire appel aux services d'aide spécialisée. Si la gravité des lésions l'exige - en cas de lésions intracrâniennes et/ou de la moelle épinière, d'intoxication, de noyade ou de brûlures étendues, l'enfant sera adressé à un service d'urgences.

### *Fondement de la recommandation*

La recommandation est basée sur trois RBP<sup>56, 57, 58</sup> et deux revues systématiques<sup>59, 60</sup>.

## • Ecchymoses

---

### Recommandation – GRADE 1B

- **Suspecter une maltraitance lorsqu'un enfant présente des ecchymoses en forme de main, d'empreinte dentaire ou encore de bande linéaire (bâton ou corde/ficelle) ou digitiformes (du fait d'une saisie ou d'un maintien)**

---

Les ecchymoses représentent le cas de figure le plus fréquent d'une maltraitance physique. L'interprétation de celles-ci nécessite d'examiner systématiquement le contexte médical et social de l'enfant, le stade de développement de ce dernier ainsi que l'explication fournie quant à la cause de ces lésions<sup>61</sup>.

---

#### **Types particuliers d'ecchymoses qui peuvent faire suspecter une maltraitance infantile<sup>62</sup>**

- chez un enfant incapable de se déplacer de manière autonome
- multiples ou groupés,
- de même forme et de même taille
- avec une forme spécifique évoquant un objet (ceinture, corde...)
- sur des parties molles du corps (reliefs non osseux, par exemple les yeux, les oreilles, les cuisses, les fesses, l'abdomen...)
- au niveau du visage, du dos, des bras, des mains
- au niveau du cou, évoquant une strangulation
- au niveau des chevilles et des poignets ayant l'aspect de ligature
- au niveau des organes génitaux
- étendus (plus de 3 ecchymoses et/ou ecchymoses ayant au moins 1 cm de diamètre)

---

La date de survenue d'une ecchymose ne peut être aisément déterminée à l'examen clinique, encore moins à partir d'une photo<sup>63</sup>. Les ecchymoses au niveau de l'abdomen sont rarement d'origine accidentelle étant donné la souplesse et la capacité d'absorption des chocs au niveau de l'étage abdominal. Ces ecchymoses laissent donc suspecter la survenue d'un impact important. Dans ces cas, il est indispensable de rechercher des lésions internes car le taux de mortalité chez l'enfant est de 50%<sup>64</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation repose sur deux RBP<sup>65, 66</sup> et deux revues systématiques<sup>67, 68</sup>.

Une des revues systématiques<sup>69</sup> reprend 22 études relatives à des ecchymoses chez l'enfant victime ou non de maltraitance. L'enfant non victime présente aussi des ecchymoses, et plus il est indépendant sur le plan moteur (déplacement), plus il peut présenter des ecchymoses à plusieurs endroits. Cela représente 17% des enfants lors de l'apprentissage de la marche, 53% des enfants en âge de marcher et la majorité des enfants en âge scolaire. Ces ecchymoses sont de petites tailles, touchent surtout les articulations et la face avant du corps. Par contre, les ecchymoses chez l'enfant incapable de se déplacer de manière autonome sont très rares (<1%).

---

## Maltraitance à l'égard de l'enfant

---

Trois études reprises dans la seconde revue systématique<sup>70</sup> mentionnent l'impossibilité de déterminer l'ancienneté d'une ecchymose. Le médecin ne peut pas établir le moment de survenue de la contusion en fonction de la couleur de l'ecchymose. En effet, il peut exister une série de nuances de couleurs qui dépendent de la destruction des globules rouges extravasés après l'impact.

La recherche réalisée par Pierce<sup>71</sup> montre que la présence d'une ecchymose chez un enfant incapable de se déplacer de manière autonome doit éveiller l'attention du médecin sur l'éventualité d'une maltraitance. Les ecchymoses sur le thorax, les oreilles et le cou sont également suspectes ainsi que les lésions sur le visage pour lesquelles il n'y a pas d'explication plausible.

## • Morsures

---

### Recommandation – Good Practice Points (GPP)\*

- **Suspecter une maltraitance infantile en cas de :**
    - **traces de morsures qui semblent provenir d'un adulte et non d'un enfant\***
    - **blessures ou cicatrices sans explication crédible\***
- 

Les morsures sont fréquentes chez l'enfant (1 enfant sur 600 a déjà présenté une trace de morsure) et sont généralement causées par un de ses condisciples, notamment lors de jeux.

Il y a lieu de suspecter une morsure en cas de lésion arrondie, ovale, bien circonscrite, avec ou sans ecchymose centrale.

Il n'est pas aisé de distinguer d'emblée l'origine de la morsure<sup>72</sup>. Si l'aspect de celle-ci permet d'établir avec une forte probabilité qu'elle a été infligée par un adulte, l'enfant est à considérer comme à risque de maltraitance<sup>73</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

La recommandation s'appuie sur le consensus de deux RBP<sup>74, 75</sup> ainsi que sur celui des experts (1<sup>o</sup>Tour) - Etude Delphi (proposition indicée d'un astérisque (\*)).

Notons que les morsures causées par des animaux n'ont pas fait l'objet d'un consensus auprès des experts consultés. Elles relèvent davantage d'une forme de négligence.

## • Brûlures

---

### Recommandation – GRADE 1B

- **Suspecter une maltraitance infantile en cas de brûlures :**
    - **chez un enfant qui est incapable de se déplacer de manière autonome**
    - **sur des parties du corps qui ne sont normalement pas susceptibles d'être en contact avec un objet à température élevée (par exemple, le dos de la main, les cuisses, le dos)**
    - **lorsque la lésion présente une certaine forme telle une cigarette...**
    - **lorsque la forme de la brûlure fait penser à une immersion forcée (par exemple, les cuisses, les deux membres inférieurs, les deux mains), les lésions étant alors symétriques avec des bords bien délimités**
-

Des brûlures peuvent survenir à tout âge, tant chez les garçons que chez les filles. Elles peuvent être accidentelles ou intentionnelles<sup>76</sup>. Elles peuvent également être la conséquence d'un manque de surveillance. Lorsqu'une brûlure est infligée à l'enfant de manière intentionnelle, il n'est pas rare que le médecin ne soit pas immédiatement contacté<sup>77</sup>.

Les brûlures sont douloureuses et peuvent être létales; de plus, elles engendrent des cicatrices permanentes et des troubles psychologiques<sup>78</sup>. Chez l'enfant, l'exposition à un liquide à 60°C, même moins d'une seconde, suffit pour provoquer une brûlure du troisième degré.

Une anamnèse détaillée est essentielle pour déterminer s'il s'agit d'une situation de maltraitance<sup>79</sup>. Elle est requise si les brûlures n'ont pas été causées par de l'eau chaude. Il s'agira d'examiner systématiquement les vêtements à la recherche de trous causés par un produit caustique et de tenter d'en déterminer la teneur<sup>80</sup> <sup>81</sup>. Le rapport avec la maltraitance sera tout particulièrement une gageure pour les brûlures sur des surfaces corporelles couvertes par des vêtements.

Une suspicion de maltraitance peut être envisagée lorsque les brûlures touchent les deux membres supérieurs ou inférieurs (distribution en chaussette ou en gant), sont limitées aux fesses ou aux organes génitaux, avec une forme reconnaissable telle un fer à repasser, une cigarette ou encore lorsque l'explication donnée concerne une brûlure provoquée par un liquide, sans marques d'éclaboussures ou de projections. Les brûlures provoquées par immersion sont généralement à associer à une forme de maltraitance. Ainsi, lorsque seuls les bras ou les jambes ont été plongés dans de l'eau à température élevée, les lésions présentent une distribution en forme de chaussette ou de gant, avec une ligne de démarcation bien nette<sup>82</sup>. En cas d'immersion forcée, les plis de la peau et les points d'appui au niveau des fesses sont souvent épargnés; les lésions sont bien délimitées et leur profondeur est uniforme<sup>83</sup>, <sup>84</sup>. Lorsqu'une brûlure est le résultat du renversement d'un liquide, les contours sont irréguliers et il existe des formes lésionnelles évoquant des éclaboussures.

Dans certains cas, les brûlures peuvent être le fait d'une personne qui s'occupe de l'enfant<sup>85</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation est basée sur la RBP NICE<sup>86</sup>, une revue systématique<sup>87</sup> et une revue d'articles<sup>88</sup>.

Parmi ces articles, celui de Dissanaïke<sup>89</sup> a étudié une vaste banque de données concernant des enfants atteints de brûlures suite à une maltraitance. Contrairement aux autres recherches, il constate un plus grand nombre de brûlures intentionnelles chez les jeunes filles ; elles surviennent également à un âge plus précoce (1,75 ans pour les brûlures intentionnelles contre 5,5 ans pour les brûlures accidentelles).

## • Fractures

---

### Recommandation – GRADE 1B

- Suspecter une maltraitance infantile en cas de :
  - découverte d'une ou de plusieurs fractures chez un enfant qui est incapable de se déplacer de manière autonome
  - fractures multiples d'âges différents

Le risque de blessures accidentelles augmente lors de l'apprentissage de la marche, lorsque l'enfant devient physiquement plus actif. La majorité des fractures accidentelles surviennent chez des enfants âgés de plus de 5 ans. On considère qu'à l'âge de 16 ans, 60% des enfants ont déjà présenté une fracture.

Aucune fracture n'est vraiment spécifique à la maltraitance<sup>90, 91</sup>. Néanmoins, dans certaines circonstances, certaines fractures peuvent la suggérer<sup>92, 93</sup>. Les fractures les plus typiques sont les suivantes : fractures classiques de la métaphyse osseuse, fractures des côtes (surtout postérieures), fractures de l'omoplate, fractures du sternum et fractures des apophyses épineuses vertébrales. La probabilité qu'une fracture soit la conséquence d'une maltraitance<sup>94, 95</sup> est d'autant plus grande si la fracture concerne un enfant qui n'a pas encore acquis une motricité autonome ou si l'on diagnostique non pas une mais de multiples fractures simultanément<sup>96</sup>. Une fracture chez un enfant de moins de 18 mois a une forte probabilité d'être liée à la maltraitance<sup>97, 98, 99, 100</sup>. Il n'est pas possible de déterminer l'ancienneté d'une fracture, une fois consolidée, sur la base de radiographies<sup>101</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation est établie en fonction de la RBP NICE<sup>102</sup> basée sur deux revues systématiques<sup>103, 104</sup>.

Dans la première revue systématique<sup>105</sup>, les auteurs ont constaté que la probabilité de maltraitance était plus élevée pour les lésions suivantes :

Type de fractures	Probabilité de maltraitance
Côtes	0,71
Humérus	0,48-0,54
Fémur	0,28-0,43
Crâne	0,30

La seconde<sup>106</sup> indique que les radiologues évaluent l'âge d'une fracture sur base de l'expérience clinique et de manuels de référence. Mais rien ne semble être prouvé dans ce domaine.

Les auteurs d'une étude rétrospective<sup>107</sup> se sont penchés sur 258 dossiers d'enfants âgés de moins de trois ans victimes de fractures liées à la maltraitance. Dans 20,9% des cas, le diagnostic de fracture n'avait pas été posé alors que le sujet avait été examiné à au moins une reprise par un service médical. Dans la plupart des cas, ce diagnostic a été ignoré au sein de services d'urgence ne disposant pas d'un pédiatre de garde, ou par le médecin généraliste.

## • Lésions intracrâniennes

---

### Recommandation - GRADE 1B

- **Suspecter une maltraitance si l'enfant présente des lésions intracrâniennes en l'absence d'un traumatisme majeur accidentel confirmé ou d'une cause médicale connue, dans une ou plusieurs des circonstances suivantes :**
  - sans explication ou sans explication plausible
  - chez un enfant de moins de 3 ans
  - en cas de concomitance avec des hémorragies rétiniennes ou avec des fractures de côtes ou avec d'autres blessures infligées
  - en cas d'hémorragies sous-durales avec ou sans hémorragie sous-arachnoïdienne; avec ou sans lésion ischémique d'origine hypoxique au niveau du cerveau

## Recommandation - GRADE 1C

- **Suspecter une maltraitance chez un enfant qui présente des hémorragies rétiniennes ou une blessure des structures oculaires sans histoire de traumatisme accidentel important confirmé ou d'étiologie médicale probante**

---

Les lésions intracrâniennes sont la cause la plus fréquente de décès par maltraitance.

Les lésions intracrâniennes surviennent principalement chez les enfants en bas âge<sup>108</sup>, et notamment dans les situations de bébé secoué<sup>109</sup>. Les symptômes cliniques sont très variables : il peut s'agir de simples symptômes généraux (vomissements, enfants difficiles) ou d'une perte de connaissance. Il n'est pas rare de rater un diagnostic de traumatisme crânien lors de la première visite médicale qui suit la survenue du traumatisme<sup>110, 111</sup>. Le caractère intentionnel d'un traumatisme crânien doit être privilégié en cas d'hémorragies rétiniennes associées à des phénomènes d'apnées survenant chez l'enfant de moins de 3 ans<sup>112</sup>.

Les stigmates d'une hémorragie intracrânienne s'estompent au fil des semaines voire des mois ; il n'est donc pas possible de les dater précisément. En cas de suspicion d'un traumatisme crânien chez un enfant de moins de deux ans, il convient de faire procéder à des radiographies des côtes, mais également de demander une IRM de la colonne vertébrale in toto<sup>113, 114</sup>.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations reposent sur deux RBP<sup>115, 116</sup>, cinq revues systématiques<sup>117, 118, 119, 120, 121</sup> ainsi que sur deux revues d'articles<sup>122, 123</sup>.

La revue d'articles de Case<sup>124</sup> a mis en évidence qu'en cas de chute d'une hauteur inférieure à 1,8 mètre, il y avait dans 1% à 3% des cas un risque de fracture du crâne, généralement de type linéaire, mais sans hémorragie intracrânienne ou déficit neurologique. Moins de 1% de ces fractures provoquent une hémorragie extradurale (1 à 3 pour 10.000) et une fraction encore moindre cause un hématome sous-dural. Lorsque ces hémorragies sont suffisamment volumineuses que pour engendrer un effet de masse, il y a un risque d'hyperpression intracrânienne à caractère léthal. Dans tous les cas, on relève, à proximité de la fracture, des hématomes extraduraux et/ou sous-duraux focalisés.

Maguire et coll. ont conduit une revue systématique<sup>125</sup> sur des cas d'hémorragies rétiniennes isolées et observés dans le cadre de traumatismes crâniens non accidentels et accidentels. Ils ont analysé 62 études dont 13 faisaient état de données de prévalence : sur 998 enfants, 504 traumatismes crâniens non accidentels. Les hémorragies rétiniennes ont été constatées beaucoup plus fréquemment lors de traumatismes crâniens non accidentels que lors de traumatismes crâniens accidentels, soit 78% contre 5%. L'Odd Ratio chez un enfant présentant des hémorragies rétiniennes dans le cadre d'un traumatisme crânien non accidentel est de 14,7 (IC à 95% : 6,39 – 33,62) et le risque de maltraitance est de 91%. Toutefois, il n'existe pas de modèle "unique" pour les hémorragies rétiniennes dans le cadre de traumatisme crânien non accidentel, bien qu'en cas de trauma crânien non accidentel, l'hémorragie rétinienne soit retrouvée surtout bilatéralement et s'étende en général à la périphérie.

Sur base d'une revue systématique et d'une méta-analyse<sup>126</sup> comportant 24 études, Piteau et coll. ont étudié un ensemble d'éléments de diagnostic en regard d'un tableau clinique de traumatisme crânien.

---

## Maltraitance à l'égard de l'enfant

Malgré le manque de cohérence des définitions utilisées, ils ont identifié des paramètres cliniques et radiologiques compatibles avec un traumatisme crânien, à savoir une hémorragie sous-durale, une ischémie cérébrale, des hémorragies rétiniennes, une fracture du crâne avec lésion intracrânienne, des fractures (dont des fractures de la métaphyse, des côtes et des os longs), des convulsions, une apnée et une absence de récit cohérent. Ces résultats illustrent la difficulté et la complexité d'établir un diagnostic de maltraitance. Ils mettent aussi en évidence la nécessité d'impliquer des pédiatres formés à l'approche de la maltraitance infantile et, si possible, en traumatologie.

## • Lésions rachidiennes

---

### Recommandation - GRADE 1B

- **Suspecter une maltraitance infantile en cas de lésion rachidienne, en l'absence d'un traumatisme majeur accidentel confirmé. Cette lésion rachidienne peut :**
    - être découverte à l'occasion d'une exploration du squelette, à l'IRM
    - se présenter comme une lésion cervicale associée à une lésion de la tête
    - se présenter comme une lésion thoraco-lombaire associée à une atteinte neurologique focale ou une cyphose inexplicquée
- 

Les lésions des apophyses épineuses et des corps vertébraux sont rares chez l'enfant et presque toujours associées à un traumatisme évident. En l'absence d'explication crédible quant à la cause de ces lésions, une maltraitance de l'enfant sera suspectée<sup>127</sup>.

Les lésions rachidiennes en lien avec une maltraitance s'observent en général chez des enfants de moins de 6 mois et sont généralement associées à un traumatisme crânien et à des hémorragies rétiniennes. Lors de l'examen d'un enfant dans le cadre d'un traumatisme crânien, une lésion médullaire sera à rechercher<sup>128</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation s'appuie sur la RBP NICE<sup>129</sup> et sur une revue systématique<sup>130</sup>.

## • Intoxications

---

### Recommandations - Good Practice Points (GPP)

- **Envisager une intoxication résultant d'une maltraitance infantile en cas d'hypernatrémie sans explication médicale**
  - **Suspecter une intoxication résultant d'une maltraitance infantile :**
    - en cas de signalement d'une administration intentionnelle de substances inappropriées (y compris de médicaments)\*
    - en cas de signalement ou de preuve biochimique de l'absorption d'une ou de plusieurs substances toxiques
    - si l'enfant ne peut avaler seul le produit toxique\*
    - si l'explication avancée n'est pas satisfaisante
    - en cas de signalements d'intoxications répétées chez l'enfant ou chez d'autres enfants de la famille\*
-

Le mode d'intoxication le plus fréquent est l'ingestion de sel en grande quantité associée à une restriction des apports hydriques<sup>131</sup>. L'hypermnatrémie peut également être la conséquence de diarrhées, de vomissements et d'une alimentation mal équilibrée chez l'enfant.

Les intoxications sont difficiles à diagnostiquer car leurs manifestations et leurs symptômes sont variables. Les experts s'accordent sur la similitude des signes et des symptômes cliniques entre une intoxication accidentelle et une intoxication intentionnelle<sup>132, 133</sup>. Il est dès lors très important de prendre en considération les facteurs environnementaux et le contexte de l'intoxication. Dans 30% des cas, l'intoxication récidive après l'hospitalisation.

En outre, les experts consultés dans le cadre de l'étude Delphi restent partagés quant à la pertinence de ces recommandations si ce n'est de celles indicées par un astérisque. Ils attirent toutefois l'attention sur la nécessité de :

- prendre en considération, lors de l'évaluation de la maltraitance, les facteurs tels que les compétences parentales, le caractère de l'enfant, le contexte.
- considérer le contexte dans sa globalité en vue de suspecter ou non une maltraitance. Par exemple, chez un enfant qui présente un taux sanguin inattendu d'un produit pharmaceutique, le praticien doit d'abord exclure une incompréhension par les parents, du mode d'emploi, de la posologie du produit (comme les antiépileptiques). Dans ce cas-ci, il s'agit plutôt d'ajouter la maltraitance à la liste des diagnostics différentiels que de la suspecter d'emblée.
- tenir compte de l'âge de l'enfant : plus celui-ci est jeune, plus le pronostic vital peut être engagé.

Soulignons que le diagnostic de maltraitance infantile par intoxication relève du domaine tout à fait spécialisé qu'est la toxicologie, domaine non totalement maîtrisé par les experts consultés dans le cadre de la présente recommandation, ce qui laisse sérieusement à penser que les investigations plus poussées en matière de toxicologie ne relèvent pas du cadre des soins de première ligne.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations sont établies en fonction de la RBP NICE<sup>134</sup>, d'une revue d'articles<sup>135</sup> ainsi que des résultats de l'étude Delphi. Seules, les recommandations indicées par un astérisque ont amené à une position consensuelle parmi les experts consultés lors de cette étude.

## **4.2.3. Syndrome de Münchhausen par procuration**

---

### **Recommandation - Good Practice Point (GPP)\***

- **Envisager un syndrome de Münchhausen par procuration si l'anamnèse, le tableau physique ou psychologique, l'examen et les tests cliniques aboutissent de manière répétitive à des résultats discordants\***

---

Le syndrome de Münchhausen par procuration est décrit, depuis 2007, dans la littérature anglo-saxonne sous le nom de « Pediatric Condition Falcification » (PCF) et de « Factitious Disorder by Proxy » (FDP).

Le syndrome de Münchhausen par procuration est un diagnostic qui n'est que rarement voire jamais posé en une seule consultation car les explications données par l'auteur sont toujours très plausibles<sup>136</sup>.

Le délai entre le début des consultations et l'établissement de ce diagnostic est souvent de plusieurs années<sup>137</sup>. Il s'écoule en moyenne 21,8 mois entre le début des symptômes et le diagnostic ; l'âge moyen de l'enfant au moment du diagnostic étant de 48,6 mois<sup>138</sup>. Il est aussi fréquent chez les garçons que chez les filles. La mère en est généralement l'auteur<sup>139</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation est issue de deux revues d'articles<sup>140, 141</sup>, du consensus de la RBP NICE<sup>142</sup> ainsi que de celui des experts - Etude Delphi<sup>143</sup> (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

## 4.2.4. Maltraitance sexuelle

On entend par maltraitance sexuelle un contact sexuel sous la contrainte ou l'exploitation de l'enfant. Les auteurs sont généralement des hommes, connus de l'enfant, souvent membres de la famille<sup>144</sup>. Une absence de blessures physiques ne signifie pas pour autant l'absence de maltraitance sexuelle<sup>145, 146</sup>.

Il est très difficile, pour le médecin, de constater les signes de ces violences au domicile de l'enfant. Les peurs, les phobies, le sentiment de culpabilité, un enfant qui s'isole, les troubles du sommeil, les changements dans le mode d'alimentation, la promiscuité, la méfiance et les résultats scolaires médiocres sont autant d'exemples de symptômes liés aux maltraitements sexuelles<sup>147, 148</sup>.

### • Symptômes et signes ano-génitaux

---

#### Recommandations - Good Practice Points (GPP)\*

- **Envisager une maltraitance sexuelle chez la fille ou le garçon :**
  - en cas de béance de l'anus (sans maladie neurologique ou constipation sévère)\*
  - en cas de symptômes génitaux ou anaux (par exemple, pertes de sang ou de pus) sans explication médicale\*
  - en cas de dysurie persistante ou récidivante\*
  - en cas de plaintes ano-génitales sans explication médicale (par exemple, vers, infection urinaire, troubles cutanés, hygiène déficitaire, allergies connues)\*
  - en cas de fissures (petites déchirures) anales persistantes ou récidivantes, inexplicables sur le plan médical\*
  - si des corps étrangers sont retrouvés dans le vagin ou l'anus\*
- **Suspecter une maltraitance sexuelle en cas de plaintes génitales ou anales associées à des modifications de l'humeur ou du comportement de l'enfant\***

---

Il est malaisé de distinguer les lésions génitales et anales d'enfants victimes de maltraitements sexuelles de celles d'enfants non victimes. Dans ce contexte, il est recommandé de mettre en rapport le récit de l'enfant ou du parent avec les symptômes ainsi que de ne pas se fier uniquement aux simples signes cliniques pris isolément. Le délai entre l'agression et l'examen clinique joue également un rôle important dans la reconnaissance des symptômes. A la clinique, l'examen du réflexe du sphincter anal constitue une investigation importante lorsque l'on suspecte une maltraitance sexuelle.

Cet examen doit être effectué par un médecin qui en a l'expérience. Si un médecin constate une béance de l'anus (sans étiologie médicale) à l'examen clinique, il devra envisager l'éventualité d'une maltraitance sexuelle et demander conseil à un confrère ayant de l'expérience dans ce domaine<sup>149</sup>.

Il n'existe pas d'études sur la prévalence de la survenue de fissures anales dans la constipation; les experts s'accordent sur le fait d'exclure en premier lieu une constipation et une maladie de Crohn avant de suspecter une maltraitance<sup>150</sup>.

Des pertes vaginales et des pertes de sang peuvent survenir chez des nouveau-nés, en particulier en cas d'allaitement<sup>151</sup>. Un érythème et une hyperpigmentation sont fréquemment décrits dans la région péri-anale du jeune enfant, sans être forcément associés à une maltraitance sexuelle<sup>152</sup>.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations se basent sur le consensus de deux RBP<sup>153, 154</sup>, sur deux revues d'articles<sup>155, 156</sup> ainsi que sur le consensus d'experts - Etude Delphi<sup>157</sup> (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

Pour ce qui est des signes anaux chez les filles et chez les garçons, aucune étude comparative ou de qualité satisfaisante n'a été identifiée. La littérature sur le sujet<sup>158, 159</sup> ne permet pas de mettre en rapport maltraitance sexuelle et les lésions suivantes telles que l'érythème anal ou péri-anal, la congestion veineuse péri-anale, les ecchymoses, les plaies/fissures/cicatrices anales, les acrochordons anaux, le réflexe modifié du sphincter anal.

Quant aux signes génitaux chez les filles, se dégage des deux revues d'articles<sup>160, 161</sup> une certaine probabilité de survenue d'une maltraitance sexuelle lors de la découverte de certaines lésions dont l'érythème, l'œdème, les ecchymoses, les déchirures/cicatrices/nodules au niveau de l'hymen, le diamètre de l'hymen, la fragilité des tissus génitaux, les pertes vaginales, un corps étranger dans le vagin.

En ce qui concerne les signes génitaux chez les garçons, d'une part, quatre études de cas<sup>162</sup> rapportent des lésions au niveau des organes génitaux externes chez 0% à 7% de garçons victimes de maltraitements sexuelles. D'autre part, les lésions des testicules ou du scrotum sont plutôt d'origine accidentelle (sur base d'une étude seulement).

## • Infections sexuellement transmissibles (IST)

---

### Recommandations - Good Practice Points (GPP)\*

- Envisager une maltraitance sexuelle :
  - si un enfant de moins de 13 ans présente une hépatite B ou des condylomes ano-génitaux, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agit d'une transmission non sexuelle\*
  - si un jeune âgé de 13 à 15 ans présente une hépatite B, des condylomes ano-génitaux, une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une hépatite C, une infection par le VIH ou une infection à trichomonas, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agit d'une transmission non sexuelle ou que l'infection provient d'une activité sexuelle consentie avec un autre mineur d'âge\*

## Recommandations - Good Practice Point (GPP)\*

- **Envisager une maltraitance sexuelle :**
  - si un jeune de plus de 15 ans présente une hépatite B ou C, une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une infection par le VIH, une infection à trichomonas, des condylomes ano-génitaux, et :
    - s'il n'est pas clairement prouvé qu'il s'agisse d'une transmission non sexuelle ou d'une infection contractée dans le cadre d'une activité sexuelle consentie avec un autre mineur d'âge\*
    - s'il existe un ascendant clair ou une différence évidente au niveau des capacités mentales entre le jeune et le partenaire sexuel, surtout en cas de relation incestueuse ou avec une personne d'autorité morale\*
    - s'il existe des éléments laissant à penser que le jeune a été victime d'une agression (viol, prostitution pour le compte d'un tiers)\*
- **Suspecter une maltraitance sexuelle si un enfant de moins de 13 ans présente une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une hépatite C, une infection par le VIH, une infection à trichomonas, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agisse d'une transmission mère-enfant à la naissance ou d'une contamination sanguine\***

---

La prévalence de maltraitances sexuelles chez les enfants qui présentent des condylomes ano-génitaux est élevée, mais aucune étude n'établit l'âge à partir duquel une transmission verticale mère-enfant peut être raisonnablement exclue<sup>163</sup>. Le diagnostic différentiel entre verrues et molluscum contagiosum situés dans la région péri-anale d'une part, et les condylomes ano-génitaux d'autre part, n'est pas aisé.

En cas de suspicion de transmission par voie non sexuelle, les membres de l'entourage proche de l'enfant doivent être examinés avant d'envisager une maltraitance sexuelle.

La présence d'une infection sexuellement transmissible (IST) chez un jeune de 13 à 15 ans n'est pas un motif suffisant pour suspecter une violence sexuelle, car les jeunes de 13 à 15 ans ont déjà des activités sur le plan sexuel. Chez les adolescents, la présence d'une IST sera évaluée en fonction de leur activité sexuelle.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations s'appuient sur la RBP NICE<sup>164</sup>, sur une revue systématique<sup>165</sup> et une revue d'articles<sup>166</sup> ainsi que sur le consensus d'experts (1<sup>o</sup> Tour) - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

La revue systématique<sup>167</sup> mentionne des éléments de preuve à propos des infections suivantes :

- Une infection à *neisseria gonorrhoeae* est rare chez l'adolescent pré-pubère et pubère qui a subi des violences sexuelles ; mais une partie non négligeable des enfants atteints de gonorrhée ont été agressés sexuellement ! La violence sexuelle constitue probablement le mode de transmission le plus fréquent observé chez l'adolescent pré-pubère et pubère.
- En cas d'infection à *chlamydia trachomatis* chez un enfant, il s'agit dans la majorité des cas de maltraitances sexuelles. A l'inverse, une infection à *chlamydia trachomatis* suite à des violences sexuelles n'est cependant pas fréquente. Un pourcentage non négligeable d'enfants atteints de condylomes ano-génitaux sont victimes de maltraitances sexuelles. Six études rapportent que la transmission sexuelle était le mode de contamination chez 31% à 58% des enfants.

---

## Maltraitance à l'égard de l'enfant

- Les maltraitances sexuelles constituent une source d'infection par le VIH chez l'enfant, après exclusion d'une transmission de la mère à enfant et d'une contamination sanguine.
- Les maltraitances sexuelles sont une source d'infection à trichomonas vaginalis chez l'enfant.

Hammerschlag<sup>168</sup> a décrit des cas d'IST liées à des maltraitances sexuelles chez l'enfant, mais aussi les problèmes se rapportant à l'interprétation de certains tests diagnostiques. Compte tenu de la faible prévalence d'infections à chlamydia et de gonorrhées, le nombre de tests de dépistage faussement positifs s'en trouve augmenté. En outre, selon la recherche de Syrjanen, la plupart des données relatives à la présence d'une infection par le virus HPV indiquent que les infections laryngées et ano-génitales par le HPV chez des enfants en dessous de 12 ans (pré-adolescents) seraient la conséquence d'une transmission verticale ou d'une transmission par voie non sexuelle<sup>169</sup>.

## • Grossesse

---

### Recommandation - Good Practice Points (GPP)\*

- **Envisager une maltraitance sexuelle en cas de grossesse :**
  - chez une jeune fille de 13 à 16 ans\*
  - chez une jeune fille de 16 à 17 ans\* s'il existe :
    - un ascendant clair ou une différence évidente au niveau des capacités mentales entre la jeune fille et le père présumé, surtout en cas de relation incestueuse ou avec une personne d'autorité morale (par exemple, professeur, entraîneur, prêtre) OU
    - des éléments de preuve laissant supposer que l'activité sexuelle n'était pas consentie OU
    - des éléments laissant à penser que la jeune fille a été violée/prostituée pour le compte d'un tiers

---

En Belgique, il est illégal d'entretenir une relation sexuelle avec un mineur âgé de moins de 16 ans. Une grossesse chez une jeune fille âgée de moins de 16 ans ne doit pas être considérée d'emblée comme une maltraitance sexuelle ; les relations sexuelles peuvent avoir eu lieu entre mineurs.

S'il s'agit d'une grossesse chez une jeune fille âgée de moins de 13 ans, l'aptitude parentale à la surveiller devra également être évaluée<sup>170</sup>.

### *Fondement de la recommandation*

Cette recommandation se base sur deux RBP<sup>171, 172</sup> et sur le consensus d'experts (1<sup>o</sup> Tour) - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

Les experts consultés ont souligné la nécessité de tenir compte des influences socioéconomiques et surtout culturelles. Ainsi chez les Romanichels, il n'est pas rare de rencontrer une très jeune fille enceinte, sans que cela traduise systématiquement une maltraitance.

Aucune publication relative aux grossesses résultant directement d'une violence sexuelle n'a été identifiée dans le cadre de la présente recommandation.

## 4.2.5. Maltraitance psychologique

---

### Recommandations - Good Practice Points (GPP)\*

- Envisager une maltraitance psychologique chez l'enfant :
  - si la relation parent-enfant est dommageable pour l'enfant\*
  - en l'absence de relation affective ou de relation incluant la responsabilité du parent à l'égard de l'enfant\*
- Suspecter une maltraitance psychologique chez l'enfant :
  - en cas de constat ou de signalement d'une relation persistante parent-enfant dommageable\*
  - en l'absence prolongée de relation affective ou de relation incluant la responsabilité du parent à l'égard de l'enfant\*

---

La violence psychologique à l'égard de l'enfant fait l'objet de peu de signalements car elle est peu visible en public. Il est démontré qu'en l'absence de preuves solides, l'assurance avec laquelle un diagnostic de maltraitance ou de négligence est posé diminue fortement<sup>173</sup>. Toutefois, ces formes de maltraitance sont tout aussi nuisibles que la violence physique ou sexuelle car elles diminuent l'estime de soi et laissent des séquelles psychologiques à vie. La maltraitance psychologique comprend l'humiliation, la dévalorisation et la marginalisation de l'enfant. Sont également inclus les accès de colère répétés, les cris, la dénégation, les menaces, le manque d'expression affective et le recours à la violence (par exemple, à l'égard d'un frère, d'une sœur, d'un conjoint ou d'un animal de compagnie) et ce en présence de l'enfant<sup>174, 175</sup>.

La relation parent-enfant est une composante importante lors de l'évaluation de la maltraitance psychologique. Le médecin est un observateur privilégié de cette relation et peut s'en inquiéter. Le diagnostic peut rarement être posé dès la première consultation, mais plutôt lorsque le lien de confiance est établi entre le médecin et la famille.

---

### Symptômes d'une relation parent-enfant dysfonctionnelle

---

Une relation parent-enfant dysfonctionnelle peut indiquer différents types de maltraitance et peut se caractériser par les symptômes suivants :

- une attitude négative vis-à-vis de l'enfant
- l'utilisation systématique de l'enfant comme bouc émissaire
- des attentes inappropriées par rapport au stade de développement de l'enfant
- l'exposition à des événements traumatiques, en ce compris les violences dans le couple
- l'utilisation de l'enfant en vue de la satisfaction des besoins de l'adulte
- un manque de soutien quant à la socialisation appropriée de l'enfant
- la punition de l'enfant en cas d'énurésie, en dépit des avis contraires de professionnels
- le refus des parents de laisser l'enfant seul auprès d'un professionnel de la santé en cas d'examen médical nécessaire

---

### Fondement des recommandations

Ces recommandations sont basées sur la RBP NICE<sup>176</sup>, sur deux revues d'articles<sup>177, 178</sup> et relèvent du consensus d'experts (1<sup>o</sup> Tour) - Etude Delphi<sup>179</sup> (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

La revue analysant 55 articles relatifs aux instruments de mesure de la violence psychologique démontre des divergences encore trop importantes. Des outils plus précis et des études de validité doivent être mis au point<sup>180</sup>.

---

### Maltraitance à l'égard de l'enfant

---

## 4.2.6. Négligence

On parlera de négligence lorsqu'un parent présente des déficiences dans le fait de subvenir aux besoins primaires de l'enfant (par exemple, logement, alimentation, scolarité, épanouissement), d'assurer la surveillance nécessaire ainsi que de lui offrir les soins et traitements médicaux appropriés.

La négligence est la forme la plus courante de maltraitance, cependant ses contours sont difficiles à cerner. Pour en faciliter le diagnostic, la négligence est classée en fonction du type de maltraitance et du degré de gravité<sup>181</sup>.

### Classification de la négligence en fonction du type

- **physique** : par exemple, ne pas offrir de la nourriture en suffisance, un logement adéquat ou encore ne pas surveiller l'enfant comme il se doit
- **médicale** : ne pas dispenser les soins médicaux ou psychologiques nécessaires
- **éducative** : ne pas être en mesure de transmettre des savoirs à l'enfant ou ne pas tenir compte de ses besoins éducatifs particuliers
- **psychologique** : ignorer l'enfant, ses besoins affectifs, ne pas lui offrir une aide psychologique, laisser l'enfant consommer de l'alcool ou des médicaments

### Classification de la négligence en fonction du degré de gravité

- **légère** : un signalement à une quelconque autorité n'est pas nécessaire, mais il est conseillé de mettre en place une intervention
- **modérée** : si une intervention n'a eu aucun effet ou si l'enfant subit des conséquences dites modérées de la maltraitance, il est recommandé de référer à une instance spécialisée
- **grave** : en cas de dommages graves, de longue durée ou permanents chez l'enfant, les autorités judiciaires doivent être prévenues<sup>182</sup>

**La négligence est toujours une forme de maltraitance à l'égard de l'enfant - Good Practice Point\***

#### Recommandation - GRADE 1C

- **Envisager une négligence en cas de retard de croissance (sans raison médicale) dû à une alimentation insuffisante ou à un régime alimentaire inadapté**

#### Recommandation - Good Practice Points (GPP)\*

- **Envisager une négligence lorsque :**
  - les conditions d'apparition d'une blessure peuvent faire penser à un manque de surveillance\*
  - la surveillance de l'enfant est confiée à une personne inapte à s'en occuper\*

#### Recommandations - Autres

- **Envisager une négligence :**
  - en cas d'infestation grave et persistante par la gale ou les poux
  - si l'enfant porte en permanence des vêtements inappropriés en regard des conditions climatiques
- **Suspecter une négligence lorsque :**
  - un enfant fait état d'un manque d'hygiène évident (odeur corporelle désagréable, malpropreté)
  - le cadre de vie est inadéquat et l'alimentation est insuffisante

Maltraitance à l'égard de l'enfant

## • Conditions d'hygiène et d'habitation

Il n'est pas toujours évident d'évaluer les conditions d'hygiène d'un enfant. Les enfants ont l'habitude de se salir pendant la journée. Par contre, l'odeur de l'enfant peut être tellement prégnante qu'il faille suspecter une carence de soins. Différents facteurs interviennent<sup>183</sup> comme l'intensité de l'odeur, mais aussi le moment de la journée.

A l'examen clinique, d'autres signes aspécifiques de négligences peuvent parfois être identifiés, comme une diminution du tissu sous-cutané, une dermatite, des cicatrices et/ou des ulcères dus à une hypovitaminose chronique et un manque d'hygiène (mycose, intertrigo, poux, gale).

Il est aussi délicat de différencier la négligence et la pauvreté ; il est alors utile de comparer des situations familiales dans des conditions similaires, en termes de gestion des besoins de la famille.

Une attention particulière sera portée aux situations où, de manière répétée, sont observés pour l'enfant :

- de mauvaises conditions d'hygiène qui affectent sa santé
- une insuffisance de nourriture
- un environnement non sécurisé en regard de son stade de développement

Les enfants victimes de négligence seraient plus à risque de présenter de faibles capacités cognitives<sup>184</sup>.

## • Alimentation

La malnutrition (sous- et sur-alimentation) peuvent occasionner des problèmes de santé chez l'enfant, tant à court qu'à long terme. Le médecin doit évoquer l'éventualité d'une négligence en cas de courbe de croissance anormale sans explication médicale évidente.

Chez les enfants sous-alimentés, la courbe du poids en fonction de la taille est affectée. Le seuil à partir duquel il y a lieu de détecter une négligence est difficile à déterminer. Ainsi, un poids qui chute en-dessous du deuxième percentile est probablement dû à une sous-alimentation. Or, certaines maladies congénitales ou génétiques peuvent également en être la cause. Un examen complet de l'enfant est dès lors recommandé.

L'obésité peut aussi indiquer une surprotection parentale, des troubles alimentaires ou d'autres raisons médicales. Aborder l'obésité en tant qu'expression d'une négligence requiert dès lors de la prudence.

La malnutrition est généralement associée à une combinaison de difficultés personnelles, familiales et sociales ; de ce fait, il est délicat de cerner son origine exacte<sup>185</sup>.

## • Surveillance

Il n'est pas toujours facile de trouver un équilibre satisfaisant entre la surveillance des risques encourus par l'enfant et le laisser-faire. La négligence sera envisagée si les parents sont de manière systématique dans l'incapacité d'anticiper un danger éventuel pour l'enfant et de prendre les mesures nécessaires pour le protéger.

## • Soins et traitements médicaux appropriés

Il existe une relation entre l'absence de vaccination et la maltraitance, mais aucune relation spécifique avec la négligence<sup>186</sup>. En effet, parmi les parents qui n'adhèrent pas aux campagnes de vaccination, on distingue deux groupes : ceux qui prennent une décision éclairée et réfléchie, et ceux qui s'en préoccupent pas<sup>187</sup>.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations s'appuient sur la RBP NICE<sup>188</sup>, sur plusieurs études de petite taille avec un niveau de preuves relativement peu élevé, ainsi que sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

En ce qui concerne la précarité des conditions de vie, la seule étude longitudinale<sup>189</sup> disponible à ce sujet démontre un lien entre la négligence et le risque de faibles capacités cognitives. L'Index Cognitif Général (GCI) était inférieur de 17,6 points mais avec un intervalle de confiance très large (IC à 95% : 3,3-31,9).

Cinq études confirment un lien entre malnutrition et négligence. Une première étude<sup>190</sup> a mis en évidence un rattrapage statistiquement significatif de la courbe de taille ( $p=0,001$ ) lorsque les enfants étaient placés dans une famille d'accueil par rapport à ceux qui étaient restés à la maison. Il n'en va de même pour la courbe de poids. La deuxième<sup>191</sup> a observé un petit poids par rapport à la taille comparativement aux enfants n'ayant pas subi de négligence (Odds Ratio 16,6 ; IC à 95% : 1,9-145,0), l'intervalle de confiance étant toutefois très étendu. Les enfants victimes de négligence semblent être davantage exposés à l'obésité (Odds Ratio 1,56 ; IC à 95% : 1,14-2,14)<sup>192</sup>. Cette association n'a cependant pas été retrouvée dans une autre étude réalisée sur ce même thème (Odds Ratio 1,25 ; IC à 95% : - 0,05-3,00)<sup>193</sup>. La dernière recherche relève une association entre la négligence et l'obésité (Odds Ratio 4,66 ; IC à 95% : 1,65-13,16) ; entre des modifications récurrentes de poids et la maltraitance physique (Odds Ratio 3,63 ; IC à 95% : 1,58-8,36) et les maltraitements sexuelles (Odds Ratio 3,02 ; IC à 95% : 1,26-7,24) et enfin entre un régime alimentaire strict et la maltraitance physique (Odds Ratio 2,96 ; IC à 95% : 1,26-6,91)<sup>194</sup>.

## 4.3. ROLE DU MEDECIN

### I. Quel est le rôle du médecin généraliste en cas de maltraitance infantile ?

---

#### Recommandations - Good Practice Points (GPP)

- **Etre attentif aux signes de maltraitance à l'égard de l'enfant\***
- **Utiliser la faculté de signaler une maltraitance infantile\***
- **Si nécessaire, prendre les mesures de protection adéquates, non seulement si l'enfant et les parents font partie de la patientèle du médecin généraliste, mais aussi lorsque l'enfant appartient à la famille d'un de ses patients\***
- **Si nécessaire, référer l'enfant ou collaborer avec les services d'aide et les institutions spécialisées**

---

La combinaison de signes de maltraitance et la connaissance du cadre de vie de la famille (en ce compris des facteurs de risques éventuels) est importante pour reconnaître cette problématique; le médecin généraliste a dès lors un rôle particulier à jouer.

---

#### Maltraitance à l'égard de l'enfant

---

Il est également souvent le médecin de toute la famille, ce qui implique qu'il puisse se trouver dans un conflit de loyauté en cas de maltraitance. Il a une obligation de soins vis-à-vis des parents ou des tuteurs (auteurs potentiels), ce qui peut compliquer l'abord du problème de maltraitance. Néanmoins, dans de telles situations, il est de la responsabilité professionnelle du médecin de protéger l'enfant<sup>195</sup>.

Par ailleurs, les enfants confrontés à la souffrance psychique du parent (psychose, assuétude, déficience mentale) demandent une approche d'autant plus prudente et rigoureuse dans la prise de la charge.

Les signes de maltraitance infantile sont souvent insuffisamment décelés pendant les gardes. Il est dès lors conseillé aux médecins généralistes d'y être particulièrement attentifs. Les enfants sont plus souvent présentés aux services de garde pour éviter la visite chez le médecin généraliste attitré<sup>196</sup>.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations sont issues d'une RBP<sup>197</sup> et du consensus d'experts (1<sup>o</sup> Tour) - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

## **2. Le médecin (généraliste) doit-il aborder en consultation la maltraitance avec l'enfant victime et son entourage ? Si oui, comment ?**

---

### **Recommandations - Good Practice Points (GPP)**

- **Aborder le sujet en consultation avec l'(les) auteur(s), de préférence en présence de l'enfant, mais uniquement si la sécurité de l'enfant le permet**
  - **En cas de suspicion de maltraitance, le médecin en parlera avec les parents, de préférence en présence de l'enfant, à condition que l'entretien soit mené avec l'expertise professionnelle nécessaire et que la sécurité de l'enfant soit assurée\***
  - **En cas de suspicion et de consultation de l'enfant en l'absence de ses parents, le médecin parlera de ses observations directement avec l'enfant\***
  - **En cas de révélation par un tiers, le médecin orientera la personne vers les équipes SOS-Enfants en vue d'un signalement de la maltraitance\***
- 

Parler de la maltraitance est un premier pas pour tenter d'y mettre fin. Quand un enfant révèle lui-même des faits de cet ordre, il s'agit là d'un moment-clef pour amorcer une intervention et en réduire les effets négatifs à long terme. Il est important que la consultation ait lieu dans un environnement accueillant et sécurisant. L'enfant ne doit en aucune façon être victime de représailles à la suite de ses déclarations.

Dans tous les cas, la sécurité de l'enfant, mais aussi celle des autres membres de la famille ainsi que celle du médecin doivent être prises en considération. Une évaluation des risques doit être réalisée en vue de prendre les mesures de protection immédiate afin de mener à bien l'entretien.

En principe, la suspicion du médecin est envisagée avec l'enfant. Il est important que la consultation soit conduite de façon professionnelle pour éviter, d'une part, les déclarations faussement positives ou faussement négatives et, d'autre part, l'aggravation des impacts psychologiques chez l'enfant<sup>198</sup>. Il est également conseillé d'inviter un observateur extérieur lors de la séance ou, si la présence de cet observateur est trop impressionnante pour l'enfant, de procéder à un enregistrement vidéo.

De nombreuses victimes ne sont pas prêtes à faire part de leur vécu de maltraitance et pourraient le nier de manière active lorsqu'on les interroge directement sur ce sujet<sup>199</sup>. Pourtant, une révélation est souvent essentielle pour initier une intervention, une prise en charge, des poursuites judiciaires et des mesures de protection de l'enfant. Pour éviter des déclarations qui masquent la réalité (fausses négations), il est impératif d'identifier au plus tôt les enfants non coopératifs afin de les aider à dépasser ce problème et qu'ils puissent en parler.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations se fondent sur le consensus de la RBP CBO<sup>200</sup> élaborée au départ d'une RBP internationale et d'une enquête sur le sujet<sup>201</sup>. Elles reposent également sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

L'étude qualitative<sup>202</sup> relative à 30 entretiens réalisés par des infirmières légistes fait apparaître les cinq éléments suivants : un environnement accueillant pour l'enfant, un contact constructif, une écoute active, la croyance sans condition aux paroles de l'enfant ainsi que la possibilité de déclarations faussement positives.

Une étude citée dans une revue d'articles<sup>203</sup> et portant sur des révélations d'enfants victimes a mis en évidence le constat suivant : plus d'un tiers (36%) des victimes présumées de maltraitements sexuelles nient les faits lors de l'interrogatoire, même avec des preuves solides à l'appui; on observe cependant une grande variabilité en fonction du contexte de l'entretien et de la manière dont il s'est déroulé. Ainsi, lorsque la révélation s'est faite de manière informelle dans un premier temps ou lorsque des preuves confirmant la maltraitance ont été révélées, l'enfant manifeste moins de résistance à faire part de son vécu de maltraitance lors de l'entretien formel. A la recherche de comportements non verbaux d'enfants victimes, les auteurs concluent à une association entre le comportement non verbal, en particulier les signes de (non)-implication physique, et la reconnaissance ou le déni de la maltraitance.

Un large consensus existe au niveau international<sup>204</sup> quant à la nécessité d'une formation spécifique en techniques d'entretien en vue de réaliser ce type de consultation avec l'enfant. Les experts consultés dans le cadre de l'étude Delphi restent partagés quant aux compétences actuelles du médecin généraliste à mener ces entretiens avec des personnes concernées par la maltraitance.

### **3. En cas de suspicion de maltraitance infantile, comment le médecin (généraliste) peut-il en estimer l'urgence et la gravité ?**

---

#### **Recommandations - Grade 1C**

- **En cas de situation grave et potentiellement létale, apporter une aide et les premiers soins, orienter, si nécessaire, la victime vers un service d'urgences**
  - **En cas de suspicion de maltraitance infantile, évaluer la gravité sur le plan physique**
  - **Impliquer l'aide spécialisée pour évaluer la sécurité et l'impact de la maltraitance au niveau psychologique**
-

Le médecin généraliste est parfaitement en mesure d'estimer la gravité des lésions sur base des paramètres vitaux, de l'étendue et de l'importance des lésions. Bien qu'aucun outil d'évaluation des risques ne soit répertorié dans la littérature à destination du médecin généraliste et qu'il n'existe aucun consensus sur l'utilisation de ce type d'instrument, quelques pistes d'actions sont néanmoins proposées ci-dessous.

---

#### **Pistes d'action issues du consensus d'experts (1<sup>o</sup> tour) - Etude Delphi**

---

Une intervention rapide de la part du médecin est à envisager lorsqu'il constate :

- des lésions physiques graves (traumatisme crânien, fractures multiples, etc.) laissant craindre une maltraitance infantile
- un contact sexuel récent de nature traumatique
- des symptômes psychologiques graves laissant craindre une maltraitance infantile

Les facteurs importants à prendre en compte pour évaluer la gravité de la situation sont :

- la durée des maltraitances
- l'intensité des maltraitances
- la répétition ou le risque de répétition des maltraitances
- une tentative de suicide antérieure
- l'âge et l'éventuelle vulnérabilité physique ou psychique de l'enfant
- la présence de dépendance à l'alcool chez l'un des (ou les deux) parents
- la présence de consommation de drogues chez l'un des (ou les deux) parents
- la présence d'armes à la maison
- le ressenti du médecin du style « il y a quelque chose qui ne tourne pas rond »

Lorsqu'une maltraitance infantile est envisagée ou suspectée, une concertation avec d'autres professionnels de la santé est conseillée. Un bilan complet de l'enfant et de son environnement est souhaitable sous forme d'une aide soit à l'amiable, soit négociée, soit contrainte. Le cadre d'une aide à l'amiable sous-entend que le médecin obtient l'accord de la famille de réaliser l'évaluation par une équipe spécialisée dans une question de maltraitance. L'aide négociée s'établit au niveau du Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) tandis que l'aide contrainte se met en place sur décision de l'aide à la jeunesse. D'autres relais existent comme les Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPSE), les Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) qui peuvent être consultés, se trouvant en première ligne auprès de l'enfant.

Un protocole de prise en charge est toujours plus efficace que l'appréciation clinique classique<sup>205, 206</sup>. Toutefois, l'appréciation clinique du professionnel de la santé a aussi toute son importance de même celle de l'entourage non concerné par la situation de maltraitance de l'enfant ainsi que les dires de l'adolescent. L'établissement d'une procédure d'évaluation de la situation doit tenir compte du degré d'urgence que représentent la gravité des blessures corporelles, les impératifs psychologiques (tendance suicidaire) et les exigences liées aux constatations à réaliser sans délai sur le plan médico-légal (par exemple, en cas de maltraitance sexuelle).

#### ***Fondement des recommandations***

Ces recommandations se basent sur une RBP<sup>207</sup>, une revue systématique<sup>208</sup>, deux revues d'articles<sup>209, 210</sup> et une étude prospective d'observation<sup>211</sup>.

Dans l'étude cas-témoins portant sur 189 dossiers de faits de maltraitances graves<sup>212</sup> survenus en Angleterre entre 2005 et 2007, on a comptabilisé 40 enfants décédés ou ayant subi des violences graves. 85% de ces enfants avaient été vus en consultation par un médecin généraliste; trois-quarts présentaient des difficultés familiales complexes tels que de la violence conjugale, des problèmes d'alcool/drogue et/ou de santé mentale.

## 4.4. COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE

### I. Comment le médecin (généraliste) peut-il/doit-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ? En urgence et dans la pratique quotidienne ?

#### I.1. Intervention en urgence

---

##### Recommandations - Good Practice Points (GPP)

- Apporter les premiers soins en urgence, seul ou avec l'aide d'autres professionnels de la santé\*
  - Si ces premiers soins sont insuffisants, le médecin (généraliste) dispose de la faculté d'informer le procureur du Roi selon les cas limitativement prévus par la loi\*
  - En cas de maltraitance sexuelle, référer l'enfant endéans les 24 heures à un service d'urgences disposant du Set Agression Sexuelle (SAS) et d'une présence pédiatrique suffisante, ou à un médecin légiste habituellement requis pour ce type d'examen. Un examen de ce type ne sera réalisé que dans un cadre judiciaire (sur base d'une décision du procureur du Roi)
- 

En cas d'urgence (inclus les situations vitales), comme le précisent les dispositions de l'article 3 du décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance de la Communauté française, le médecin doit porter assistance seul ou avec l'aide de tiers : « *Compte tenu de sa mission et de sa capacité à agir, l'intervenant est tenu d'apporter aide et protection à l'enfant victime de maltraitance ou à celui chez qui sont suspectés de tels mauvais traitements. Si l'intérêt de l'enfant le requiert et dans les limites de la mission de l'intervenant et de sa capacité à agir, l'aide est octroyée à sa famille ou à son milieu familial de vie. Cette aide vise à prévenir ou à mettre fin à la maltraitance* ».

Il s'agira, par exemple, d'interpeller le Centre Psycho-Médico-Sociaux (CPSE), le Service de Promotion de la Santé à l'École (SPSE), d'orienter vers une équipe SOS-Enfants, vers le conseiller de l'aide à la jeunesse qui pourra, le cas échéant, faire office de relais vers l'aide sous contrainte judiciaire (voir à ce sujet, les services d'aide et les numéros d'appel utiles - encadré pg. 36).

C'est uniquement dans des cas extrêmes, si l'intégrité physique ou psychique (la santé ou la sécurité) de l'enfant est gravement compromise et si le médecin est dans l'impossibilité de le protéger, lui-même ou avec l'aide d'autres intervenants médico-psycho-sociaux, que le médecin a la faculté (non l'obligation) de contacter le procureur du Roi pour demander une mesure de protection du mineur concerné. L'article 458 bis du code pénal se présente comme suit :

- **Toute personne** qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets
- **qui a de ce fait connaissance d'une infraction...**
  - ...prévue aux articles du Code pénal n<sup>os</sup>
    - 372 à 377 (attentat à la pudeur, pédophilie)
    - 392 à 394 (meurtre et assassinat)
    - 396 à 405ter (homicide, lésions corporelles volontaires)
    - 409 (mutilation sexuelle féminine)
    - 423 ("délaissement")
    - 425 et 426 (privation d'aliments ou de soins)
- **commise**
  - **sur un mineur**
  - ou**
  - **sur une personne qui est vulnérable en raison :**
    - de son âge
    - d'un état de grossesse
    - de la violence entre partenaires<sup>214</sup>
    - d'une maladie
    - d'une infirmité
    - d'une déficience physique ou mentale
- **peut ... en informer le procureur du Roi**
  - soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée
  - et** qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité
  - soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités
- et cela, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis du Code pénal (non-assistance à personne en danger)

Dans un tel cas, il est d'ailleurs souhaitable que le médecin informe également le conseiller de l'aide à la jeunesse, afin que, parallèlement aux mesures d'urgence que pourrait prendre le procureur du Roi, un dispositif d'aide puisse être envisagé.

Il est important de rappeler ici que dans toute situation où le médecin a des incertitudes, il peut toujours demander l'avis du Président de l'Ordre ou d'autres confrères sans toutefois mentionner l'identité de son patient.

En cas de viol, un examen clinique doit être réalisé endéans les 24 heures. Il convient d'investiguer tout risque de contamination infectieuse en procédant aux examens d'usage lors de cette consultation (prise de sang...), mais également à distance suffisante en fonction de la suspicion d'infection (hépatite C, VIH notamment). En outre, il est parfois nécessaire de revoir l'enfant à proximité du premier examen pour exclure une interprétation erronée d'images constitutionnelles (tâches de naissance/mongoloïde, par exemple).

Le Set Agression Sexuelle (SAS) doit être utilisé pour :

- standardiser le relevé des constatations médicales
- garantir la récolte ad hoc des preuves, dont biologiques, pouvant aider à l'établissement de la culpabilité ou non de l'auteur présumé des faits, notamment par identification des empreintes génétiques
- limiter les troubles psychologiques et éviter une victimisation secondaire

Le SAS est uniquement disponible auprès de services d'urgences et de médecins légistes habituellement requis pour ce type d'examen. Afin d'orienter au mieux la victime, il est important de contacter préalablement ces services ou médecins et éventuellement de prendre rendez-vous pour la personne concernée.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations sont basées sur l'avis du comité de lecture constitué dans le cadre de l'adaptation de la présente RBP. Elles reposent également sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)). Ceux-ci soulignent l'importance d'un contact préalable avec le service d'urgences avant de référer le patient.

## **I.2. Intervention dans la pratique quotidienne**

---

### **Recommandations - Good Practice Points (GPP)**

- **En cas de constat/de suspicion de maltraitance, le médecin dispose de la faculté de signaler les faits aux équipes SOS-Enfants\***
  - **Le médecin fait ce signalement après avoir informé les parents et même si ces derniers s'y opposent\***
  - **En cas de révélation par un tiers, le médecin orientera la personne vers les équipes SOS-Enfants en vue d'un signalement de la maltraitance**
- 

Ce sont les soins dispensés à l'enfant qui priment avant tout et la relation de confiance doit être préservée autant que possible.

Lorsqu'une maltraitance infantile est envisagée ou suspectée, une concertation avec d'autres professionnels de la santé est conseillée. Un bilan complet de l'enfant et de son environnement est souhaitable sous forme d'une aide soit à l'amiable, soit négociée, soit contrainte. Le cadre d'une aide à l'amiable sous-entend que le médecin obtient l'accord de la famille de réaliser l'évaluation par une équipe spécialisée dans une question de maltraitance. L'aide négociée s'établit au niveau du Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) tandis que l'aide contrainte se met en place sur décision de l'aide à la jeunesse. D'autres relais existent comme les Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPSE), les Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE) qui peuvent être consultés, se trouvant en première ligne auprès de l'enfant.

Le médecin fait un signalement à l'équipe SOS-Enfants en déclarant l'identité de la victime. Si le médecin suspecte ou envisage une maltraitance infantile, il peut également contacter cette équipe en vue d'être soutenu dans la démarche d'évaluation de la situation. Il peut prendre avis pour bénéficier de leur expertise en vue d'un accompagnement adéquat, par exemple, sur la manière d'aborder les parents, sur le type d'intervention qu'il peut mettre en place pour prévenir le risque ainsi que sur la répartition des tâches et des responsabilités entre professionnels. Dans ce cas, il peut conserver l'anonymat sur la famille dont il fournit des informations et ce en vue de veiller à la sécurité de l'enfant ou d'autres personnes concernées par la situation, en vue de préserver la relation de confiance établie avec cette famille ou encore en vue d'assurer sa propre sécurité. Disposer d'un cahier de liaison peut être un outil intéressant.

Orienter l'enfant vers l'aide spécialisée et collaborer au travail d'une équipe sont des éléments essentiels de la prise en charge de la maltraitance infantile. Exception admise au secret professionnel, certaines informations confidentielles détenues jusque là par chacun (voire par deux ou plusieurs personnes ensemble) pourront, dans l'intérêt du patient, y être communiquées aux autres.

Cette communication a toutefois des limites qui sont clairement définies par ce qu'il est strictement indispensable, voire utile, de révéler. Aller au-delà, c'est prendre le risque de causer préjudice au patient. Il est bon d'ailleurs de se référer notamment à cet égard aux dispositions des articles 61 du Code de déontologie et 14 et 15 de la loi du 22/08/02 relative aux droits du patient ainsi que l'article 3 du décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance de la Communauté française : « *Toute coopération doit s'exercer dans la discrétion et ne porter que sur des informations indispensables à la prise en charge. Sauf si cela porte atteinte à l'intérêt de l'enfant, le relais dans la prise en charge doit être porté à la connaissance de l'enfant, de sa famille et de son milieu familial de vie.* »

#### **Quelques lignes directrices à suivre, de nature à garantir la qualité de ces échanges**

- Informer le patient sur le projet de partage d'informations, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et si possible, obtenir son accord
  - Ne partager qu'avec d'autres intervenants également tenus au secret professionnel
  - Ne partager qu'avec d'autres intervenants qui ont la même mission auprès de ce patient
  - Ne divulguer que les informations nécessaires aux soins à dispenser au patient
- Et :
- Redéfinir régulièrement ensemble ce que l'on s'accorde à considérer comme la bonne pratique, en fonction des spécificités du cadre de travail

#### **Services d'aide**

<b>Centre Psycho-Médico-Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.enseignement.be/index.php?page=26028">http://www.enseignement.be/index.php?page=26028</a></li> <li>• <a href="http://enseignement.catholique.be/segec/index.php?id=880">http://enseignement.catholique.be/segec/index.php?id=880</a></li> </ul>
<b>Service de Promotion de la Santé à l'Ecole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=4330">http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=4330</a></li> </ul>
<b>Equipe SOS-Enfants de l'ONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 02/542.14.10</li> <li>• <a href="http://www.one.be/index.php?id=2378">http://www.one.be/index.php?id=2378</a> -</li> </ul>
<b>Service de l'Aide à la Jeunesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=359">http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=359</a></li> </ul>

#### **Numéros d'appel utiles (gratuits, accessibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7)**

<b>103 - Service Ecoute-Enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répond aux enfants et adolescents qui éprouvent des difficultés. Des personnes qualifiées les informent et les aident à trouver des solutions</li> </ul>
<b>107 - Télé-Accueil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propose une écoute et une possibilité d'échanges personnalisés, dans l'anonymat, à toute personne qui vit une situation de crise, une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique. L'intervenant, outre l'écoute qu'il offre, oriente au mieux la personne vers des services spécifiques</li> </ul>
<b>116 000 - Childfocus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met tout en oeuvre pour gérer les disparitions d'enfant ainsi que pour prévenir l'exploitation sexuelle des enfants</li> </ul>

## **Maltraitance à l'égard de l'enfant**

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations se réfèrent à l'avis du comité de lecture constitué dans le cadre de l'adaptation de la présente RBP ainsi qu'à l'annexe juridique de la RBP « Détection des violences conjugales »<sup>215</sup>. Elles se basent aussi sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)). Les experts consultés soulignent l'importance de développer un protocole de collaboration reprenant les éléments suivants : les mesures à prendre par le médecin (généraliste) en cas de (suspicion de) maltraitance infantile et un descriptif des services d'aide existants (coordonnées et un résumé de leurs compétences).

## 4.5. EXAMEN CLINIQUE ET DOSSIER MEDICAL

### I. Le médecin (généraliste) doit-il procéder à un examen clinique orienté lorsqu'il envisage/suspecte une maltraitance infantile ?

---

#### Recommandations - GRADE 1C

- **L'examen clinique en vue d'affiner le diagnostic de maltraitance doit être effectué par un médecin formé à cette problématique; le diagnostic doit être posé par une équipe multidisciplinaire**
- **Les signes permettant d'envisager/suspecter une maltraitance lors de l'examen clinique doivent être notés de manière aussi objective que possible dans le Dossier Médical Informatisé**

---

A l'examen clinique, le médecin (généraliste) observe parfois des signes pouvant indiquer une maltraitance. Il est préférable que l'examen clinique destiné à parfaire le diagnostic soit effectué par un médecin formé à reconnaître les signes et symptômes de maltraitance, quelle qu'en soit la forme<sup>216, 217</sup>. Un examen psychologique et psychiatrique devra également être réalisé<sup>218</sup>, de préférence par une équipe multidisciplinaire<sup>219</sup>.

Le moment de l'examen par rapport à l'incident de violences a également toute son importance quant à l'observation des symptômes, mais il existe très peu d'études étayant ce sujet<sup>220</sup>. S'il s'agit d'une maltraitance sexuelle, la victime doit être adressée endéans les 24 heures à un service hospitalier disposant du Set Aggression Sexuelle (SAS) ou un médecin légiste habituellement requis pour ce type d'examen.

Les experts consultés dans le cadre de l'étude Delphi ont mis en évidence que le lien de confiance avec le patient/la victime est parfois plus important que les compétences au sens strict du praticien.

### *Fondement des recommandations*

Ces recommandations s'appuient sur les RBP NICE<sup>221</sup> et CBO<sup>222</sup> et sur plusieurs revues d'articles<sup>223, 224, 225, 226, 227</sup>. Elles ne tiennent pas compte des résultats du consensus d'experts – Etude Delphi.

Contrairement aux recommandations internationales, les experts consultés dans le cadre de l'étude Delphi estiment que tout médecin devrait être en mesure d'effectuer l'examen clinique à condition qu'une formation suffisante fasse partie du cursus universitaire et que le médecin participe ensuite à la formation continuée organisée dans ce domaine. Sans certitude quant à ces conditions, les recommandations internationales ont été privilégiées.

Selon une revue d'articles<sup>228</sup>, les enfants, chez qui une maltraitance ou une négligence est envisagée/suspectée, doivent être considérés comme "une population de patients hautement prioritaires". Ces enfants ont grandement besoin d'être préparés et soutenus lors des examens médicaux, ce qui amène une diminution de l'anxiété et une amélioration de leur coopération.

Une autre étude<sup>229</sup> montre que des pédiatres réalisant aux urgences un examen gynécologique auprès de filles pré-pubères après une révélation de maltraitance sexuelle aboutissent, dans 79% des cas, à des résultats différents de ceux de médecins formés dans ce domaine : les résultats obtenus par les premiers étaient systématiquement protocolés comme 'anormaux' alors qu'ils étaient 'normaux' pour les seconds. Il est indispensable que la réalisation de l'examen génital proprement dit et des procédures ultérieures soient effectuées de manière adéquate.

## **2. Comment un médecin (généraliste) doit-il documenter la situation de maltraitance infantile dans le dossier médical ?**

---

### **Recommandation - Grade 1C**

- **Noter dans le Dossier Médical (Informatisé) de l'enfant :**
  - la retranscription du récit de l'enfant de façon la plus littérale
  - les constatations objectives des lésions et leurs potentielles conséquences
  - les facteurs de risques
  - l'accompagnement et le plan de soins
  - les comportements ou l'état affectif inquiétants de l'enfant

### **Recommandation - Good Practice Points (GPP)\***

- **Noter dans le Dossier Médical (Informatisé) de l'enfant :**
  - la date et les conclusions des entretiens avec les parents et/ou d'autres professionnels de la santé\*
  - la date du signalement et l'identité de la personne à qui le signalement a été adressé\*

---

Il est important que le médecin conserve soigneusement ses prises de note dans le dossier médical et ce, non seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais également s'il était amené à justifier ses options thérapeutiques *in illo tempore*<sup>230</sup>.

L'anamnèse, l'examen clinique en ce compris les résultats des examens complémentaires, l'impression personnelle (doute, hypothèse) du médecin ainsi que ses initiatives doivent être documentés dans le dossier médical. Les citations particulières prêtées au narrateur doivent être mises entre guillemets au sein du compte-rendu de l'exposé des faits, avec la mention de son identité<sup>231</sup>. Idéalement, tant les questions que les réponses doivent être indiquées. Il s'agit de retranscrire les réponses de façon la plus littérale, de les relire en présence de l'enfant et éventuellement de la personne qui l'accompagne ainsi que de leur offrir la possibilité d'apporter des corrections.

Les prises de note relatives aux différents entretiens doivent être rédigées de manière la plus objective et être conservées soigneusement dans le dossier médical de l'enfant. Si la suspicion de maltraitance s'avère a posteriori non fondée, cette information devra également être inscrite au dossier<sup>232</sup>.

Même si environ 1% seulement des situations signalées aux équipes SOS-Enfants conduisent à une action en justice, rappelons qu'un juge d'instruction peut procéder à une saisie de certains documents médicaux dans le cadre de l'exercice de sa mission. Dans cette hypothèse, il conviendra d'être attentif au respect des dispositions de l'article 66 du Code de déontologie médicale : si le patient est suspect ou victime, la saisie ne peut nuire à la relation de confiance entre le patient et le médecin.

---

**Quelques lignes directrices proposées pour la documentation des situations de maltraitance**

---

- le récit subjectif de l'histoire de maltraitance est restructuré de manière chronologique
- des corrections peuvent être apportées à condition que soit mentionné le moment (date/heure) où ces corrections ont été incluses dans le texte initial
- les éléments du diagnostic du médecin l'amenant à suspecter l'existence d'une maltraitance présentent également un intérêt
- la source et le mode de collecte des informations doivent être mentionnés
- la description doit répondre aux questions suivantes : que s'est-il passé ? où ?, quand ? et par qui ?
- la présence de troubles du comportement, de problèmes scolaires, la relation parent-enfant doivent également figurer
- les mesures recommandées à l'avenir

La recommandation NICE<sup>233</sup> repose sur un consensus quant à la consignation de lésions via photographies. L'étude Delphi auprès du panel d'experts et le test dans les GLEMS n'ont pas pu faire émerger un consensus à sujet. Un seul expert conseille la photographie des lésions en situation d'urgence, lorsque l'enfant est accompagné par un tiers.

### ***Fondement des recommandations***

Ces recommandations se fondent sur une RBP<sup>234</sup>, une revue systématique<sup>235</sup>, plusieurs revues d'articles<sup>236, 237, 238</sup> ainsi que sur le consensus d'experts - Etude Delphi (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

## 5. Messages-clés

### Quels sont les facteurs de risque de maltraitance infantile importants à prendre en compte dans le suivi des familles ?

Etre attentif aux facteurs de risque chez l'enfant, chez les parents, dans la famille et au niveau de l'entourage (1B)

### Dans quels contextes/sur base de quels signes faut-il envisager/suspecter une maltraitance infantile ? Comment cette suspicion peut-elle être confirmée ?

#### Généralités

**Envisager** une maltraitance infantile en cas :

- de changement de comportement de l'enfant (1B)
- d'absence d'explication crédible de la (des) blessure(s) (1C)
- de délai anormalement long entre l'apparition de la lésion et la consultation médicale (1C)
- d'absentéisme scolaire fréquent, non justifié et connu des parents (1C)
- de troubles dissociatifs chez l'enfant, qui ne sont pas liés à un événement traumatique\* (GPP)
- de responsabilités importantes imposées à l'enfant et qui ne lui permettent pas d'effectuer ses activités quotidiennes\* (GPP)
- d'automutilation et/ou de prise de médicaments \* (GPP)
- de suspicion d'un manque de surveillance à l'origine de la (des) blessure(s)\* (GPP)
- de fugue ou de tentatives de fugue à répétition\* (GPP)

**Suspecter** une maltraitance infantile :

- chez un enfant prépubère qui présente un comportement ou a des préoccupations à caractère sexuel de nature coercitive (violence sexuelle) (1C)

#### Maltraitance physique

**Envisager** une maltraitance infantile :

- s'il n'existe pas d'étiologie précise pour la lésion constatée, d'autant que le délai entre l'apparition de celle-ci et la consultation médicale est anormalement long (1C)

#### Ecchymoses

**Suspecter** une maltraitance infantile :

- lorsqu'un enfant présente des ecchymoses en forme de main, d'empreinte dentaire ou encore de bande linéaire (bâton ou corde/ficelle) ou digitiformes (du fait d'une saisie ou d'un maintien) (1B)

#### Morsures

**Suspecter** une maltraitance infantile en cas de :

- traces de morsures qui semblent provenir d'un adulte et non d'un enfant\* (GPP)
- blessures ou cicatrices sans explication crédible\* (GPP)

#### Brûlures

**Suspecter** une maltraitance infantile :

- chez un enfant qui est incapable de se déplacer de manière autonome (1B)
- sur des parties du corps qui ne sont normalement pas susceptibles d'être en contact avec un objet à température élevée (par exemple, le dos de la main, les cuisses, le dos) (1B)
- lorsque la lésion présente une certaine forme telle une cigarette... (1B)
- lorsque la forme de la brûlure fait penser à une immersion forcée (par exemple, les cuisses, les deux membres inférieurs, les deux mains), les lésions étant alors symétriques avec des bords bien délimités (1B)

## **Fractures**

**Suspecter** une maltraitance infantile en cas de :

- découverte d'une ou de plusieurs fractures chez un enfant qui est incapable de se déplacer de manière autonome (1B)
- fractures multiples d'âges différents (1B)

## **Lésions intracrâniennes**

**Suspecter** une maltraitance infantile :

- si l'enfant présente des lésions intracrâniennes en l'absence d'un traumatisme majeur accidentel confirmé ou d'une cause médicale connue, dans une ou plusieurs des circonstances suivantes :
  - sans explication ou sans explication plausible (1B)
  - chez un enfant de moins de 3 ans (1B)
  - en cas de concomitance avec des hémorragies rétiniennes ou avec des fractures de côtes ou avec d'autres blessures infligées (1B)
  - en cas d'hémorragies sous-durales avec ou sans hémorragie sous-arachnoïdienne ; avec ou sans lésion ischémique d'origine hypoxique au niveau du cerveau (1B)
- chez un enfant qui présente des hémorragies rétiniennes ou une blessure des structures oculaires sans histoire de traumatisme accidentel important confirmé ou d'étiologie médicale probante (1C)

## **Lésions rachidiennes**

**Suspecter** une maltraitance infantile en cas de lésion rachidienne, en l'absence d'un traumatisme majeur accidentel confirmé. Cette lésion rachidienne peut :

- être découverte à l'occasion d'une exploration du squelette, à l'IRM (1B)
- se présenter comme une lésion cervicale associée à une lésion de la tête (1B)
- se présenter comme une lésion thoraco-lombaire associée à une atteinte neurologique focale ou une cyphose inexpliquée (1B)

## **Intoxications**

**Envisager** une intoxication résultant d'une maltraitance infantile :

- en cas d'hyponatrémie sans explication médicale (GPP)

**Suspecter** une intoxication résultant d'une maltraitance infantile :

- en cas de signalement d'une administration intentionnelle de substances inappropriées (y compris de médicaments)\* (GPP)
- en cas de signalement ou de preuve biochimique de l'absorption d'une ou de plusieurs substances toxiques (GPP)
- si l'enfant ne peut avaler seul le produit toxique\* (GPP)
- si l'explication avancée n'est pas satisfaisante (GPP)
- en cas de signalements d'intoxications répétées chez l'enfant ou chez d'autres enfants de la famille\* (GPP)

## **Syndrome de Münchhausen par procuration**

**Envisager** un syndrome de Münchhausen par procuration :

- si l'anamnèse, le tableau physique ou psychologique, l'examen et les tests cliniques aboutissent de manière répétitive à des résultats discordants\* (GPP)

## **Maltraitance sexuelle**

### **Symptômes et signes ano-génitaux**

**Envisager** une maltraitance sexuelle chez la fille ou le garçon :

- en cas de béance de l'anus (sans maladie neurologique ou constipation sévère)\* (GPP)
- en cas de symptômes génitaux ou anaux (par exemple, pertes de sang ou de pus) sans explication médicale\* (GPP)
- en cas de dysurie persistante ou récidivante\* (GPP)
- en cas de plaintes ano-génitales sans explication médicale (par exemple, vers, infection urinaire, troubles cutanés, hygiène déficitaire, allergies connues)\* (GPP)

- en cas de fissures (petites déchirures) anales persistantes ou récidivantes, inexplicables sur le plan médical\* (GPP)
- si des corps étrangers sont retrouvés dans le vagin ou l'anus\* (GPP)

**Suspecter** une maltraitance sexuelle chez la fille ou le garçon :

- en cas de plaintes génitales ou anales associées à des modifications de l'humeur ou du comportement de l'enfant\* (GPP)

### Infections sexuellement transmissibles (IST)

**Envisager** une maltraitance sexuelle :

- si un enfant de moins de 13 ans présente une hépatite B ou des condylomes ano-génitaux, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agit d'une transmission non sexuelle\* (GPP)
- si un jeune âgé de 13 à 15 ans présente une hépatite B, des condylomes ano-génitaux, une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une hépatite C, une infection par le VIH ou une infection à trichomonas, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agit d'une transmission non sexuelle ou que l'infection provient d'une activité sexuelle consentie avec un autre mineur d'âge\* (GPP)
- si un jeune de plus de 15 ans présente une hépatite B ou C, une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une infection par le VIH, une infection à trichomonas, des condylomes ano-génitaux, et :
  - s'il n'est pas clairement prouvé qu'il s'agisse d'une transmission non sexuelle ou d'une infection contractée dans le cadre d'une activité sexuelle consentie avec un autre mineur d'âge\* (GPP)
  - s'il existe un ascendant clair ou une différence évidente au niveau des capacités mentales entre le jeune et le partenaire sexuel, surtout en cas de relation incestueuse ou avec une personne d'autorité morale\* (GPP)
  - s'il existe des éléments laissant à penser que le jeune a été victime d'une agression (viol, prostitution pour le compte d'un tiers)\* (GPP)

**Suspecter** une maltraitance sexuelle :

- si un enfant de moins de 13 ans présente une gonorrhée, une infection à chlamydia, une syphilis, un herpès génital, une hépatite C, une infection par le VIH, une infection à trichomonas, sauf s'il est clairement prouvé qu'il s'agisse d'une transmission mère-enfant à la naissance ou d'une contamination sanguine\* (GPP)

### Grossesse

**Envisager** une maltraitance sexuelle en cas de grossesse :

- chez une jeune fille de 13 à 16 ans\*(GPP)
- chez une jeune fille de 16 à 17 ans\* (GPP) s'il existe :
  - un ascendant clair ou une différence évidente au niveau des capacités mentales entre la jeune fille et le père présumé, surtout en cas de relation incestueuse ou avec une personne d'autorité morale (par exemple, professeur, entraîneur, prêtre) OU
  - des éléments de preuve laissant supposer que l'activité sexuelle n'était pas consentie OU
  - des éléments laissant à penser que la jeune fille est violée/prostituée pour le compte d'un tiers

### Maltraitance psychologique

**Envisager ou suspecter** une maltraitance psychologique chez l'enfant :

- si la relation parent-enfant est dommageable pour l'enfant\* (GPP)
- en l'absence de relation affective ou de relation incluant la responsabilité du parent à l'égard de l'enfant\* (GPP)

**Suspecter** une maltraitance psychologique chez l'enfant :

- en cas de constat ou de signalement d'une relation persistante parent-enfant dommageable\* (GPP)
- en l'absence prolongée de relation affective ou de relation incluant la responsabilité du parent à l'égard de l'enfant\* (GPP)

### Négligence

La négligence est toujours une forme de maltraitance à l'égard de l'enfant\* (GPP)

**Envisager** une négligence :

- en cas de retard de croissance (sans raison médicale) dû à une alimentation insuffisante ou à un régime alimentaire inadapté (1C)

- lorsque les conditions d'apparition d'une blessure peuvent faire penser à un manque de surveillance\* (GPP)
- lorsque la surveillance de l'enfant est confiée à une personne inapte à s'en occuper\* (GPP)
- en cas d'infestation grave et persistante par la gale ou les poux
- si l'enfant porte en permanence des vêtements inappropriés en regard des conditions climatiques

**Suspecter** une négligence lorsque :

- un enfant fait état d'un manque d'hygiène évident (odeur corporelle désagréable, malpropreté)
- le cadre de vie est inadéquat et l'alimentation est insuffisante

---

### **Quel est le rôle du médecin généraliste en cas de maltraitance infantile ?**

Etre attentif aux signes de maltraitance à l'égard de l'enfant\* (GPP)

Utiliser la faculté de signaler une maltraitance infantile\* (GPP)

Si nécessaire, prendre les mesures de protection adéquates, non seulement si l'enfant et les parents font partie de la patientèle du médecin généraliste, mais aussi lorsque l'enfant appartient à la famille d'un de ses patients\* (GPP)

Si nécessaire, référer l'enfant ou collaborer avec les services d'aide et les institutions spécialisées (GPP)

---

### **Le médecin (généraliste) doit-il aborder en consultation la maltraitance avec l'enfant victime et son entourage ? Si oui, comment ?**

Aborder le sujet en consultation avec l'(les) auteur(s), de préférence en présence de l'enfant, mais uniquement si la sécurité de l'enfant le permet (GPP)

En cas de suspicion de maltraitance, le médecin en parlera avec les parents, de préférence en présence de l'enfant, à condition que l'entretien soit mené avec l'expertise professionnelle nécessaire et que la sécurité de l'enfant soit assurée\* (GPP)

En cas de suspicion et de consultation de l'enfant en l'absence de ses parents, le médecin parlera de ses observations directement avec l'enfant\* (GPP)

En cas de révélation par un tiers, le médecin orientera la personne vers les équipes SOS-Enfants en vue d'un signalement de la maltraitance\* (GPP)

---

### **En cas de suspicion de maltraitance infantile, comment le médecin (généraliste) peut-il en estimer l'urgence et la gravité ?**

En cas de situation grave et potentiellement létale, apporter une aide et les premiers soins, orienter, si nécessaire, la victime vers un service d'urgences (1C)

En cas de suspicion de maltraitance infantile, évaluer la gravité sur le plan physique (1C)

Impliquer l'aide spécialisée pour évaluer la sécurité et l'impact de la maltraitance au niveau psychologique (1C)

---

### **Comment le médecin (généraliste) peut-il/doit-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ? En urgence et dans la pratique quotidienne ?**

#### **Intervention en urgence**

Apporter les premiers soins en urgence, seul ou avec l'aide d'autres professionnels de la santé\* (GPP)

Si ces premiers soins sont insuffisants, le médecin (généraliste) dispose de la faculté d'informer le procureur du Roi selon les cas limitativement prévus par la loi\* (GPP)

En cas de maltraitance sexuelle, référer l'enfant endéans les 24 heures à un service d'urgences disposant du Set Agression Sexuelle (SAS) et d'une présence pédiatrique suffisante, ou à un médecin légiste habituellement requis pour ce type d'examen. Un examen de ce type ne sera réalisé que dans un cadre judiciaire (sur base d'une décision du procureur du Roi) (GPP)

### **Intervention dans la pratique quotidienne**

En cas de constat/de suspicion de maltraitance, le médecin dispose de la faculté de signaler les faits aux équipes SOS-Enfants\* (GPP)

Le médecin fait ce signalement après avoir informé les parents et même si ces derniers s'y opposent\* (GPP)

En cas de révélation par un tiers, le médecin orientera la personne vers les équipes SOS-Enfants en vue d'un signalement de la maltraitance (GPP)

---

### **Le médecin (généraliste) doit-il procéder à un examen clinique orienté lorsqu'il envisage/suspecte une maltraitance infantile ?**

L'examen clinique en vue d'affiner le diagnostic de maltraitance doit être effectué par un médecin formé à cette problématique; le diagnostic doit être posé par une équipe multidisciplinaire (1C)

Les signes permettant d'envisager/suspecter une maltraitance lors de l'examen clinique doivent être notés de manière aussi objective que possible dans le Dossier Médical Informatisé (1C)

---

### **Comment un médecin (généraliste) doit-il documenter la situation de maltraitance infantile dans le dossier médical ?**

Noter dans le Dossier Médical (Informatisé) de l'enfant :

- la retranscription du récit de l'enfant de façon la plus littérale (1C)
- les constatations objectives des lésions et leurs potentielles conséquences (1C)
- les facteurs de risques (1C)
- l'accompagnement et le plan de soins (1C)
- les comportements ou l'état affectif inquiétants de l'enfant (1C)
- la date et les conclusions des entretiens avec les parents et/ou d'autres professionnels de la santé\* (GPP)
- la date du signalement et l'identité de la personne à qui le signalement a été adressé\* (GPP)

## 6. Niveaux de recommandation et de preuve

Dans la Recommandation, les auteurs ont utilisé la classification GRADE<sup>239</sup>. Ainsi, on parle de Forte recommandation, lorsque les avantages à recommander la proposition dépassent clairement les désavantages ou les risques ou les coûts, dans ce cas, le chiffre 1 est attribué. L'on peut être sûr que le respect de cette proposition aura un impact davantage positif que négatif. Par contre, lorsqu'il existe un doute sur la balance entre avantages et inconvénients ou risques ou coûts et donc à recommander la proposition, il s'agit alors d'une faible recommandation et le chiffre 2 est attribué. Par ailleurs, en fonction de la qualité et des caractéristiques des études qui étayent la recommandation, une lettre A, B ou C est apposée.

A titre d'exemples :

- 1A signifie que les avantages dépassent clairement les désavantages ou les risques et que la recommandation repose sur des RCT de bonne qualité ou des études d'observation convaincantes ;
- 2C signifie qu'il existe des incertitudes quant aux avantages et inconvénients et que la recommandation ne se base que sur des études de cas ou des études observationnelles standards.

Par ailleurs, les auteurs ont indiqué la mention Good Practice Points (GPP) lorsqu'ils souhaitent souligner un élément important pour la pratique clinique, élément pour lequel il n'existe pas ou probablement pas de preuve dans la littérature<sup>240</sup>.

## 7. Seuils de consensus

La définition des seuils de consensus présentée dans le tableau ci-dessous se base sur les règles d'analyse des réponses suivantes<sup>241</sup>.

---

**Tableau 2 : Conditions d'obtention d'un accord selon la répartition des cotations prises en compte et la valeur de la médiane**

---

**Accord Fort**

Toutes les réponses obtenues se situent entre 7 et 9 sur une échelle de cotation

---

**Accord relatif**

Toutes les réponses obtenues se situent entre 5 et 9 sur une échelle de cotation allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait), avec une médiane  $\geq$  à 7

---

**Rejet**

Toutes les réponses obtenues se situent entre 1 et 5 sur une échelle de cotation allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait), avec une médiane  $\leq$  à 3,5

---

**Absence de consensus**

Toutes les autres situations

---

## 8. Conditions de mise en application

1. Chaque médecin généraliste dispose de la Recommandation.
2. Chaque médecin généraliste a connaissance des coordonnées des instances spécialisées dans le domaine de la maltraitance infantile en vue d'une communication efficace.
3. Le Dossier Médical Informatisé (DMI) est adapté en vue de la consignation des facteurs de risque, des signaux/symptômes d'alarme.

4. Un débat plus large est lancé sur la nécessité de recourir à des médecins spécialisés pour les soins de première ligne et pour les soins de santé préventifs.
5. Un répertoire des services disposant du Set Aggression Sexuelle est disponible dans chaque région du pays.
6. Un plan d'action en cas d'urgence, reprenant les noms et numéros de téléphone utiles, est élaboré pour chaque région du pays.

## 9. Indications d'implémentation

Les éléments ci-après peuvent être utilisés en vue d'évaluer l'application et le suivi de cette Recommandation :

- Au niveau individuel :
  - Le médecin généraliste fait-il état dans le dossier médical d'un constat objectif des lésions ?
  - Le médecin généraliste a-t-il mentionné les facteurs de risque observés ?
  - La date et la conclusion des entretiens menés avec les parents et/ou autres professionnels de la santé figurent-elles dans le dossier médical ?
  - Le type de prise en charge et les rendez-vous y afférents sont-ils détaillés ?
  - La date de signalement et la personne à qui le signalement a été adressé sont-ils indiqués dans le dossier ?
- Au niveau local :
  - Le nombre de contacts entre les équipes SOS-Enfants et les Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPMS), les services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE), les médecins principalement généralistes et pédiatres, les Services de l'Aide à la Jeunesse (SAJ).

## 10. Critères d'orientation pour la recherche future

- Des recherches complémentaires en matière d'outils d'évaluation des risques sont indispensables.
- Une évaluation des compétences de tout médecin à réaliser l'examen clinique spécifique est nécessaire.
- Un débat s'impose sur la nécessité de prendre des photographies de l'enfant par le professionnel de la santé. Il convient de prendre en considération les dispositions légales et les principes éthiques en la matière.

## 11. Elaboration

### 11.1. AUTEURS

Le groupe d'auteurs se compose du Dr. Nicole Dekker (médecin généraliste - Hoboken, membre de la Commissie Richtlijnen - Domus Medica), du Dr. Karen Smets (médecin généraliste - Lier, médecin au Centrum voor LeerlingenBegeleiding (CLB)), de Koen Kairet (étudiant en médecine - Universiteit Antwerpen), du Dr. Lieve Peremans (médecin généraliste - Antwerpen, membre du Vak - groep Eerstelijns - en Interdisciplinaire Zorg - Universiteit Antwerpen), en collaboration avec le Dr. Léo Pas (médecin généraliste - Wezembeek-Oppem, membre du département de recherche du Centre académique

de Médecine Générale (KUL)), du Dr. Nathalie Claes (médecin généraliste - Buggenhout), du Dr. Jan Van Schoenbeek (médecin généraliste - Halen) et du Dr. Marjan Dierckx (médecin généraliste, médecin au Centrum voor LeerlingenBegeleiding (CLB). Lors la revue de la littérature, il a également été fait appel à Louisette Deryck (psychologue, collaboratrice scientifique - SSMG).

## 11.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature a été établie selon la procédure Adapte et a été réalisée à partir d'août 2009 en plusieurs phases dont la dernière en date, l'actualisation en septembre 2013. Par phase, trois étapes successives. Sur base des mots-clés "child abuse", "incest", "child neglect", "shaken baby syndrome", "sexual abuse child", "battered child", "domestic violence", des recommandations [*guidelines*] ont tout d'abord été recherchées dans les bases de données suivantes : National Institute for Health and Clinical Excellence, National guideline Clearinghouse, CBO, Nederlands Huisartsen Genootschap, New Zealand guidelines group, Guidelines International Network, Clinical Knowledge Summaries. Ce fut alors le tour des revues systématiques [*systematic reviews*] dans les bases de données telles Cochrane, Pubmed, ERIC, Psycinfo, Cinahl, Trip-database, Embase, Ovid full text. Enfin, une recherche complémentaire a été effectuée par question clinique (hormis la question 2) avec des mots-clés spécifiques (par exemple, « risk », « relative risk », « medical record », « medical informatics », « documentation », « questionnaires », « assessment ») via Pubmed ou Ovid selon les phases. Ajoutons que les « VertrouwensCentra Kindermishandeling » (Centres de confiance en matière de maltraitance infantile) ont également transmis des documents. L'évaluation et la cotation des articles ainsi retenus ont été réalisées par deux auteurs à l'aide des grilles suivantes : AGREE pour les guidelines, 'formulieren beoordeling systematic review' du Dutch Cochrane Centre pour les revues systématiques. Au final, 48 articles ont été retenus dans le cadre de cette recommandation.

## 11.3. PANEL D'EXPERTS

La Recommandation a été évaluée en novembre 2012 par un panel d'experts émanant de structures différentes et de formations variées : par ordre alphabétique, Stef Anthoni (médecin confident/pédiatre, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, Antwerpen), Hanne Cloetens (médecin généraliste – membre de la Commissie Richtlijnen, Domus Medica), Elise Gozin (conseiller, Jongerenadvies Centrum, JAC Antwerpen), Jan Mampuy (président de la Federatie Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, directeur du Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Andante), Johan Put (professeur de droit, KUL), An Schillemans (médecin confident/pédiatre, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, Oost-Vlaanderen), Steven Simoens (professeur à la "Faculteit Farmaceutische Wetenschappen", chef du département de pharmacologie clinique et de pharmacothérapie, KUL), Bram Spinnewijn (médecin généraliste, Domus Medica/ICHO), Luk Steemans (psychologue pour enfants /directeur du Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, West-Vlaanderen), Frederik Swenne (professeur du Droit des Personnes et de la Famille, avocat et membre du Raad Van Bestuur VKA, Universiteit Antwerpen), Erik Van Dooren (directeur, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, Brussel), Hilde Van Hauthem (pédiatre, Sint-Pieters-Leeuw) et Bert Van Puyenbroeck (psychothérapeute, VUB/Kind & Gezin).

Il leur a été demandé de se prononcer sur la pertinence des propositions de recommandation avec un niveau de preuve inférieur au GRADE C à l'exception de la question 7 relative à l'examen clinique orienté. Cette évaluation a été réalisée sur base d'une méthodologie de type consensus (étude Delphi en deux tours) et a été incluse dans le texte de la Recommandation (proposition indiquée d'un astérisque (\*)).

## 11.4. EVALUATION SUR LE TERRAIN

En novembre et décembre 2012, le projet de recommandation a été testé quant à sa faisabilité et son applicabilité à la pratique clinique dans quatre groupes LOKs/GLEMs, à savoir le 23/11 à Heist-op-den-Berg, le 27/11 à Leuven, le 29/11 à Kortenberg et le 6/12 à Gent.

Afin de permettre une adéquation suffisante du test aux pratiques en vigueur dans les différents LOKs/GLEMs, une procédure d'expérimentation a été convenue au préalable. Les résultats de cette implémentation en phase-test ont été résumés et le texte de la recommandation a été adapté sur base d'une procédure de consensus entre les auteurs.

Enfin, le projet de recommandation a été soumis pour avis à la rédaction de « Huisarts Nu ». Celle-ci a principalement émis des suggestions en vue d'accroître sa lisibilité. Ces remarques ont été intégrées à la version finale du document.

## 11.5. VALIDATION

La Recommandation a été soumise au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM) en juillet 2013 et a été accueillie positivement au cours de la séance du 5 septembre moyennant une mise à jour de la recherche documentaire. La recommandation a reçu le label de validation le 8 octobre.

## 11.6. TRADUCTION ET ADAPTATION

Elle a été traduite par un organisme externe et a été adaptée par la SSMG. Un comité de lecture a été constitué et est composé, par ordre alphabétique, de : Dr Emmanuel de Becker (professeur de pédopsychiatrie – UCL), Lucien Nouwynck (avocat général auprès de la cour d'appel – Bruxelles), Anne-Marie Offermans (sociologue, collaboratrice scientifique SSMG/DMG de l'ULB), Dr Philippe Vanparijs (médecin légiste - conseiller scientifique – ULg) et Dr Michel Vanhalewyn (médecin généraliste, SSMG – Bruxelles).

Certaines adaptations ont porté sur les données épidémiologiques en se référant au dernier rapport d'activités de l'Office National de l'Enfance. D'autres ont visé les informations relatives à la collaboration multidisciplinaire en regard des ressources et des modalités régionales. Les aspects juridiques ont également été revus sur base des deux décrets en Fédération Wallonie-Bruxelles, respectivement du 4 mars 1991 et du 12 mai 2004, ainsi que sur base de l'ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse en Région de Bruxelles-Capitale. Les questions de secret professionnel partagé ont été révisées en référence aux travaux réalisés dans le cadre de la RBP sur les violences conjugales. Par ailleurs, des précisions méthodologiques ont été apportées en termes de niveaux de preuve et de procédures de consensus. Ajoutons enfin que la démarche de collaboration a été illustrée sous forme d'algorithme présenté en annexe de la présente RBP.

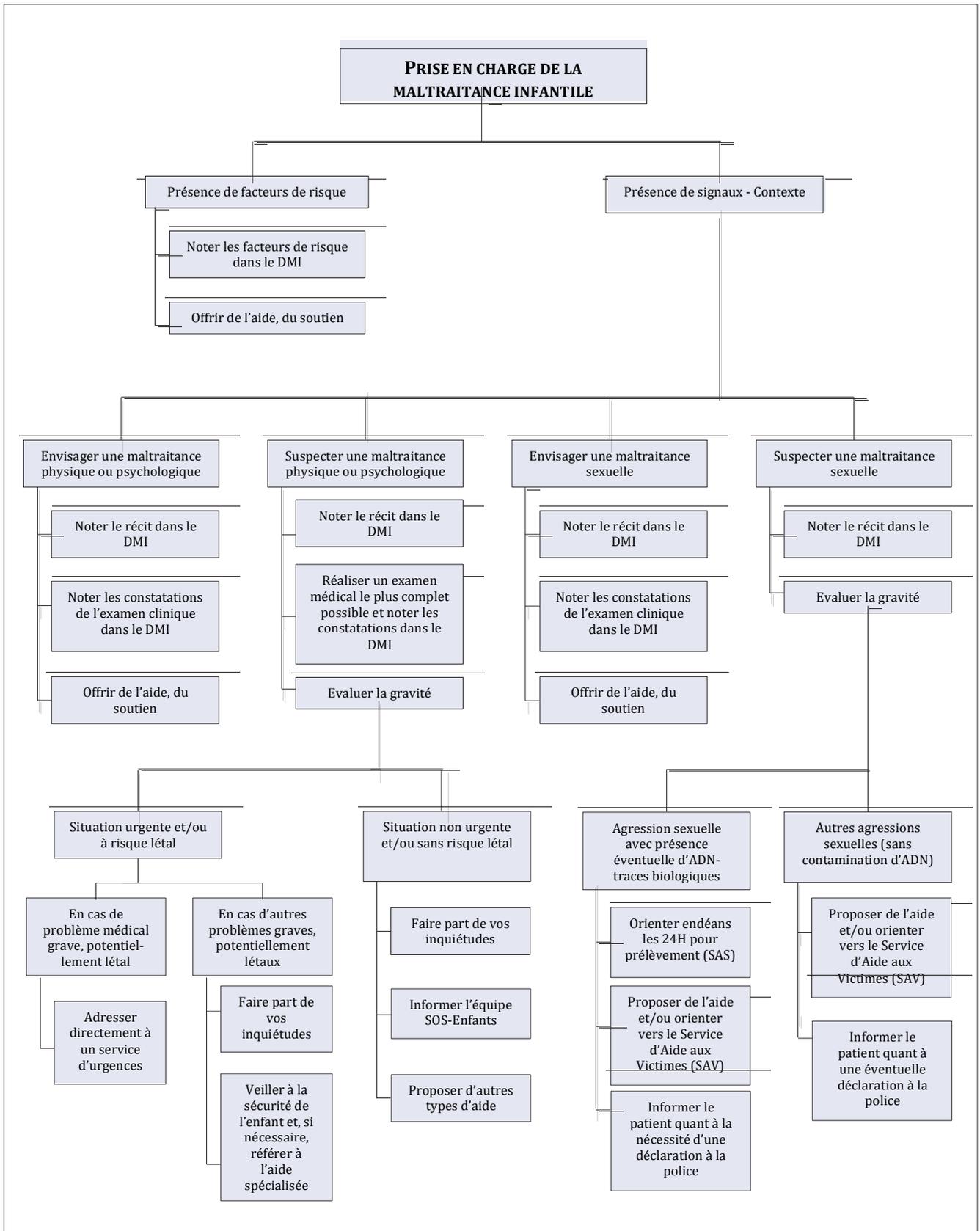
## 11.7. MISE A JOUR ET FINANCEMENT

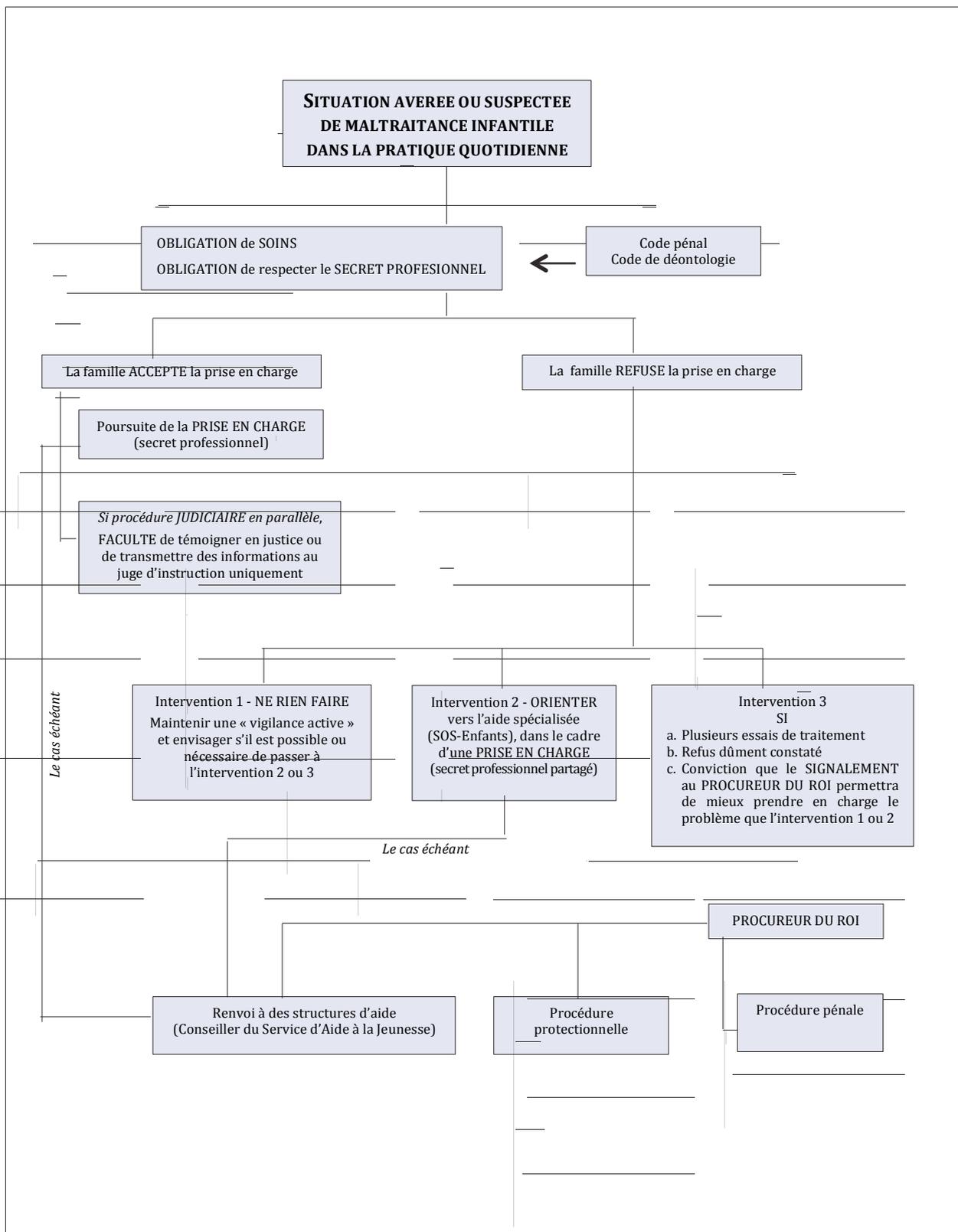
La revue de la littérature a été réalisée jusqu'au 15 septembre 2013. Le texte de la Recommandation sera mis à jour chaque année et revu dans son intégralité au plus tard après cinq ans, à moins que d'importantes modifications ne requièrent sa révision plus rapidement.

Cette Recommandation n'a pas été influencée par les conceptions ou les intérêts de l'instance à l'origine de son financement : le Service Public Fédéral de la Santé publique, de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement.

Les auteurs, les experts et les médecins généralistes consultés dans le cadre de ce projet n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Aucun conflit d'intérêt n'est connu.

# 12. ARBRES DECISIONNELS





## 13. NOTES

<sup>1</sup> Rapport d'activité 2012 de l'ONE, p.49.

<sup>2</sup> Het kind in Vlaanderen 2011, Jaarverslag Kind en Gezin, 2011.

<sup>3</sup> [www.kindermishandeling.be](http://www.kindermishandeling.be) (dernière consultation le 30/08/2012).

<sup>4</sup> **Article 61 (Modifié le 14 septembre 2013).**

Si un médecin soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, harcelée ou subit des effets d'une négligence, il doit immédiatement faire le nécessaire pour protéger cette personne.

Dans la mesure où les capacités de discernement de la personne vulnérable le permettent, le médecin s'entretient de ses constatations d'abord avec elle et l'incite à prendre elle-même les initiatives nécessaires. Si cela ne nuit pas aux intérêts de la personne vulnérable et qu'elle y consent, il peut se concerter avec les proches.

Si la situation le justifie, et pour autant que la personne vulnérable capable de discernement y consente, le médecin s'adressera à un confrère compétent en la matière ou fera appel à une structure pluridisciplinaire spécifiquement établie pour gérer cette problématique.

Si la personne vulnérable est menacée par un danger grave et imminent ou s'il y a des indices graves d'un danger sérieux et réel que d'autres personnes vulnérables soient victimes de maltraitance ou négligence et que le médecin n'a pas d'autre moyen d'offrir une protection, il peut avertir le procureur du Roi de ses constatations.

<sup>5</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>6</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002, p. 66.

<sup>7</sup> de Becker E., Le parent inducteur de syndrome de Münchhausen par procuration : mise en perspective psychopathologique. Perspectives psychiatriques, 2010, Vol. 49, 4, 305-315

<sup>8</sup> Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. Huisarts Wet 2010;53(8):S15-20.

<sup>9</sup> Sidebotham P, Heron J; ALSPAC Study Team Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. Child Abuse Negl. 2006 May;30(5):497-522. Epub 2006 May 15.

Cette étude de cohorte prospective (étude « ALSPAC » [*the Avon Longitudinal Study of Parents and children*]) a analysé la relation entre la maltraitance infantile et les facteurs de risque répartis en quatre domaines : les parents, l'enfant, la structure familiale, le contexte socio-économique.

	RR
<b>Facteurs liés au parent</b>	
• Age < 20 ans	3,4
• Faible niveau de scolarité du parent	5
• Troubles psychiatriques (antérieurs à l'étude)	2,8
• Un parent lui-même maltraité dans l'enfance	1,9
<b>Contexte Socio-économique</b>	
• L'un ou l'autre indicateur de pauvreté	11
• Mère au chômage (non significatif)	1,41
• Isolement social	1,9
<b>Facteurs liés à la famille</b>	
• Famille nombreuse > 3 enfants	1,6
• Mère célibataire	2,6
• Famille recomposée	2,6
• Violences familiales	1,6

<b>Facteurs liés à l'enfant</b>	
• Grossesse non programmée	1,5
• Enfant avec un faible poids à la naissance	2,2
• L'absence ou la faiblesse des qualités attribuées à l'enfant par le parent	1,9

<sup>10</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>11</sup> Klein Ikink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kinder mishandeling. Huisarts Wet 2010;53(8):S15-20.

<sup>12</sup> Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, Chazal J, Christophe C, Defoort-Dhellemmes S, Fortin G, Rambaud C, Raul JS, Rey-Salmon C, Sottet F, Vieux E, Vinchon M, Willinger R; French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Scoping report. Ann Phys Rehabil Med. 2011 Dec;54(9-10):533-99. Epub 2011 Nov 3.

<sup>13</sup> Sidebotham P, Heron J; ALSPAC Study Team Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors.. Child Abuse Negl. 2006 May;30(5):497-522. Epub 2006 May 15.

<sup>14</sup> Ellaway, Are abused babies protected from further abuse. Arch Dis Child. 2004 Sep;89(9):845-6

<sup>15</sup> Sidebotham. Child maltreatment in the "children of the nineties": the role of the child ALSPAC study.. Child Abuse Negl. 2003 Mar;27(3):337-52.

Dans cette étude de cohorte prospective, les auteurs ont mis en évidence des caractéristiques chez l'enfant qui augmentent le risque de maltraitance depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans. Cependant, même si ces facteurs de risques sont significatifs, le RA [Risque Absolu] est et reste faible. L'attitude des parents est à cet égard plus importante que les caractéristiques de l'enfant.

	Odds
Petit poids à la naissance	2,08
Grossesse non programmée (donc non souhaitée)	2,92
Mauvais état de santé	1,91
Troubles du développement	1,99
L'absence ou la faiblesse des qualités attribuées à l'enfant	2,29

<sup>16</sup> Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, Roth J. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study ALSPAC study. Child abuse negl. 2004 Dec; 28(12):1253-64

Cette étude de cohorte prospective a étudié 15 facteurs de risques, dont 5 ont un RR [Risque Relatif] supérieur à 2 : tabagisme (RR = 2, 8), plus de 2 enfants (RR = 2,7), medicaid [assurance de santé américaine] (RR = 2,1), mère célibataire (RR = 2,0) et faible poids à la naissance (RR = 2, 0). Les autres facteurs positifs sont les suivants : scolarité de la mère, présence de soins prénataux, score de risque au *Florida Health Start prenatal risk screen*, mère < 20 ans, deux grossesses rapprochées, expériences négatives de grossesses antérieures. Il n'existe pas de relation avec l'origine ethnique ou le sexe de l'enfant.

Lorsque l'on procède à des associations entre les cinq premiers facteurs de risque, on observe les résultats suivants : le RR est de 7,4 quand 4 facteurs de risque sur 5 sont positifs, il est de 3,2 quand 3 facteurs de risque sur 5 sont positifs et de 1,3 quand 2 facteurs de risque sur 5 sont positifs.

<sup>17</sup> Sidebotham. Child maltreatment in the "children of the nineties": a longitudinal study of parental risk factors ALSPAC study. Child abuse neg. 2001 Sep;25(9):1177-200

---

## Maltraitance à l'égard de l'enfant

---

---

Une étude de cas a révélé que les garçons sont davantage à risque que les filles d'être victimes du syndrome du 'bébé secoué' [*shakenbaby*] (rapport garçons/filles allant de 1,3 à 2,6). Parmi les victimes, on recense un pourcentage plus important d'enfants prématurés (11 à 21 % contre 7-8 % dans la population générale). On constate également une fréquence plus élevée lors de grossesses multiples (5 % par rapport à 1,5 % dans la population générale).

<sup>18</sup> Mireau E. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance. À propos d'une série de 404 cas. Thèse de médecine. Université Paris V; 2005.

<sup>19</sup> Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of reproductive and infant psychology* 2006; 24:187-97.

<sup>20</sup> Hindley. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2006 Sep; 91(9):744-52

<sup>21</sup> Govindsbenoy. Abuse of the disabled child: a systematic review of population-based studies. *Child Care Health Dev*. 2007 Sep; 33(5): 552-8

<sup>22</sup> Jones L, Bellis, MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012; 380: 899-907

<sup>23</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752

<sup>24</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg*. 2011;100(4):264-72. Review. PMID: 22182848

<sup>25</sup> Denton J, Newton AW, Vandeven AM Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr*. 2011 Apr;23(2):240-8. Review. PMID: 21293272

<sup>26</sup> Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Current Opinion in Pediatrics*. 25(2):268-74, 2013 Apr.

<sup>27</sup> Desair K, Reynders A., Hermans K.. Protocol risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling. Leuven 2010.

<sup>28</sup> Clément, M. E., & Chamberland, C. The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favor of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies*, 2009; 18(2):163-171.

<sup>29</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005; 90:182-6.

<sup>30</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>31</sup> Chester DL, Jose RM, Aldiyami E. Non-accidental burns in children – are we neglecting neglect? *Burns* 2006; 32: 222-8.

<sup>32</sup> Maguire S, Hunter B, Hunter L, et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenulum and other intra-oral injuries. *Archives of disease in childhood*. 2007; 92: 1113-17.

<sup>33</sup> Welsh Child Protection Systematic Review Group, Cardiff University, 2008 ([www.core-info.cardiff.ac.uk/](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/)) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>34</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>35</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg*. 2011;100(4):264-72. Review. PMID: 22182848

---

<sup>36</sup> Le mutisme sélectif chez l'enfant se définit par son incapacité régulière à parler dans certaines situations sociales (par exemple, à l'école) alors qu'il s'exprime normalement dans d'autres circonstances. Il s'agit probablement d'un trouble anxieux plutôt que d'un refus délibéré de parler de la part de l'enfant. Le mécanisme sous-jacent n'en est pas connu.

<sup>37</sup> Les troubles de l'attachement se manifestent au travers de dysfonctionnements dans les relations que l'enfant développe avec autrui. Il s'agit, par exemple, d'une trop grande sociabilité de l'enfant à l'égard de personnes étrangères, de demandes constantes d'attention ou d'affection de la part d'adultes autres que de ses parents/tuteurs, de l'absence de recherche de réconfort auprès de son parent en cas de détresse. On peut aussi observer un enfant qui se conduit de manière excessivement contrôlée pour éviter une réprimande de ses parents ou qui se comporte exagérément en enfant sage depuis sa petite enfance lorsqu'il est confronté à un parent stressé.

<sup>38</sup> Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of reproductive and infant psychology* 2006; 24:187-97.

<sup>39</sup> Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999; 11: 225-49.

<sup>40</sup> Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology* 2003; 71:339-52.

<sup>41</sup> Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child development* 2001; 72: 549-68.

<sup>42</sup> Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, violence, and abuse: a review journal* 2008; 9: 56-67.

<sup>43</sup> Antao V, Maddocks A, Street E, et al. A case-control study of somatic and behavioural symptoms in sexually abused boys. *Archives of disease in childhood* 1996; 75: 237-8.

<sup>44</sup> Zolotor A, Kotch J, Dufort V, et al. School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Maternal and child health journal* 1999; 3: 19-27.

<sup>45</sup> Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 2002; 156: 824-30.

<sup>46</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013).

<sup>47</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>48</sup> Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 1993; 113: 164-80.

<sup>49</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>50</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>51</sup> Welsh Child Protection Systematic Review Group, Cardiff University, 2008 ([www.core-info.cardiff.ac.uk/](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/)) (dernière consultation le 22/03/2013)

<sup>52</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health. The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH; 2008 ([www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook](http://www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook))

- 
- <sup>53</sup> Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008; 34:1072-81.
- <sup>54</sup> Goldman J, Salus MK. United States Department of Health and Human Services. A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice. 2003. Retrieved from <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundation.pdf> (laatst geraadpleegd op 12 april 2013)
- <sup>55</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752.
- <sup>56</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>57</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)
- <sup>58</sup> Kemp A, Maguire S, Sibert J, Frost R, Adams C, and Mann M. Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006; 91: 951.
- <sup>59</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182-6.
- <sup>60</sup> Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:187-189.
- <sup>61</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182-6.
- <sup>62</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182-6.37
- <sup>63</sup> Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:187-189.
- <sup>64</sup> Wood J, Rubin DM, Nance ML, Chirstian CW. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma*. 2005 Nov;59(5):1203-8. 38
- <sup>65</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>66</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)
- <sup>67</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182-6.
- <sup>68</sup> Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:187-189.
- <sup>69</sup> Maguire S, Mann MK. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic of suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182-6.
- <sup>70</sup> Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:187-189.
- <sup>71</sup> Pierce MK, Kaczor K, Aldridge S, et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010; 125:67-74.
- <sup>72</sup> Kemp A, Maguire S, Sibert J, Frost R, Adams C, and Mann M. Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006; 91: 951.
- <sup>73</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
-

- 
- <sup>74</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>75</sup> Kemp A, Maguire S, Sibert J, Frost R, Adams C, and Mann M. Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 2006; 91: 951.
- <sup>76</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>77</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>78</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>79</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg.* 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>80</sup> Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008; 34:1072-81.
- <sup>81</sup> CORE-INFO. Welsh Child Protection Systematic Review Group, 2011 <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns> (dernière consultation le 12/04/2013).
- <sup>82</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg.* 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>83</sup> Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008; 34:1072-81.
- <sup>84</sup> CORE-INFO. Welsh Child Protection Systematic Review Group, 2011 <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns> (dernière consultation le 12/04/2013).
- <sup>85</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg.* 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>86</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>87</sup> Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008; 34:1072-81
- <sup>88</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg.* 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>89</sup> Dissanaik S, Wishnew J, Rahimi M, et al. Burns as child abuse: risk factors and legal issues in west Texas and eastern New Mexico. *J Burn Care Res* 2010; 31:176–183.
- <sup>90</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg.* 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>91</sup> Kemp A, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *British medical journal* 2008; 337:a1518.
- <sup>92</sup> Day F, Clegg S, McPhillips M, *et al.* A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2006;13:55–9.
- <sup>93</sup> Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447–50.
- <sup>94</sup> Day F, Clegg S, McPhillips M, *et al.* A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2006;13:55–9.

- 
- <sup>95</sup> Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447–50. 59
- <sup>96</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>97</sup> Day F, Clegg S, McPhillips M, et al. A retrospective case series of skeletal surveys in children with suspected non-accidental injury. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2006;13:55–9.
- <sup>98</sup> Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447–50.
- <sup>99</sup> Loder RT. Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database. *Journal of Pediatric Orthopedics* 2007;27:421–6
- <sup>100</sup> Hui C, Joughin E, Goldstein S, et al. Femoral fractures in children younger than three years: the role of nonaccidental injury. *Journal of Pediatric Orthopedics* 2008;28:297–302.
- <sup>101</sup> Prosser I, Maguire S, Harrison S, Mann M, Sibert J, Kemp A. Review. How old is this fracture? Radiological dating of fractures in children: a systematic review. *Am J Roentgenol.* 2005 Apr;184(4):1282-6.
- <sup>102</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>103</sup> Kemp A, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *British medical journal* 2008; 337:a1518.
- <sup>104</sup> Prosser I, Maguire S, Harrison S, Mann M, Sibert J, Kemp A. Review. How old is this fracture? Radiological dating of fractures in children: a systematic review. *Am J Roentgenol.* 2005 Apr;184(4):1282-6.
- <sup>105</sup> Kemp A, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *British medical journal* 2008; 337:a1518.
- <sup>106</sup> Prosser I, Maguire S, Harrison S, Mann M, Sibert J, Kemp A. Review. How old is this fracture? Radiological dating of fractures in children: a systematic review. *Am J Roentgenol.* 2005 Apr;184(4):1282-6.
- <sup>107</sup> Ravichandiran N, Schuh S, Bekjuk M, et al. Delayed identification of pediatric abuse-related fractures. *Pediatrics* 2010; 125:60–66.
- <sup>108</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>109</sup> de Becker E., Weerts F., Syndrome du bébé secoué : des lésions somatiques à la psychopathologie parentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57, 429-436.
- <sup>110</sup> Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, Mann MK, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* 2009;94(11):860-867
- <sup>111</sup> [http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological\(2010\)](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological(2010)) (dernière consultation le 12 avril 2013)
- <sup>112</sup> Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, Mann MK, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood.* 2009;94(11):860-867.
- <sup>113</sup> Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, Chazal J, Christophe C, Defoort-Dhellemmes S, Fortin G, Rambaud C, Raul JS, Rey-Salmon C, Sottet F, Vieux E, Vinchon M, Willinger R; French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Dec;54(9-10):533-99. Epub 2011 Nov 3.

- 
- <sup>114</sup> Kemp AM, Jaspan T, Griffiths J, Stoodley N, Mann MK, Tempest V, Maguire SA. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(12):1103-1112.
- <sup>115</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>116</sup> Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, Chazal J, Christophe C, Defoort-Dhellemmes S, Fortin G, Rambaud C, Raul JS, Rey-Salmon C, Sottet F, Vieux E, Vinchon M, Willinger R; French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Dec;54(9-10):533-99. Epub 2011 Nov 3.
- <sup>117</sup> Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, Mann MK, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2009;94(11):860-867
- <sup>118</sup> <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological>(2010) (dernière consultation le 12 12/04/2013)
- <sup>119</sup> Kemp AM, Jaspan T, Griffiths J, Stoodley N, Mann MK, Tempest V, Maguire SA. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(12):1103-1112
- <sup>120</sup> Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, Mann MK, Tempest V, Kemp AM, Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*. 27(1):28-36, 2013 Jan.
- <sup>121</sup> Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012; 130:315–323.
- <sup>122</sup> Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571–82.
- <sup>123</sup> Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Current Opinion in Pediatrics*. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>124</sup> Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571–82.
- <sup>125</sup> Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, Mann MK, Tempest V, Kemp AM, Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*. 27(1):28-36, 2013 Jan.
- <sup>126</sup> Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012; 130:315–323.
- <sup>127</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>128</sup> Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571–82.
- <sup>129</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>130</sup> Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571–82.
- <sup>131</sup> Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children--an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics*. 1982 Jul;70(1):32-5
- <sup>132</sup> <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/spinal> (2009) (dernière consultation le 12/04/2013)

- 
- <sup>133</sup> Clément, ME, Chamberland C. The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favor of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies*, 2009 ;18(2):163-171.
- <sup>134</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>135</sup> Clément, ME, Chamberland C. The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favor of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies*, 2009 ;18(2):163-171.
- <sup>136</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>137</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>138</sup> Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol* 2008;18:571–82.
- <sup>139</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>140</sup> Denton J, Newton AW, Vandeven AM Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr*. 2011 Apr;23(2):240-8. Review. PMID: 21293272
- <sup>141</sup> Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children--an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics*. 1982 Jul;70(1):32-5
- <sup>142</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>143</sup> Notons que les autres recommandations proposées par la RBP NICE n'ont pas fait l'objet d'une position consensuelle parmi les experts consultés et n'ont donc pas été retenues dans le cadre de cette recommandation.
- <sup>144</sup> Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children--an overlooked category of child abuse: report of seven cases and review of the literature. *Pediatrics*. 1982 Jul;70(1):32-5.
- <sup>145</sup> Hobbs Ch. Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr* (2012) 171:751–755
- <sup>146</sup> Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Current Opinion in Pediatrics*. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>147</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752
- <sup>148</sup> Goldman J, Salus MK. United States Department of Health and Human Services. *A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice*. 2003. Retrieved from <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundation.pdf> (dernière consultation le 12/04/2013).
- <sup>149</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>150</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>151</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>152</sup> Denton J, Newton AW, Vandeven AM Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. *Curr Opin Pediatr*. 2011 Apr;23(2):240-8. Review. PMID: 21293272

- 
- <sup>153</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>154</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)
- <sup>155</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. Scand J Surg. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>156</sup> Preer G. Sorrentino D. Ryznar E. Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. Current Opinion in Pediatrics. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>157</sup> Notons que deux recommandations proposées par la RBP NICE en terme de suspicion n'ont pas fait l'objet d'un consensus parmi les experts consultés et n'ont donc pas été retenues dans le cadre de la présente recommandation.
- <sup>158</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. Scand J Surg. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>159</sup> Preer G. Sorrentino D. Ryznar E. Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. Current Opinion in Pediatrics. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>160</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. Scand J Surg. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>161</sup> Preer G. Sorrentino D. Ryznar E. Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. Current Opinion in Pediatrics. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>162</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. Scand J Surg. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>163</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health. The physical signs of child sexual abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH; 2008 ([www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook](http://www.rcpch.ac.uk/Research/Research-Activity/Completed-Projects/CSA-Handbook)) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>164</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>165</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. Home Healthc Nurse. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752
- <sup>166</sup> Denton J, Newton AW, Vandeven AM Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. Curr Opin Pediatr. 2011 Apr;23(2):240-8. Review. PMID: 21293272
- <sup>167</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. Home Healthc Nurse. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752
- <sup>168</sup> Hammerschlag MR, Guillen CD. Medical implications of testing for sexuallytransmitted infections in children. Clin Microbiol Rev 2010; 23:493– 506.
- <sup>169</sup> Syrjanen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. APMIS 2010;118:494–509.
- <sup>170</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>171</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>172</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)

- 
- <sup>173</sup> Flaherty, EG, Sege, R, Binns, HJ, Mattson, CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2000;154(5):489-493.
- <sup>174</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752
- <sup>175</sup> Tonmyr L, Draca J, Crain J, Macmillan HL Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review.. *Child Abuse Negl*. 2011 Oct;35(10):767-82. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.04.011. Epub 2011 Oct 20. Review PMID: 22018520
- <sup>176</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>177</sup> Tonmyr L, Draca J, Crain J, Macmillan HL Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review.. *Child Abuse Negl*. 2011 Oct;35(10):767-82. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.04.011. Epub 2011 Oct 20. Review PMID: 22018520
- <sup>178</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752
- <sup>179</sup> La maltraitance est un problème largement sous-estimé ou méconnu.
- Les relations dysfonctionnelles parent-enfant envisagées dans la RBP nécessitent une approche systématique et n'indiquent pas forcément une maltraitance psychologique. Tout dépend de la définition de la maltraitance.
  - Comment un médecin peut-il estimer si une relation parent-enfant est déséquilibrée ou non ?
- <sup>180</sup> Tonmyr L, Draca J, Crain J, Macmillan HL Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review.. *Child Abuse Negl*. 2011 Oct;35(10):767-82. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.04.011. Epub 2011 Oct 20. Review PMID: 22018520
- <sup>181</sup> Feerick MM, Knutson, JF, Trickett, PK, Flanzer, SM. *Child abuse and neglect: Definitions, classifications and a framework for research*. 2006 ;Baltimore, MD: Paul H. Brooks.
- <sup>182</sup> Wider LC Identifying and responding to child abuse in the home.. *Home Healthc Nurse*. 2012 Feb;30(2):75-81. Review. PMID: 22306752.
- <sup>183</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>184</sup> Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan F, et al. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weigh infants: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142-51.
- <sup>185</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>186</sup> Stockwell MS, Brown J, Chen S, et al. Is underimmunization associated with child maltreatment? *Ambulatory Pediatrics* 2008; 8: 210-13.
- <sup>187</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (laatste geraadpleegd op 22/03/2013)
- <sup>188</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>189</sup> Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan F, et al. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weigh infants: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142-51.
- <sup>190</sup> Taitz LS, King JM. Growth patterns in child abuse. *Acta paediatrica Scandinavia* 1998; 343 (Suppl): 62-72
- <sup>191</sup> Karp RJ, Scholl TO, Decker E, et al. Growth of abused children. Contrasted with the non-abused in an urban poor community. *Clinical pediatrics* 1989; 28: 317-20

- 
- <sup>192</sup> Whitaker RC, Philips SM, Orzol SM, et al. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child abuse and neglect* 2007; 31: 1187-12
- <sup>193</sup> Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, et al. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007; 120: e61-7
- <sup>194</sup> Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American journal of psychiatry* 2002; 159: 394-400
- <sup>195</sup> Code de déontologie médicale (art. 61)
- <sup>196</sup> Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, Van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153;222-7.
- <sup>197</sup> Klein Ikkink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, et al. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53:S15-20.
- <sup>198</sup> Art. 61 du Code de déontologie médicale et le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance de la Communauté française (art. 3)
- <sup>199</sup> London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, & Law* 2005; 11:194-226.
- <sup>200</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)
- <sup>201</sup> Vanuit CBO :
- Boer, F. Verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie – onderzoek en diagnostiek* (pp. 572-584). Assen: Van Gorcum, 1992.
  - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation for children/adolescents who may have been sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl. 10), 37S-56S.
  - Department of Health and Children, *Children First: national guidelines for the protection and welfare of children*. Dublin: The Stationary Office - Government Publications, 2004.
- <sup>202</sup> Finn C. Forensic nurses' experiences of receiving child abuse disclosures. *J Spec Pediatr Nurs*. 2011 Oct;16(4):252-62. doi: 10.1111/j.1744-6155.2011.00296.x. Epub 2011 Jul 19.
- <sup>203</sup> Katz C, Hershkowitz I, Malloy LC, Lamb ME, Atabaki A, Spindler S. Non-verbal behavior of children who disclose or do not disclose child abuse in investigative interviews. *Child Abuse Negl*. 2012 Jan;36(1):12-20. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.08.006. Epub 2012 Jan 21.
- <sup>204</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010)
- <sup>205</sup> Kristof Desair, Alexandre Reynders, Dr. Koen Hermans. Protocol risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling. Leuven 2010.
- <sup>206</sup> Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, Docherty A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child*. 2006 Sep;91(9):740-3.
- <sup>207</sup> Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, Chazal J, Christophe C, Defoort-Dhellemmes S, Fortin G, Rambaud C, Raul JS, Rey-Salmon C, Sottet F, Vieux E, Vinchon M, Willinger R; French Society of Physical Medicine and Rehabilitation; French National Authority for Health. A public hearing. "Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Scoping report. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Dec;54(9-10):533-99. Epub 2011 Nov 3

- 
- <sup>208</sup> Carter YH, Bannon MJ, Limbert C, Docherty A, Barlow J. Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child*. 2006 Sep;91(9):740-3.
- <sup>209</sup> Hui C, Joughin E, Goldstein S, *et al.* Femoral fractures in children younger than three years: the role of nonaccidental injury. *Journal of Pediatric Orthopedics* 2008;28:297–302.
- <sup>210</sup> Desair K, Reynders A, Hermans K.. Protocol risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling. Leuven 2010.
- <sup>211</sup> Woodman J, Brandon M, Bailey S, Belderson P, Sidebotham P, Gilbert R. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. *Arch Dis Child*. 2011 Mar;96(3):270-5.
- <sup>212</sup> Woodman J, Brandon M, Bailey S, Belderson P, Sidebotham P, Gilbert R. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. *Arch Dis Child*. 2011 Mar;96(3):270-5.
- <sup>213</sup> Relevons qu'en date du 17 septembre 2011, le conseil national de l'Ordre des médecins a exprimé un avis sur cette modification de la loi lorsqu'elle était en projet: <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/secret-professionnel-projet-de-modification-de-l-article-458bis-du-code-penal>.
- <sup>214</sup> En vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2013.
- <sup>215</sup> Vanhalewyn M., Offermans A.-M., Pas L., Les Violences Conjugales, Cadre juridique et déontologique. Aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2010.
- <sup>216</sup> Hobbs Ch. Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr* (2012) 171:751–755
- <sup>217</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>218</sup> Molly Curtin Berkoff et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*, December 17, 2008, Vol 300, No 23.
- <sup>219</sup> Kathi L. Makoroff, Jamie L. Brauley, Ann M. Bradner, Patricia A. Myers, Robert A. Shapiro. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse and Neglect* 26 (2002) 1235-1242.
- <sup>220</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013).
- <sup>221</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>222</sup> Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. CBO. 2009. Via [www.cbo.nl/Downloads/849/rl\\_fhg\\_09.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/849/rl_fhg_09.pdf) (dernière consultation le 20/8/2010).
- <sup>223</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg*. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>224</sup> Melissa Liddle, CCLS, CTRS, Child Life Specialist, College Hill Campus, Mary Ellen Meier, RN, Evidence-based Practice Mentor. Patient services/ Children with a history of abuse or neglect/ Medical play preparation Best 079/ Best evidence statement (BEST). Cincinnati Children's Hospital Medical Center 2010.
- <sup>225</sup> Molly Curtin Berkoff et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*, December 17, 2008, Vol 300, No 23.

- 
- <sup>226</sup> Preer G, Sorrentino D, Ryznar E, Newton AW, Child maltreatment: promising approaches and new directions. *Current Opinion in Pediatrics*. 25(2):268-74, 2013 Apr.
- <sup>227</sup> Kathi L. Makoroff, Jamie L. Brauley, Ann M. Bradner, Patricia A. Myers, Robert A. Shapiro. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse and Neglect* 26 (2002) 1235-1242.
- <sup>228</sup> Molly Curtin Berkoff et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*, December 17, 2008, Vol 300, No 23.
- <sup>229</sup> Kathi L. Makoroff, Jamie L. Brauley, Ann M. Bradner, Patricia A. Myers, Robert A. Shapiro. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse and Neglect* 26 (2002) 1235-1242.
- <sup>230</sup> The role of first responders in child maltreatment cases: disaster and non disaster situations. US department of health and human services . 2010
- <sup>231</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg*. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>232</sup> Klein Ikink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53(8):S15-20
- <sup>233</sup> When to suspect child maltreatment. NICE Clinical guideline. July 2009.(latest update 21st March 2013) Via [www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf](http://www.nice.org.uk/nicedia/live/12183/44954/44954.pdf) (dernière consultation le 22/03/2013)
- <sup>234</sup> Klein Ikink AJ, Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R, Lo Fo Wong S, Sachse H, Van Sleuwen BE, Veraart-Schelfhout L, Vriezen JA, Westerveld MC. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. *Huisarts Wet* 2010;53(8):S15-20
- <sup>235</sup> Baer J, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of reproductive and infant psychology* 2006; 24:187-97.
- <sup>236</sup> Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H Child abuse and neglect.. *Scand J Surg*. 2011;100(4):264-72. Review.PMID: 22182848
- <sup>237</sup> Krishnan J. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 1990;60:447-50.
- <sup>238</sup> [http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological\(2010\)](http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological(2010)) (dernière consultation le 12/04/2013)
- <sup>239</sup> Van Royen P. GRADE, Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;37:505-9. [www.gradeworkinggroup.org/index.htm](http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm) (dernière consultation le 31/05/2009).
- <sup>240</sup> <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section7.html>
- <sup>241</sup> Haute Autorité de Santé, Elaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandation par consensus formalisé », HAS, décembre 2010, p. 18.