VIOLENCE INTRA-FAMILIALE : ELABORATION DE GUIDES A L'ATTENTION DES SOIGNANTS EN MEDECINE GENERALE ET AUX URGENCES

Partie 1: La maltraitance d'enfants

Auteurs :
SALIEZ Vinciane
PAS Léo
AERTSSEN Erna
LECONTE Sophie
CARIS ALIAS REYNDERS Rita

Groupe de recherche:
SSMG : Offermans A-M, Paulus D., Vanhalewyn M., Vermeiren E., Lacroix S.
WVVH : Caris alias Reynders R, Dedeken L, Boffin N, Ceulemans L
Professeur Fernand Geubelle, expert pour la partie francophone

Merci à Madame Reine Vanderlinden, au Docteur Thérèse Delattre, au Professeur Fernand Geubelle, au Docteur Pierre Rousseau, au Docteur Fiasse ainsi qu'au Docteur Emmanuel de Becker et Johan Marchand, qui ont accepté de relire et de critiquer le document original en tant que experts.
Merci pour toutes les commentaires supplémentaires reçu par l'évaluation postale.
Toutefois, le contenu implique uniquement la responsabilité des auteurs de ce guide.

TABLE DES MATIERES

1/INTRODUCTION 3

2/QU'ENTENDONS-NOUS PAR MALTRAITANCE A ENFANT? 3

FORMES DE MALTRAITANCE D'ENFANTS 3
PREVALENCE 4

3/ÉLEMENTS ETIOLOGIQUES ? 5

FACTEURS DE VULNERABILITE 5

4/ SIGNES OU SYMPTOMES DE MALTRAITANCE 6

1.SIGNES GENERAUX ET COMPORTEMENTAUX: 6
a. Signes généraux 6
b. Comportement des parents 7
2. SIGNES PHYSIQUES CHEZ L'ENFANT 7
a. Les lésions cutanées 7
b. Les fractures 7
c. Lésions au niveau de la tête 8
d. Syndrome de l'enfant secoué (WSIS) 8
3. SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES ET RELATIONNELS 8
Signaux de maltraitance émotionnelle 8
4. SIGNES DE MALTRAITANCE SEXUELLE 9

5/ PISTES DE PRISE EN CHARGE 9

A/ INTRODUCTION ET ARBRE DECISIONNEL 9
B/ MISSIONS DU MEDECIN 11
1/ Examen physique de l'enfant 12
2/ Accueil de la parole de l'enfant et observation de son état psychologique: 13
3/ Anamnèse soigneuse de l'accompagnateur et évaluation du contexte familial 13
4/ Évaluation de la sécurité de l'enfant 13
5/ Établissement d'un rapport dans le dossier 14
6/ Examens complémentaires 14
C/ METHODOLOGIE 14
1/ Principes de communication 15
2/ Suivi en collaboration avec les parents et avec les services d'aide 15

6/QUEL RESEAU DE COLLABORATION? 16

RESEAU NON SPECIALISE 17
PSE (anciennement IMS) 17
PMS 17
ONE 17
Services de santé mentale 17
INTERVENANTS SPECIALISES EN MALTRAITANCE A ENFANTS 17
Les équipes SOS Enfants 17
SAJ 18
Les autorités judiciaires 18
AUTRES SERVICES: 19
Écoute enfant de la Communauté Française : 103 19
Childfocus 110 19
Télé accueil :107 19
Maisons maternelles 19

7/ SIGNALEMENT? 19

L'hospitalisation de l'enfant 19
Hors urgence 19

8/ PISTES POUR LA PREVENTION 20

CONCLUSION 21

BIBLIOGRAPHIE INDEXEE DANS LE TEXTE 23
AUTRES REFERENCES AYANT ETE UTILISEES POUR L'ELABORATION DU GUIDE 24

1/Introduction

La violence subie durant l'enfance peut avoir des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale. La maltraitance à enfant est un problème fréquent mais sous-diagnostiqué

Le médecin généraliste est l'intervenant privilégié qui connaît la famille dans son «milieu naturel», à domicile. Il a donc l'occasion d'observer la dynamique familiale, y compris dans les moments de vulnérabilité, et d'en observer l'évolution au cours du temps. A condition de prendre la distance nécessaire, il peut donc jouer un rôle central pour prévenir la violence ou, en collaboration avec d'autres intervenants, la faire cesser et assurer ensuite le suivi de l'enfant et sa famille.

Il est évident que chaque situation est particulière et que ce guide ne pourra apporter de réponse toute faite à chacune d'entre elles. Il tentera de présenter des indices qui doivent attirer l'attention, quelques pistes de prévention et de prise en charge ainsi que des précisions concernant les services d'aide existants.

Le texte ci-dessous fut développé dans le cadre d'un projet subsidié par l'autorité fédérale en 2003, à partir des données d'une étude belge, de la littérature internationale et de l'avis de divers experts. Ce texte a été évalué par des médecins dans le cadre de leur Glem et critiqué par plusieurs professionnels de l'aide aux enfants maltraités. Suite à une évaluation critique en 2005 il a été réédité.

2/Qu'entendons-nous par maltraitance à enfant?

Aucune définition ne rassemble un consensus étant donné la complexité des phénomènes et la diversité des lectures possibles: que l'on soit parent, magistrat, médecin, assistant social, ... les limites entre «bientraitance» et «maltraitance» restent très subjectives. L'histoire personnelle, les affects, son propre tempo dans le cycle de la vie orientent aussi la position que chacun va occuper par rapport à la définition. Quelque soit le type d'éducation donnée, il est quasi unanimement admis que les méthodes disciplinaires humiliantes peuvent être considérées comme des manifestations de violence. La maltraitance à enfant dépasse tout concept de culture, de mentalité ou d'évolution historique.
Ci-dessous, la définition retenue par l'OMS:

«La maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir[1]».

Formes de maltraitance d'enfants

- **La maltraitance physique** comprend toutes les actes responsables de lésions "non accidentelles" dont peuvent être victime les enfants: coups, brûlures, coupures volontaires, …
  Le syndrome du bébé secoué résulte du secouement des bébés (< 15 mois) donnant des lésions cérébrales se manifestant par vomissements seuls ou avec convulsions, irritabilité, fontanelle bombée voire paralysie; les séquelles peuvent être irréversibles. Ce syndrome n'est pas toujours le fait d'une maltraitance volontaire!
- **La maltraitance psychologique** est une attitude parentale souvent répétitive et volontaire qui porte préjudice au développement intellectuel, affectif et social de l'enfant. Quelques exemples pour illustrer cette définition: dénigrer sans cesse l'enfant, le ridiculiser, mépriser ses succès, le priver de contacts sociaux, etc. Il

[1]OMS, Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, 1999.

arrive qu'une seule phrase, comme «*tu ne seras jamais bon à rien!*» ait de graves conséquences à court ou à long terme.

- **La négligence psychologique et émotionnelle** est présente lorsque l'enfant ne reçoit pas assez d'attention, d'affection et/ou de sécurisation. Grandir suppose en effet une réciprocité émotionnelle entre l'enfant et l'adulte, mais aussi un soutien responsable offert par l'adulte à l'enfant sans que ce dernier lui en soit redevable.
- **La négligence matérielle** est caractérisée par un manque de soins (vêtements non adaptés au climat, temps de repos et/ou de repas insuffisant, soins médicaux insuffisants, mauvaises conditions sanitaires, risques inacceptables vu l'âge …) alors que les conditions culturelles, sociales et économiques ne justifient pas cette attitude.
- **La violence sexuelle**: implication de mineurs dans des gestes sexuels inappropriés pour leur âge et leur développement ou pour lesquels ils ne peuvent donner leur consentement. La maltraitance ne se manifeste pas seulement par une pénétration sexuelle, mais peut prendre la forme d'exhibitionnisme, de voyeurisme, d'implication dans la découverte et/ou la création de matériel pornographique, d'attouchements ou de caresses, de contact orogénital ou anal[2]. Le plus fréquemment, les sévices sexuels se produisent au sein de la famille dans une ambiance de chantage et de prise de pouvoir sur l'enfant.
- **Autre forme particulière de maltraitance**: **le syndrome de Münchausen par Procuration**
  La personne qui a la garde de l'enfant (par ailleurs en bonne santé) simule une affection (colorant rouge dans son urine, …), décrit des symptômes qu'aucun témoin n'a constaté (convulsions, …), provoque les signes d'une affection (excès de sel dans les aliments, …) ou encore induit des allégations, par exemple de maltraitance sexuelle. Cette forme de maltraitance est rare mais elle peut entraîner une importante morbidité ou mortalité chez l'enfant. Il faut penser à ce diagnostic chez les personnes qui n'arrêtent pas de consulter pour des raisons douteuses.

La maltraitance à enfant apparaît rarement sous une forme isolée. Les formes combinées sont plus souvent la règle que l'exception. Ainsi, tout sévice physique perturbe l'équilibre psychique de la victime.

Prévalence

La prévalence exacte de la maltraitance à enfant en Belgique n'est pas connue: beaucoup de situations sont difficiles à repérer. La grande majorité (certains avancent le chiffre de 80%) des formes de maltraitance envers les mineurs d'âge se déroule dans le cercle familial de l'enfant. Elles sont rarement signalées par l'enfant qui ne souhaite pas qu'un membre de sa famille soit puni, ni que l'unité familiale s'écroule.

[2]American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse, 1993

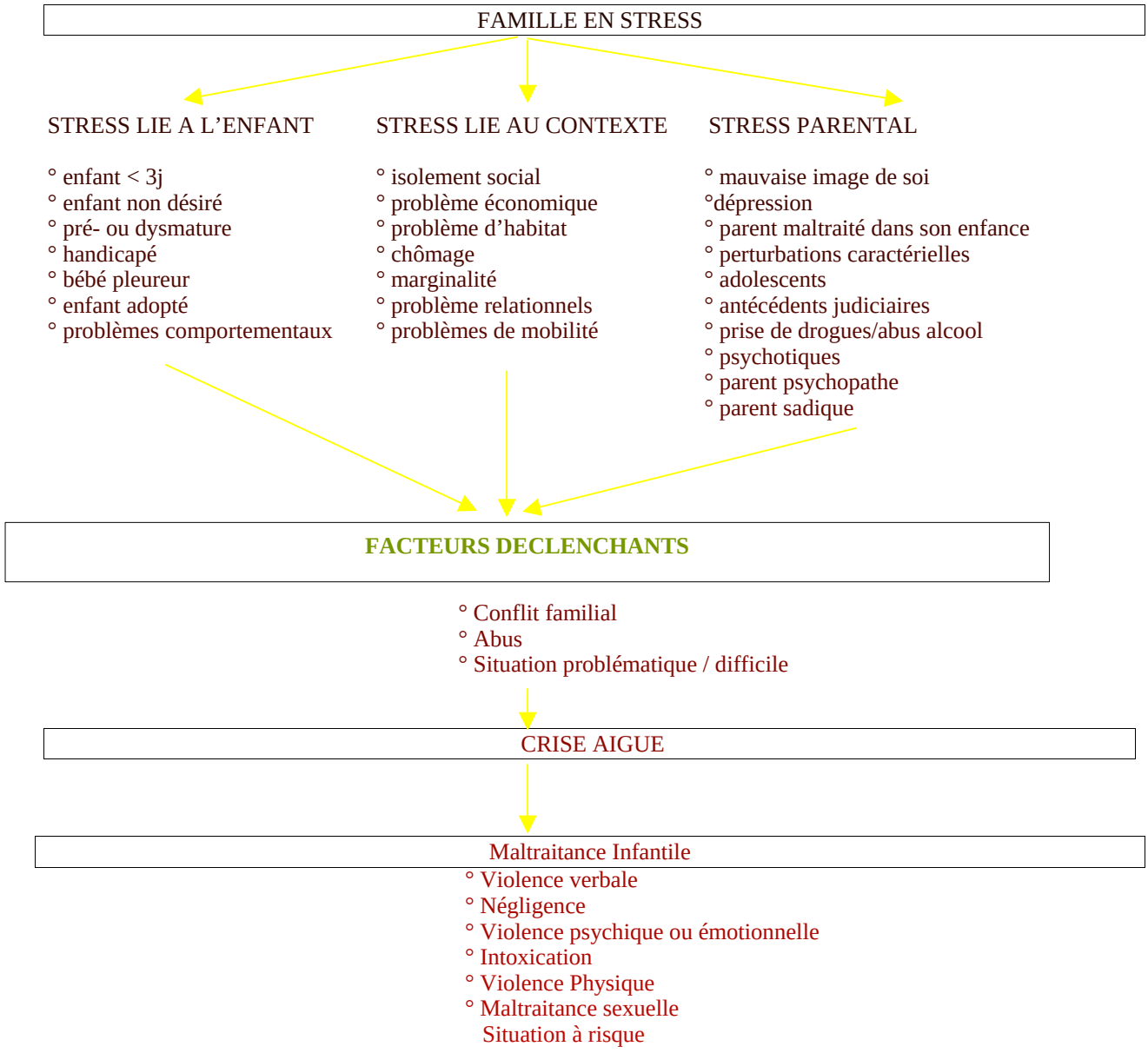
3/Éléments étiologiques ?

La maltraitance infantile est déterminée par de nombreux facteurs et n'a pas une seule étiologie (GIL D. G., 2003)
Dans la grande majorité de ces situations, on peut retrouver une constante: il existe des problèmes relationnels amenant de la souffrance chez un ou plusieurs membres de la famille, que ce soit au sein du couple, entre enfants, parents ou grands-parents ou encore entre famille et entourage.

Facteurs de vulnérabilité

Les différents facteurs de vulnérabilité repris ci-dessous peuvent à la fois favoriser et être conséquence d'un climat maltraitant au sein de la famille. Ils sont cités ici pour attirer l'attention sur des points qui peuvent faire souffrance pour les adultes comme pour les enfants.

PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DE LA VIOLENCE DANS UNE FAMILLE EN CRISE.



4/ Signes ou symptômes de maltraitance

En état de dépendance et d'immaturité relative selon l'âge, l'enfant se plaint rarement lui-même quand il a été maltraité.
Cependant, il est possible de détecter un risque de maltraitance à partir d'attitudes ambiguës des membres de la famille. Sans signe manifeste, c'est souvent au début seulement un sentiment de malaise qui assaille l'intervenant (inquiétude, voire suspicion éprouvée par rapport à la situation de l'enfant). Voici ci-après, quelques indices qui doivent vous faire envisager dans votre diagnostic différentiel une éventuelle maltraitance. A noter que d**e nombreux symptômes peuvent être indices de maltraitance, mais peu sont pathognomoniques.** En cas de suspicion mais en absence de certitude concernant une maltraitance éventuelle, vous pouvez, si la suspicion est grande, faire part de votre inquiétude. Il vaut mieux préalablement pratiquer une anamnèse fouillée en comparant si possible les dire de plusieurs membres de la famille (des contradictions cadrent avec la maltraitance)

Attention: il s'agit d'une liste non exhaustive de signes de maltraitance.
Cette liste peut tout de même être trompeuse.
«En effet, si dans la pratique nous retrouvons une série de signes récurrents tant physiques que psychologiques, certains enfants, pourtant victimes de mauvais traitements ou d'abus sexuels graves ne vont présenter aucun de ces symptômes. De même, un autre enfant pourra présenter l'un ou l'autre de ces symptômes sans que la cause en soit le mauvais traitement»[3].

1.Signes généraux et comportementaux:

a. Signes généraux

- Les **contradictions** entre le "récit" des parents et celui de l'enfant.
  Discordance entre les symptômes et l'anamnèse
  Anamnèse variable dans le temps
- **Délai** entre l'événement et la consultation du médecin.
- Changements d'école et/ou **déménagements** fréquents
- **Changements fréquents** de médecin ou d'hôpital (shopping médical)
- **Récidives** de lésions, plaintes et/ ou symptômes
- Aggravation de l'état des blessures
- Modification récente de la situation familiale, tel le repli de la famille (les parents qui maltraitent leur enfant, se détournent des contacts sociaux, et s'isolent)

Cartographie de la famille par le MG
Le médecin généraliste peut être le «mieux placé» pour réaliser le portrait de famille, pour s'interroger au sujet de cette dynamique familiale, de la capacité des membres de cette famille à prendre soins les uns des autres..

Concrètement, **il s'agit d'observer les frontières qui séparent les générations** (qui décide dans cette famille?, quelle place est donnée à chacun, …), **le respect au sein du couple** (ce qui s'observe dans le discours sur l'autre: comment Madame parle de Monsieur et vice versa), **le statut de l'enfant** (enfant sujet ou enfant objet?; comment les parents parlent de lui?; Quelle place occupe l'enfant dans la tête de son père? et de sa mère?Y a t-il des règles dans la famille ou tout y est-il permis?, existe-t-il une loi du silence?)

[3]Brochure de présentation des équipes SOS Enfants, 2005.

b. Comportement des parents

Il faut penser à la maltraitance infantile en présence des comportements suivants surtout s'ils se présentent simultanément. Attention cette liste est non exhaustive!
Attirent-ils toujours l'attention sur leurs **propres** problèmes?
Un des parents semble-t-il soumis à l'autre et donne-t-il l'impression de ne pas pouvoir dire ce qu'il sait?
Se **plaignent-ils** beaucoup de leur enfant?
Réagissent-ils de façon **agressive** lorsque vous voulez parler de leur enfant?
Ont-ils un **comportement de fuite, d'évitement** dans beaucoup de situations? (réponses évasives aux questions et aux interpellations, évitent que leur enfant soit examiné par le PSE.)

2. Signes physiques chez l'enfant

Les **lésions corporelles**. Il est indispensable de noter la morphologie, les formes et les dimensions des lésions, ainsi que leur dénomination exacte.

a. Les lésions cutanées

- **Les hématomes et ecchymoses** sont souvent précurseurs de formes plus graves de maltraitance.
  Outre la localisation des hématomes, des indices spécifiques, comme l'ancienneté des lésions cutanées (couleur de l'ecchymose?), l'âge de l'enfant (début de la marche?) facilitent leur détermination étiologique[4].
  Un **diagnostic différentiel** doit être fait avec les anomalies de la **coagulation (maladies sanguines) et de la pigmentation** (taches mongoloïdes), avec les réactions allergiques et toxiques et avec des traitements alternatifs (acupuncture, mésothérapie, …). Un bilan de coagulation s'avère indispensable.
- **Les différentes formes de lésions cutanées** suspectes permettent parfois de cerner leur étiologie:
  - de multiples lésions linéaires ou incurvées (courroie, corde)
  - des taches bleues ovales (pression des doigts ou du pouce)
  - l'impression rouge/ bleutée persistante des doigts de l'agresseur après avoir frappé l'enfant avec une main ouverte
  - traces de morsures humaines (la taille de l'empreinte révèle l'âge de l'auteur)
  -lésion circulaire (garrot) surtout au poignet (enfant ligoté).
  - bâillon (blesse les commissures de la bouche)
- **La localisation des lésions cutanées** peuvent attirer l'attention notamment sur les faces externes des bras et avant-bras (l'enfant se protège) . Les lésion accidentelles sont fréquentes sur les surfaces osseuses: le menton , les genoux, les coudes, le front. Elles sont plus rares au niveau de l'abdomen, des organes génitaux, des cuisses, des fesses ou de la bouche.[5]
- **Les brûlures :** Des brûlures de cigarettes ou dues à l'eau chaude[6]. Plus particulièrement, les brûlures aux cuisses, aux parties génitales, aux mains et aux pieds de petits enfants doivent attirer l'attention. Des brûlures aux mains symétriques et à bord supérieur linéaire(gants) chez des enfants assez âgés pour retirer leurs mains rapidement. Les petites brûlures rondes (bulbeuses ou nécrosées) résultant de l'application d'une cigarette sont aussi caractéristiques. Notons que le diagnostic de brûlure est particulièrement difficile à réaliser, les brûlures s'infectant très rapidement.

b. Les fractures

- Les **fractures** accidentelles sont très rares chez des **enfants de moins de deux ans** .
  Elles sont présentes chez 1/3 des enfants abusés.
- Pour les os longs, la fracture se situe au niveau de la **diaphyse** en cas de maltraitance, tandis qu'elle se situera plus souvent au niveau du cartilage de croissance en cas d'accident.
- De nombreuses fractures, **à différents stades de guérison**, sont des preuves pathognomoniques de maltraitance (aspect du col du femur?).
- Fracture de l'extrémité distale de la clavicule et/ou acromion: très suspect
- Fractures de côtes: 90% des côtes fracturées volontairement le sont chez des enfants < 2 ans
  : 90% des côtes fracturées involontairement le sont chez des enfants > 2 ans.

---

[4] Green A.H. "A Psychodynamic Approach to the Study and Treatment of Child Abusing Parents" J.Child. Psych., 1976 vol 3 pp 414-429
[5] GEUBELLE F., 2002
[6] Avec de l'eau à 60° (chauffe eau), il faut 3 sec pour atteindre un 2ème degré et 15 sec pour atteindre un 3ème degré.

c. Lésions au niveau de la tête

- Un hématome du pavillon ou une déchirure du tympan peuvent être la conséquence de coups. De même, la maltraitance peut être cause de lésions oculaires, nasales ou buccales (hématome ou plaie au palais chez un enfant forcé de manger avec une cuillère).

d. Syndrome de l'enfant secoué (WSIS)

- Le diagnostic de WSIS doit être envisagé pour chaque nourrisson qui présente des **convulsions inexpliquées**, une **irritabilité excessive**, ou qui présente une **fontanelle bombée**, une **paralysie**, des violents **vomissements** isolés ou en conjonction avec d'autres symptômes. Secouant violemment le petit bébé (par exemple parce qu'il pleure sans cesse), l'adulte provoque des hémorragies cérébrales et/ ou rétiniennes parfois associés à des fractures au niveau de la corticale des os longs mais sans signe extérieur de violence aux membres mêmes (pas de fractures avec déplacement ni d'hématome, ni de lésions cutanées). Si l'hématome sous-dural est volumineux, les symptômes surviennent dans les quelques heures qui suivent. Mais les symptômes peuvent aussi apparaître des semaines après le traumatisme.

3. Symptômes psychologiques et relationnels

Les divers **troubles de développement**, des **troubles du sommeil**, des **troubles alimentaires** (anorexie, vomissements,..) et **du comportement** sont à prendre en compte dans le diagnostic différentiel. **L'agressivité de l'enfant est dans bien des cas un signe de dépression.**
Des plaintes comme des céphalées ou des douleurs abdominales, de l'hyperventilation ou des vertiges peuvent être signe de souffrance d'origine psychologique.
L'attitude de l'enfant en consultation, sa relation avec le médecin peuvent être révélatrices de dysfonctionnements à la maison. (absence de limites, l'enfant regarde ses parents avant de parler, a peur que le médecin l'approche ou au contraire, un jeune enfant qui n'a pas de réserves par rapport à l'examinateur.
Remarque: On imagine rarement à quel point l'enfant peut parfois garder le secret d'une maltraitance grave pour protéger ses parents.

Signes de souffrance psychique de l'enfant de 0 à 3 ans

- Atonie psychique repli sur soi-même, sans curiosité ni ouverture à l'environnement que l'on observe habituellement chez les enfants qui se développent «normalement».
- Apathie ou hyper-agitation psychomotrice
- Retrait interactif et absence d'engagement dans l'échange, dans la relation.
- Relation à l'autre: observer comment l'enfant modifie son comportement vis-à-vis d'un étranger ou vis-à-vis de quelqu'un de familier.

Signaux de maltraitance émotionnelle[7]

	Comportement des parents	**Enfant**
Signaux	L'enfant est rejeté ignoré Isolé Terrorisé Acheté Privé de contacts sociaux Dévalorisé	agressivité retard de croissance angoisse perte d'estime de soi/ autodestruction passivité recherche d'affection hors du milieu familial difficultés scolaires manque d'adaptabilité sociale repli agressif troubles du sommeil

[7]GARBARINO J, C, 1986

4. Signes de maltraitance sexuelle

Le survol suivant peut aider à dépister une agression sexuelle.

Tableau 5. Types de présentations lors d'abus sexuel (ORR D. P., 1980)

Suspicion :
Plainte d'abus sexuel
Germes de maladie sexuellement transmissible avec ou sans signe clinique au moment de l'examen
Traumatisme dans la région génitale (souvent non déclaré avant l'examen) (surtout fourchette postérieure)

Possibilité
Vaginites récidivantes (faire les écouvillons nécessaires pour rechercher le chlamydia trachomatis (présent chez 30% des adultes sans symptômes) et le gonocoque [8]
Intérêt sexuel précoce, hypersexualité, masturbation compulsive,
Souci excessif des parents pour les parties génitales de leur enfant
Grossesse non désirée d'adolescente

Signes non-spécifiques
Tous les comportements dérivant de la maltraitance et particulièrement les problèmes d'apprentissage, le fait de s'isoler ou de se renfermer (notamment par manque d'estime d'eux-mêmes, honte et sentiment de culpabilité)
Fugue d'enfant
Énurésie secondaire ou autre comportement régressif (anorexie - boulimie)
Dépression, tentative de suicide

Comportements possibles lors de l'examen:

Un enfant a une peur réelle de contacts physiques ou montre une attitude sexuelle provocante.
Il montre un intérêt anormal pour le sexe ou emploie des termes qu'un enfant de son âge ignore normalement. Il peut reproduire des scènes lors de ses jeux (poupées par exemple).
Il ne prend pas plaisir aux jeux et aux activités physiques.
Il a des problèmes d'alimentation, de défécation, des infections urinaires ou des douleurs lorsqu'il court ou veut s'asseoir.

5/ Pistes de prise en charge

A/ Introduction et arbre décisionnel

La prise en charge ambulatoire de la maltraitance n'est évidemment pas aisée. **Mais l'impression d'être devant une situation inchangeable ou de se sentir soi-même dans une impasse ne justifie pas que l'on ne fasse rien**. Selon le lien qui vous unit à la famille (lorsqu'on la connait bien, on peut parfois prendre le temps, prendre du recul afin de mieux l'accompagner), la gravité des faits, l'âge de l'enfant (plus l'enfant est petit, plus il faut agir vite et avec fermeté) ou encore la collaboration des parents, les démarches à entreprendre vont différer. **Il n'y a donc pas seule manière d'agir**; ce guide n'a pas la prétention d'apporter des solutions toutes faites, il apporte seulement quelques pistes de réflexions en ce qui concerne l'accompagnement des familles maltraitantes.

[8] Le gonocoque est moins fréquent que le chlamydia.
Dans les 2 cas, l'envoi au laboratoire doit se faire dans les heures qui suivent le prélèvement. La recherche de chlamydia demande un écouvillon spécifique (à garder au frigo et vérifier la date de péremption)

1/ évaluation de l'état physique de l'enfant
(DD Trauma , trouble de coagulation)
séquelles, autres lésions, localisation, évaluation de l'urgence

2/ évaluation psychologique de l'enfant
de la dynamique familiale
(signes comportementaux, troubles de développement)

3/ anamnèse de l'adulte accompagnant
concordance entre les explications données et les observations
sa perception des divers problèmes de l'enfant

MALTRAITANCE PEU PROBABLE MALTRAITANCE

SUIVI ACTIF

DOUTE SUBSISTE QUANT A UNE POSSIBLE

4/ évaluation de la sécurité de l'enfant[9]
évaluer le degré d'urgence physique ou psychique
évaluer la protection de l'enfant face au risque de récidive **(P)**
évaluer la collaboration des adultes responsables de l'enfant **(C)**
Communiquez votre inquiétude aux parents et à l'enfant :

Prise en charge

C+ P+
Gestion de la situation
Au sein de la famille

C- P+
Gestion de la situation au sein de la famille
SI
Pas de contact avec l'adulte maltraitant

C+P-
Pas tenable
à long terme

C+P-
Signalement
SAJ/SPJ[10]

Urgence
physique
psychique
ou risque majeur de récidive

HOSPITALISATION

Collaboration avec : SOS enfant , ONE, PSE, PMS, SSM

[9] «Par collaboration, on comprend une **reconnaissance par chacun des faits portés** à l'encontre du mineur et une **acceptation réelle, honnête, du programme de prise en charge** proposé.
Par protection, il faut entendre une certitude quant à la non-récidive de l'abus et l'évitement de pressions physiques ou morales sur l'enfant. , in HAYEZ J Y, DE BECKER E., 1997, p.306

[10] Signaler au SPJ si le Tribunal de la Jeunesse est déjà intervenu au bénéfice de cet enfant. Autres cas : au SAJ

B/ Missions du médecin

Rôle du médecin selon SOS-enfants

Au printemps 2003, des médecins de 6 équipes SOS Enfants ont été interrogés à ce sujet. Voici, en 5 pistes, leur perception du rôle du médecin de famille:

1. Identifier la maltraitance

Ne pas se voiler la face**. Oser la penser** . Jouer son rôle d'intervenant de première ligne, de filtre.
Tenter de décoder les signes et comportements.

2. Avoir une communication franche et respectueuse vis-à-vis de ses patients.

Il s'agit d'avoir un discours clair, précis, non jugeant mais indiquant bien la responsabilité du médecin face à une situation d'enfants en souffrance ou en danger.
Il faut oser faire part de son inquiétude, au risque d'aboutir à un conflit avec les parents car le but est de faire cesser la maltraitance. En faisant part de son inquiétude, on protège déjà l'enfant dans la plupart des cas, car s'il y a effectivement maltraitance, l'adulte qui en est responsable «sait que l'on sait» et va modifier son comportement.

3. Écrire un constat précis,

Écrire un constat précis est nécessaire sous peine de n'être pas pris en considération. Il ne s'agit pas de délivrer une attestation qui préciserait l'auteur des lésions constatées!
Ce constat pourra être utile par la suite, selon la tournure que prendront les évènements, car à ce stade, personne ne sait si la situation ira jusque devant un tribunal. Une retranscription précise des données objectives et subjectives doit être reprise au dossier. (Les données subjectives sont inscrites dans les «notes personnelles»)

4.Ne pas rester seul et inactif

Anticiper. Renvoyer le questionnement vers les autres sphères de la vie de l'enfant, en prenant contact avec l'école par exemple. Se faire assister d'instances et de collègues compétents. (Une simple communication téléphonique suffit parfois)
Chaque démarche doit davantage s'inscrire dans une logique d'aide plutôt que de contrôle (préoccupation pour le vécu de l'enfant et de ses parents)

5.Soit transférer la situation si on ne se sent pas compétent, soit organiser un réseau multidisciplinaire autour de la famille.

Le rôle de chacun doit être alors clairement défini.
Ne pas se décharger du cas en écrivant «Je vous signale…»
Pouvoir dire à la famille: «*Il faut qu'on en parle avec d'autres..*».
Il est important que le médecin précise les limites de son art, de sa pratique, son champ de compétences et donc qu'il est invité comme médecin à faire appel à une équipe pluridisciplinaire pour mener à bien l'évaluation nécessaire.

La succession des démarches nécessaires face à une situation de maltraitance n'est pas différente de celle des étapes de la prise en charge d'une affection somatique:

- Réaliser l'anamnèse du patient et son entourage,
- Évaluer l'état physique de l'enfant par un examen clinique
- Apprécier rapidement le niveau de gravité et la nécessité d'un geste urgent,
- S'intéresser à l'état psychique de l'enfant,
- Recourir à des examens para-cliniques si nécessaire,
- Élaborer un rapport médical complet
- Programmer les mesures thérapeutiques en collaboration avec une équipe multidisciplinaire.

La nature de ces démarches diffère; leur charge émotionnelle aussi. Mais l'écoute active, l'empathie, la patience, la «rigueur» et la précision des actions menées pour leur faire face, sont tout aussi nécessaires.
L'enfant doit toujours rester le centre des préoccupations. La procédure d'aide doit être appropriée à ses questions et son insécurité. Il faut savoir que les enfants les plus en danger sont les bébés! Plus l'enfant est petit, plus il faut agir vite et avec fermeté.

Tout au long de ces démarches, tenir un discours clair, précis, non jugeant mais indiquant votre responsabilité en tant que médecin face à une situation d'enfant en souffrance, en danger

Le soignant doit toujours garder en tête la maltraitance comme diagnostic différentiel lorsqu'il se trouve face à son patient, quelles que soient ses plaintes, son origine sociale et familiale. En d'autres termes, il faut **oser penser la maltraitance**…

1/ Examen physique de l'enfant

Examen général

Ne vous laisser pas anesthésier par les discours ou l'émotion au risque de ne pas examiner l'enfant!

Devant toute suspicion, il faut l'examiner de la tête au pied afin de déceler les signes physiques éventuels ainsi que d'évaluer la gravité des conséquences de ces sévices.

Il convient ici de dresser une description détaillée des lésions, leur emplacement, leur importance, leurs dimensions et leur ancienneté. Une constatation objective se distingue de ce que l'on dit de l'origine des lésions.

Examen physique suite à une maltraitance sexuelle

Les signes cliniques sont relativement rares chez les enfants abusés: l'abuseur veille, le plus souvent, à éviter toute douleur à la victime.

Dans les 48 heures après la maltraitance sexuelle, on peut retrouver sur le corps de la victime des sécrétions (de la salive par exemple) et des fibres de vêtements de l'agresseur (si elles n'ont pas été éliminées lors de la toilette quotidienne).

Après une agression sexuelle avérée, lorsque la Justice en est avertie, l'examen médical sera réalisé par un médecin légiste qui sera requis uniquement par le Magistrat du Parquet ou par le Juge d'Instruction. La victime (ou son représentant?) doit donner son accord à la réalisation de cet examen. Une disposition légale est peu connue: un médecin choisi par la victime, peut être présent lors de cet examen médical et ses horaires sont considérés comme frais de justice.

Lors d'une suspicion d'abus, récent ou ancien, la présence de germes de maladies sexuellement transmissibles sera suspectée et des échantillons de sécrétions (vaginales, anales, pharyngées) seront prélevés par le médecin consulté. Ces infections peuvent être longtemps asymptomatiques et certains germes (la Chlamydia par exemple) peuvent persister pendant plusieurs mois.

«Quelque soit l'âge de la victime, l'anus doit être examiné soit en décubitus latéral soit en position génupectorale. On note la présence d'une dilatation, de fissures, de déchirures ou de condylome. Une béance de plus de 15 mm de diamètre, observée en position génupectorale après moins de 30 secondes d'observation est anormale pour autant qu'il n'y ait pas de selles visibles et en l'absence d'un problème neurologique pouvant causer une anomalie anale.[11] »

S'assurer de l'intégrité de l'hymen demande une bonne connaissance des organes génitaux des fillettes. Mais toute déchirure, saignements, ecchymose ou hématome vulvaire doivent être décrits soigneusement. Il sera donc préférable de référer l'enfant à un(e) gynécologue ou un(e) pédiatre qui en aurait l'expérience pour réaliser l'examen de l'hymen.

Note:

Une fille doit elle nécessairement être examinée par un médecin du même sexe?

Il n'y a pas de consensus sur le fait que l'examen gynécologique doit être absolument pratiqué par un médecin de sexe féminin. Rappelons que cet examen a, bien sûr, comme intention première de relever des éléments de preuves mais également - et ce n'est pas une mission accessoire- de participer à la restauration de l'enfant (image de soi,

[11] Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique, sous la direction de M L WEBER, presses de l'université de Montréal, DOIN éditeur, 2001, p. 933

image du corps, ..) car nombre d'enfants touchés sexuellement ressentent des appréhensions à propos de maladies et d'impacts à long terme sur leur corps et leur sexualité.
Si l'enfant est accueilli dans un service d'urgences, il vaut mieux que le médecin qui le voit pratique lui-même l'examen ou trouve facilement un collègue qui en a l'expérience, plutôt que de chercher à tout prix un médecin féminin au détriment de l'enfant qui attendra de longues heures sans être réellement pris en charge!.
Dans tous les cas, mieux vaut être deux pour pratiquer cet examen: la présence d'un témoin évitera que les parents puisse accuser le médecin d'être l'auteur des symptômes présentés par l'enfant.

2/ Accueil de la parole de l'enfant et observation de son état psychologique:

A ce niveau, **il est important de reconnaître ses limites**. Il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir s'adresser à un enfant, qui plus est quand il est très jeune! Si l'enfant est mutique, si la présence de ses parents ou un conflit de loyauté l'empêche de parler, s'il est très angoissé, cherchant à fuir le bureau de consultation, l'entretien peut ne durer que quelques minutes et le médecin peut tenter de rassurer l'enfant, de l'apprivoiser s'il ne le connaît pas, en posant quelques questions ouvertes ou en formulant quelques hypothèses.
Le tout est de ne pas forcer la parole de l'enfant, de le respecter dans son silence et dans son rythme.
C'est l'enfant qui en définitive décidera de se confier ou non. Il ne s'agit nullement d'une incompétence du médecin si l'enfant ne parle pas.
Par contre, il est bien placé pour **observer l'enfant durant la consultation**:
Quel est son comportement?
Quel est son développement psychomoteur?
Quelles sont ses attitudes face à ses parents, le médecin, l'examen?
Il est important de **noter ses observations, son ressenti face à la situation ainsi que les dires de l'enfant et de son entourage.**
Une analyse psychologique plus fouillée peut s'effectuer ultérieurement par un collaborateur spécialisé, un service de santé mentale ou un service pédopsychiatrique[12]. Une telle analyse peut être aussi effectuée par une équipe SOS-Enfants si la situation lui est signalée.

3/ Anamnèse soigneuse de l'accompagnateur et évaluation du contexte familial

L'adulte qui accompagne l'enfant sera interrogé sur l'origine des lésions éventuelles, sa connaissance du problème, ses constatations objectives et, lorsque le cas se présente, le fondement de ses soupçons.
Il faut **veiller à ne pas induire ses réponses ni être porteur de reproches.**
Commencer par des questions neutres
«*Comment s'est déroulée la grossesse?*»
puis se diriger vers d'autres plus orientées
«Était-*ce un bon moment pour vous cette naissance?*»,
«*N'avez-vous jamais pensé que quelque chose n'était pas habituel chez votre enfant?*»,…
Un temps peut être également consacré à une discussion au sujet du contexte familial dans lequel évolue l'enfant.

4/ Évaluation de la sécurité de l'enfant

L'estimation de la sécurité est sans aucun doute la **partie la plus délicate du travail**. **Le fait d'évoquer le malaise ou d'ouvrir au questionnement initie la crise qui elle-même impose l'intervention.**
Mais il demeure impensable de guérir ou soigner, si l'enfant continue à subir des violences ou des pressions physiques et morales lorsqu'un abus est révélé.

[12] Une estimation de l'aptitude à suivre les activités scolaires doit être établie. Mais l'aptitude à l'école est aussi difficile à interpréter. Certains enfants maltraités investissent beaucoup l'école, seul lieu où ils se sentent respectés et reconnus pour leurs capacités. D'autres, brimés à la maison, n'ont pas l'énergie de s'investir à l'école.
Il arrive qu'une baisse brutale des résultats scolaires soit en rapport avec une accentuation de la violence à la maison.

Il faut apprécier sans tarder la gravité de la maltraitance et le danger immédiat de récidives que court l'enfant. Il est impossible de donner des critères à ce sujet, chaque situation étant particulière. Au moindre doute, il convient d'évaluer sa perception auprès d'un tiers (confrère ou équipe SOS-enfant). Relevons toutefois que le nourrisson est très fragile et qu'il génère énormément de stress chez ses parents. En cas de doute quand à sa sécurité, le nourrisson doit être hospitalisé (possibilité pour ses parents de rester à ses côté.)

5/ Établissement d'un rapport dans le dossier

Ce rapport sera placé sous le strict secret médical et conservé au dossier. Il sera aussi précis et détaillé que possible.
Notez:

les faits et les observations objectives
les propos de l'enfant et ceux de son entourage
vos impressions générales
le discours que vous avez tenu à la famille et la réaction de chacun des intéressés
vos démarches ultérieures.

Un constat des lésions peut être établi à la demande du parent qui accompagne l'enfant, constat qui sera conservé au dossier.
Les différents éléments du constat:

Le nom de l'enfant la date de la constatation,
«A la demande de …. Je constate que… »
Les lésions constatées, leur nature précise (griffure, ecchymose, hématome, écorchure,…), leur localisation et leur taille sont décrites.
L'état psychique du patient au moment du constat
Suite au traumatisme, une incapacité est prescrite du… au… sous réserve de l'évolution.

Et, si le parent insiste, on peut ajouter « Le patient (ou un tel) me dit que ses traumatismes seraient dû à … ». Les circonstances doivent obligatoirement être écrites au conditionnel! Cette déclaration n'a aucune valeur juridique.

6/ Examens complémentaires

Lors d'une suspicion de fracture ou d'une autre lésion chez un enfant de moins de 2 ans, il faut demander un squelette complet de routine (8 clichés)
En cas de lésions cutanées: bilan de coagulation
Syndrome du bébé secoué: fond d'œil et écho par la fontanelle (ou scanner).
Maltraitance sexuelle avérée, ancienne ou récente, «judiciarisée»: un médecin choisi par la victime peut être présent à ses côtés lors de l'examen réalisé par le médecin légiste. [13]
Suspicion de maltraitance sexuelle récente ou ancienne: même en l'absence de signes cliniques, prélèvements bactériologiques (Chlamydia, Gonocoques, ...) et examens sérologiques au moins 6 à 12 semaines après la maltraitance suspectée.

C/ Méthodologie

Tout au long des interventions, le médecin doit veiller à informer l'enfant et ses responsables de ses actions et des mesures adoptées pour aménager la sécurité de l'enfant. Obtenir la collaboration des parents et de l'entourage passe par une attitude de préoccupation pour l'enfant et pour eux-mêmes.

[13] Le médecin légiste sera requis, uniquement, par l'Autorité Judiciaire.

1/ Principes de communication

♦***Entretien avec les enfants***

Très peu d'enfants parlent des maltraitances qu'ils subissent. Ils craignent que personne ne les croie, que leur famille se disloque, que la situation empire ou de blesser leurs parents. (L'auteur des faits le persuade que c'est par amour et pour son bien...).
L'enfant reste attaché à ses parents quoique ceux-ci lui aient fait. C'est la fragilité que l'enfant perçoit d'eux qui le met en position de soignant à leur égard.

Lorsque l'enfant est apte à soutenir une discussion, le clinicien prévoit un entretien confidentiel. La présence d'un témoin professionnel peut être trouvée dans la plupart des centres. La collaboration avec d'autres intervenants professionnels comme le PMS, un psychologue indépendant ou un service de santé mentale est réalisable pour nombre de généralistes.

1. **Ne promettez pas le secret absolu à l'enfant**. «***Il y a des secrets qu'on ne peut pas garder. Il faut en parler à quelqu'un…*****» Rester dans le secret, au nom du maintien d'une bonne relation, c'est être «complice» et permettre à une situation de maltraitance de perdurer. L'enfant doit percevoir la responsabilité de l'adulte à son égard!**
2. **Montrez votre inquiétude(«*Je crois qu'on fait une erreur avec toi, je me fais du souci à propos de ce que je vois ici ...*»).**
3. **Écoutez l'enfant et croyez-le**; montrez-lui qu'il peut vous faire confiance; laissez-le s'exprimer dans ses propres mots et à son rythme; prenez votre temps.
4. **Ne posez pas de questions qui induisent les réponses. Ne lui demandez pas de détails.** Posez des questions ouvertes. Ne précédez pas les paroles de l'enfant «*Où as-tu mal?*» plutôt que «*As-tu mal au ventre?*», «*Qui t'a fait mal?*» plutôt que «*Est ce que c'est papa qui t'a fait mal?*»…
5. **Acceptez le récit de l'enfant** : montrez-lui que vous appréciez sa confiance en vous.
6. **Confortez l'enfant**: apprenez-lui que ce qui s'est passé n'est pas de sa faute. N'accusez pas ses parents: en général, un enfant demande de les respecter malgré tout. Contrôlez vos sentiments: En effet le récit de l'enfant peut éveiller en vous des émotions importantes, de l'aversion, du dégoût, de la colère. Une attitude neutre renforce la confiance.
7. **Concertation pour les stades suivants** avec l'enfant; confirmez-lui que vous prendrez vos décisions en concertation avec lui.
8. **Assurez-le de votre soutien:** montrez qu'il n'est pas le seul à qui cela arrive et qu'il est possible de l'aider.

♦***Entretien avec les parents.***

Lors de violences familiales, beaucoup de parents ont conscience de la situation et sont prêts à se faire aider au terme d'une conversation ouverte. En effet, dans pas mal de cas, la maltraitance à un appel inconscient à l'aide, le parent se mettant à frapper parce qu'il n'en peut plus. Il vaut mieux dialoguer avec les parents, pouvoir énoncer ce que l'on perçoit, leur communiquer ses inquiétudes quand à la santé de leur enfant tout en se gardant de les juger. Il est primordial d'établir un dialogue autour du problème observé. **Le point de départ reste le souci commun du bien-être de l'enfant**. Des questions comme «*Que pensez vous des problèmes de votre enfant? Comment peut on vous soutenir?*» sont sans doute des points de départ.

Remarque: Il est important de dire au parents que l'on demande de l'aide à d'autres intervenants. Ne pas «travailler», «enquêter» dans le dos des parents. Un coup de fil peut même se donner devant eux. Travailler dans leur dos, c'est leur manquer de respect et risquer de perdre leur confiance.

2/ Suivi en collaboration avec les parents et avec les services d'aide

♦Selon le type de problème et le degré de gravité, différents types d'aide peuvent être mis en place, toujours dans le but de réduire la tension intrafamiliale et d'aménager la sécurité de

l'enfant. (aide sociale par le CPAS, suivi psychologique**,** garde d'enfant**,** visites à domicile d'une TMS de l'ONE, SAIE, CO…). Pour pouvoir continuer à suivre l'enfant dans le cadre familial, une reconnaissance par chacun des faits portés à l'encontre du mineur et une acceptation réelle, honnête, du programme de prise en charge proposé est nécessaire. Il faut également évaluer le risque de récidives.

♦Rechercher les ressources de l'enfant

Il est important d'aller à la recherche des ressources affectives qui entourent l'enfant: D'autres possibilités d'accueil provisoires en dehors du milieu familial doivent être prévues (en cas d'escalade).

♦Évaluer et tenter d'obtenir une collaboration de l'adulte maltraitant.

Le médecin de famille peut, si la situation se présente bien, l'inciter à suivre une thérapie adéquate. La coordination des différents services d'aide vise non la sanction mais la création d'un contexte soutenant et sécurisant pour permettre aux parents d'oser faire un travail psychique.
Si aucune collaboration ne peut être obtenue, la dénonciation à la justice est alors envisagée. Elle ne peut se faire dans le dos du parent maltraitant. Il faut avoir le courage de le lui dire. Dans le cas contraire, il apprendra de toute façon qui l'a dénoncé par le jeu des avocats qui ont accès à l'entiereté du dossier judiciaire.

♦Rester impliqué

Le médecin doit rester impliqué dans toutes les étapes qui sont franchies, même si elles le sont par le patient ou son accompagnateur en collaboration avec les services d'aide spécialisés. Il ne faut pas nécessairement que la famille informe le médecin de toutes les sessions thérapeutiques, mais du plan préétabli, afin qu'il puisse suivre son patient de manière indépendante. Une telle collaboration avec les services spécialisés exige une concertation des intervenants psycho-médico-sociaux et l'échange des expériences. Si le médecin a l'impression que la situation stagne, qu'il n'y a plus de collaboration, il ne doit pas hésiter à recontacter les services concernés et à réévaluer la situation avec ceux-ci.

6/Quel réseau de collaboration?

Le nouveau décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, du 12.05.2004, précise, (article 3.1) que «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...»
L'article 3.2 dit que «Afin d'organiser cette aide, tout intervenant (...) peut interpeller l'une des instances ou services spécifiques aux fins de se faire accompagner, orienter ou relayer dans la prise en charge: centre PMS, service PSE, l'équipe SOS-Enfants, le conseiller de l'Aide à la Jeunesse...». L'article récent (61) du Code de Déontologie Médicale rappelle le principe d'assistance à personne en danger, sanctionné par l'article 422bis du Code Pénal. Ce même article précise: «Si un médecin soupçonne qu'un enfant est maltraité, abusé sexuellement ou subit des effets graves d'une négligence, il doit opter pour une approche pluridisciplinaire de la situation, par exemple en faisant appel à une structure conçue spécifiquement pour gérer cette problématique».[14]

Pour oser penser la maltraitance, il faut pouvoir porter un regard sur ses propres émotions. La maltraitance est un passage à l'acte sans mots, sans distance. Mettre de la distance, c'est s'arrêter un instant et se poser des questions...

La p**rise en charge de la maltraitanc**e à enfant et de toute forme de violence dans la famille **implique des professionnels de disciplines différentes**. La maltraitance engendre des émotions fortes qu'il est opportun d'analyser et de discuter avec d'autres. Ainsi, les questions suivantes doivent être débattues: Qu'est ce qui m'angoisse vraiment? Quels sont les signes qui m'incitent à penser à la maltraitance? Ceci peut être discuté avec un confrère ou un spécialiste

[14] voir l'article de F. GEUBELLE et A. THIEBAULT en fin de guide

compétent et expérimenté en ce domaine. Le MG peut prendre son téléphone, contacter ses partenaires habituels ou contacter des intervenants spécialisés.
Recourir à un confrère plus compétent dans une pathologie bien spécifique et complexe est aisé: le médecin généraliste le connaît et connaît ses compétences. Il peut donc le décrire au patient, lui et sa manière d'être. Mais recourir à des intervenants médico-sociaux ou psycho-sociaux est beaucoup moins aisé! Qui sont-ils? Quelles sont leurs compétences? Leurs limites? Leurs manières d'agir?

Réseau non spécialisé

PSE (anciennement IMS)

Chaque école travaille avec un centre de Promotion de la Santé à l'Ecole. Les équipes PSE composées d'assistants sociaux, d'infirmier(e) et de médecins (généralistes ou pédiatres). Leur rôle se limite au dépistage. Il est possible de prendre contact avec eux afin de savoir s'ils détiennent d'autres éléments contribuant au diagnostic.

PMS

Chaque école est liée à un centre PMS, par convention. Ce centre est avant tout un lieu de parole et d'écoute pour les élèves, les parents et les enseignants. Il peut aussi jouer un rôle de guidance, et peut aider à poser un diagnostic de maltraitance. Il constitue un relais vers les équipes spécialisées comme les SAJ ou les équipes SOS Enfants.
L'interlocuteur du médecin généraliste sera: un(e) psychologue directeur du centre, un(e) assistant(e) social(e) ou un(e) infirmier(e).
Remarque: Il est conseillé aux établissements scolaires de prendre en charge une situation de maltraitance de la même manière qu'un cas d'appendicite: emmener l'enfant à l'hôpital et prévenir les parents.

ONE[15]

Intervenants de proximité, les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE ont une formation soit d'infirmier(e) social(e) ou d'assistant(e) social(e). Ils assurent le suivi des enfants de 0 à 6 ans. Leur rôle est essentiellement préventif et ils assurent un soutien aux familles plus vulnérables. Ils peuvent se rendre au domicile des personnes avec leur accord. Ils peuvent évaluer le problème en prenant contact avec les intervenants qui connaissent déjà la famille.

Services de santé mentale

(centre de santé mentale et centre de guidance)[16]
Bien qu'ils ne soient pas cités dans le Décret de la Communauté Française (16.03.98), les SSM sont souvent sollicités –dans un second temps- notamment par les équipes SOS-Enfants.
Ils assurent accueil, écoute et soins psychiques à toute personne en difficulté, quel que soit son âge. Les équipes sont généralement constituées de psychiatres, psychologues, assistants sociaux, parfois d'un pédopsychiatre. Elles ne comportent habituellement ni pédiatres, ni juriste ni médecin généraliste. Elles assurent entre autres consultations sur rendez-vous, mais font également un travail de prévention communautaire.

Intervenants spécialisés en maltraitance à enfants

Les équipes SOS Enfants

Ces équipes sont pluridisciplinaires, comme l'institue le décret et ont une action spécifique en matière de maltraitance. Les interlocuteurs dans ses équipes sont: un médecin (pédiatre ou plus rarement généraliste), un pédopsychiatre, un(e) psychologue, un(e) assistant(e) social(e) ou un(e) juriste. L'appel à ces professionnels permet aux médecin généraliste de parler et réévaluer ses impressions, doutes et soupçons, d'être aidé dans sa démarche diagnostique, d'être conseillé dans sa conduite à tenir et de créer un relais pour référer les familles. Les équipes SOS-enfants ne sont pas à utiliser comme passage vers la justice. Le signalement aux autorités doit se faire par la personne qui a été en contact direct avec la situation.

[15] 02/542.15.71
1.
[16] (Ligue Wallonne de la Santé Mentale : 081/23 50 10 ; Ligue bruxelloise :02/511.55.43)

Téléphones des équipes agréées :
Bruxelles: ULB: 02/535.34.25 ; ST-LUC : 02/764.20.90
Brabant Wallon: 067/79.00.99
Hainaut: La Louvière :064/22.41.41 MONS-Borinage : 065/36.11.36 Mouscron: 056/34.70.14 Tournai :069/84.84.05 Mouscron : 056/34.70.14 Charleroi : 071/33.25.81
Namur: SOS Parenfants: 081/22.54.15 Ciney: 083/61.53.53
Liège: Huy : 085/25.02.28 ontégné Me : 04/224.98.56 Verviers: 087/22.55.22 Liège :04/342.27.25
Luxembourg: Bertrix: 061/22.24.60
Trois équipes anténatales implantées dans des hôpitaux : BXL (ULB) : 02/535.47.13, Liège (ULG) : 04/225.65.65, Namur : 081/72.71.80

SAJ

(Service d'aide à la jeunesse en Communauté française).
Instance administrative qui organise et coordonne les dispositifs de l'aide aux mineurs et leur famille avec leur consentement. Les SAJ (un par arrondissement judiciaire) sont un intermédiaire entre les mineurs en difficulté ou en danger et les autorités judiciaires. Il s'agit d'assistants sociaux et d'agents administratifs. Leur mission est de s'assurer que les besoins des enfants soient correctement pris en charge par la famille ou par des services compétents. Le conseiller agit avec l'accord des parents ou de l'enfant si celui-ci à plus de 14 ans. Il a pour mission de réorienter les situations de maltraitance vers les services dits «de première ligne» susceptibles d'aider l'enfant et sa famille. Il réunit tous les éléments nécessaires à la compréhension de la situation et prend contact avec les différentes personnes impliquées. Il propose ensuite un programme d'aide qui sera revu régulièrement. Le conseiller et les membres du service sont tenus au secret professionnel.
En cas de danger grave et de non-collaboration des intéressés, le conseiller demandera au Procureur du Roi le recours à des mesures de contrainte (imposer une guidance, un placement, …).
Téléphones : (joignables aux heures de bureau)
BXL : 02/413.39.18 Charleroi : 071/27.73.00 Mons :065/39.58.50 Namur : 081/24.10.60
Liège :04/220.67.20 Huy :085/25.54.23 Verviers :087/22.71.74 Neufchâteau : 061/27.75.16
Arlon :063/22.19.93 Dinant :082/22.38.89 Marche :084/31.19.42 Nivelles : 067/21.45.17
Tournai : 069/22.73.57

Les autorités judiciaires

Elles peuvent intervenir à deux niveaux:

- pour prendre des mesures de protection (d'aide) à l'égard des enfants victimes (Tribunal de la jeunesse)
- pour entamer des poursuites à l'égard du ou des auteurs des maltraitances (Tribunal pénal)

Il faut savoir qu'en Communauté française, les autorités judiciaires ne prendront jamais, sauf extrême urgence, de disposition pour protéger l'enfant sans être d'abord assurées qu'une intervention sociale, via le Service d'aide à la jeunesse, n'est pas possible pour aider l'enfant et sa famille. Dans la mesure ou la maltraitance résulte la plupart du temps de souffrances familiales à traiter, les autorités judiciaires n'interviennent qu'en dernier recours pour prendre des mesures de protection à l'égard des enfants victimes.
Le Procureur du Roi sera interpellé dans les cas suivants:

- lorsque l'intégrité physique ou psychique d'un enfant est actuellement et gravement compromise et lorsqu'une des personnes investies de l'autorité parentale ou ayant la garde de l'enfant en droit ou en fait refuse l'aide du conseiller de l'aide à la jeunesse ou refuse de la mettre en œuvre.
- Lorsqu'il y a nécessité urgente de placement d'un enfant dont l'intégrité physique ou psychique est exposée directement et actuellement à un péril grave.
- Si la situation de maltraitance, avérée ou suspecte, exige une enquête et une poursuite de l'auteur maltraitant présumé.

En cas d'urgence, le procureur du Roi averti d'une situation peut demander au tribunal de la jeunesse d'envisager le placement pour une période limitée (14 jours – renouvelable 60 jours maximum). Cette décision est prise par le juge de la jeunesse. Il s'agit d'une mesure de protection urgente et provisoire.
Les coordonnées du substitut de garde peuvent être obtenue auprès des services de police. Il faut lui écrire directement ou faire rédiger un procès-verbal auprès de la police. Une permanence – 24 heures sur 24 tous les jours de l'année- est assurée au Parquet.

Autres services:

Écoute enfant de la Communauté Française : 103

Childfocus 110

Télé accueil :107

Service d'écoute par téléphone ouvert à toute personne qui cherche quelqu'un à qui parler avec garantie de respect de l'anonymat. Service ouvert 24h/24
Des personnes bénévoles (formées à l'écoute active) répondent aux appels. Ces personnes connaissent le réseau d'aide de la région de l'appelant et peut donc le guider vers d'autres services.

Maisons maternelles

Elles accueillent les mères ou futures mères en difficultés et leurs enfants. Elles offrent un hébergement en urgence (normalement maximum 9 mois) et les aident à retrouver une autonomie et à se réinsérer.

7/ Signalement?

De la notion d'urgence…

Urgence signifie qu'il faut aller de l'avant, vite et bien, en accroissant les informations dont on dispose, en se concertant entre intervenants potentiels et en programmant l'action à venir (HAYEZ JY, in GABEL, LEBOVICI, MAZET,1995)

Les problèmes liés à la maltraitance ne seront pas résolus en une consultation: la prise en charge doit s'inscrire dans la durée.

- Un enfant fait des confidences de maltraitance à son médecin. Doit-il intervenir tout de suite?
  Tout dépend de la gravité de la situation et des ressources dont dispose le médecin. En effet, la révélation des confidences de l'enfant risque de fragiliser davantage l'enfant, il faut pouvoir y faire face. S'il n'a pas des relais disponibles immédiatement, le médecin peut alors programmer de revoir l'enfant rapidement (2-3 jours). Une fois rentré chez lui, le médecin pourra téléphoner à un référent (psychologue du PMS, d'une équipe SOS ou d'un service de santé mentale) afin d'avoir plus d'outils pour la suite des évènements. Lors de la rencontre suivante, le MG pourra alors communiquer ses inquiétudes aux parents. En résumé: ne pas se précipiter «sans filet» ! !

L'hospitalisation de l'enfant

La découverte par le médecin ou la révélation de maltraitance par l'enfant fragilise davantage la situation en déclenchant une crise dans le système familial. L'hospitalisation de l'enfant est un moyen de le mettre momentanément à l'abri et d'organiser des conditions d'évaluation favorables. L'hôpital est moins stigmatisant que des services plus spécialisés qui pourraient dans ce moment de crise, être refusés par les parents. L'hôpital est un lieu de soins. L'enfant maltraité, même sans lésions physiques, est un enfant abîmé. Il mérite d'être aidé, écouté.
L'hôpital offre un cadre sécurisant, et met l'enfant à l'abri des récidives immédiates et des pressions de l'entourage. D'autre part, l'hospitalisation permet au médecin de ne pas tout porter seul. D'autres professionnels apportent leur évaluation et leurs compétences.
Hospitaliser un enfant sous prétexte faux et autre que celui de sa souffrance liée aux mauvais traitements, c'est également risquer de perdre la confiance. Mieux vaut souvent dire aux parents: «*Je suis inquiet au sujet des symptômes présentés par votre enfant, je souhaite hospitaliser votre enfant pour qu'il soit observé*».

Hors urgence

L'article 458 du Code Pénal *interdit à toutes les personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, de les révéler et ce, sous peine de sanction pénale.*

L'article 458 bis du Code pénal vise plus particulièrement *les personnes qui, par état ou par profession, reçoivent la confidence d'un enfant à propos d'un acte de maltraitance qu'il aurait subi, soit suspectent un tel acte à partir de certains signes, symptômes ou comportements présentés par l'enfant. En exception à l'article 458 du Code pénal, il leur permet de signaler ces faits au Procureur du Roi, sans qu'aucune sanction pénale ne puisse leur être appliquée pour violation du secret professionnel, pour autant qu'il y ait un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de la victime et qu'il n'est pas en mesure lui-même ou avec l'aide d'un tiers, de protéger l'intégrité du mineur concerné.*

Avant tout, mettre en place un réseau social adapté avec une personne de confiance afin d'aborder le problème et si possible le résoudre.
Ensuite, impliquer d'autres services spécialisés. D'un point de vue juridique, l'instance à laquelle le médecin confie ses soupçons doit défendre les mêmes intérêts (à savoir l'aide à l'enfant). L'implication du Procureur du Roi, du Parquet et des autorités judiciaires ne peut donc intervenir qu'en cas de nécessité, lorsque les tentatives d'aide ont échoué et si l'enfant reste en danger. Le médecin doit prendre cette décision en son âme et conscience. Il peut en discuter avec des tiers qui défendent les mêmes intérêts (par exemple SOS-Enfants qui dispose entre autres, des services d'un médecin et d'un juriste).
Seules les autorités judiciaires peuvent contraindre les parents à écarter provisoirement l'enfant du toit familial si sa santé physique ou psychique est gravement compromise ou est en danger. Le médecin doit pour cela informer le Parquet qui saisira le Juge du Tribunal de la Jeunesse.[17]

8/ Pistes pour la prévention

Sur base de la littérature internationale, la différence entre le nombre de cas recensés et présumés montre une importante sous-estimation. Ne serait-t-il pas utile que le monde médical accorde une attention plus systématique aux facteurs de risques et donc à la détection, sans pour autant tomber dans la stigmatisation?
Mais plutôt que de se focaliser sur les situations extrêmes dues à la malveillance ou à la perversion, il est nécessaire d'envisager la maltraitance comme issue essentiellement de situations de souffrance et de difficulté au sein des familles.
L'optique est alors d'intervenir en amont de la problématique de la maltraitance «lourde», en vidsant à encourager une approche de parole et d'échange, d'interrogations sur les pratiques, sur la relation parents-enfants. Car la relation enfant-adulte est difficile pour tout le monde, et la limiter à des stéréotypes n'aide en rien à progresser dans les relations quotidiennes.
Dès lors, la prévention de la maltraitance peut se mettre en oeuvre tout d'abord en visant à redonner confiance aux parents, en les encourageant dans leur démarche éducative, en les invitant à s'appuyer sur la famille, les amis, ... et en leur rappelant que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parent.[18]

En tant que médecin, les malaises que l'on peut ressentir face à une famille doit toujours pousser à en examiner les sources – souffrance suintante mais non dite? Climat de violence insidieuse et cachée? Identification à l'enfant dans toute sa vulnérabilité de petit face à l'adulte? Ou aux parents dans leur détresse et leur débordement? Malaise face à d'autres standards que ceux de sa propre culture sociale et familiale?

- Relever les points forts de la famille, amplifier les richesses, mettre en évidence les **compétences de l'enfant**.

[17]Ceci ne concerne évidemment pas la décision d'une hospitalisation qui reste la liberté et la compétence du médecin.
[18]Ministère de la Communauté française, Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance, « Prévention maltraitance », lettre d'information, été 2004.

-Etre attentif aux **attitudes inadéquates des parents** pouvant se répercuter sur le bien-être de l'enfant (rigidité excessive, dévalorisation de l'enfant, laxisme…)
-Repérer les moments difficiles qui sont susceptibles d'engendrer du stress (naissance, décès, chômage, séparation, entrée à la crèche, à l'école,…)
-Détecter les **signes d'appel ou signes de souffrance** chez l'enfant (énurésie, troubles du comportement,…)
-Offrir une attention et veiller à **proposer plus de soutien à ces familles** en lien avec les autres services de première ligne (service social de la commune, collaboration avec les travailleuses médico-sociales de l'ONE, aide à domicile, planning, Centre de santé mentale)
-Rechercher une personne ressource au sein de la famille ou de l'entourage. Encourager les parents dans ce sens en disant par exemple qu'ils ont de la chance de l'avoir si il s'avère qu'il y en a une (par exemple les grands-parents). En effet les professionnels assistants sociaux ou psychologues travaillent 40 heures sur 168 heures par semaine tandis que la violence qui peut atteindre l'enfant n'a pas d'heure. Le problème de la maltraitance est un problème de santé publique tellement énorme qu'il doit recquérir pour le prévenir ou protéger les enfants en cas de crise dans la famille l'effort de tous et non pas seulement des professionnels

Conclusion

Les actions préventives peuvent se situer à deux niveaux: d'une part trouver les ressources et renforcer les richesses individuelles et familiales et d'autre part à détecter précocement les éléments de vulnérabilité de l'enfant ou de sa famille ainsi que les dysfonctionnements et organiser des soutiens.

Devant une situation de suspicion de maltraitance:

- Prendre au sérieux toute information. La maltraitance à enfant peut être rencontrée dans des familles où on ne l'attend pas. Se garder d'accusations non fondées ou d'occulter l'existence de la maltraitance. Affirmer sa préoccupation pour chacun des intéressés (parents comme enfants).
- Considérer les parents comme des partenaires. Dans la majorité des cas, la collaboration des parents est indispensable à l'enfant maltraité
- Agir prudemment et ne pas d'emblée raconter aux parents ce que l'enfant a confié[19]. Essayer d'abord de montrer aux parents qu'on a des raisons de s'inquiéter; que de ce fait il est nécessaire de faire appel à une aide qui consacre plus de temps à l'examen de l'enfant.
- Pour conclure : déclarer que la souffrance d'un enfant doit trouver une solution. Examiner la réaction des parents : y a-t-il collaboration et la sécurité de l'enfant est-elle assurée? . Adapter vos propositions à la situation(annexe 5).
- Partager les observations et constatations à d'autres intervenants spécialisés; ne pas surestimer ses compétences et jauger ses propres capacités de soutien : une implication est très exigeante; la participation à une discussion en équipe permet de clarifier ses sentiments.
- Le contact échoue? Il n'y a pas de progrès? Les parents se montrent menaçants? Contactez certainement une équipe SOS enfants pour évaluer avec eux la nécessité d'organiser d'autres mesures.

A travers ce texte, il semble évident que le médecin a bien sa place au sein du réseau de prévention et d'aide aux situations de maltraitance. Il sera parfois le premier témoin et confident des victimes. Il a par rapport aux autres professionnels une très grande disponibilité dans le temps et dans l'espace en pouvant plus facilement aller à domicile.

[19]Car le danger ignoré par beaucoup de débutants dans la lutte contre la maltraitance est que les parents maltraitants se vengent en frappant encore plus l'enfant qui a parlé dès que le professionnel est parti.

Les lignes de conduite ne peuvent bien sûr pas répondre à toutes les questions posées par ces situations et les décisions se prendront dans la relations entre médecin et familles, d'où peuvent découler l'une ou l'autre intervention que le médecin estimera adéquate dans une situation donnée.

Le respect des familles et la gestion des situations de maltraitance en réseau sont sans doute deux principes fondamentaux qui permettent dans bien des cas d'ouvrir un espace à la bientraitance.

Le présent texte vise à contribuer au développement ultérieur de protocoles pour une collaboration entre prestataires d'aide dans le domaine de la violence, les généralistes et les services d'urgence. Il faut réfléchir à des initiatives locales ou régionales pour la gestion de cas et la discussion de plans de soins.

Pour en savoir plus…

Ce texte n'a pu développer tous les thèmes liés à cette problématique. Ci-dessous, quelques références d'ouvrages qui peuvent aider le médecin à faire face à ces situations.

Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, L'aide aux enfants victimes de maltraitances: guide à l'usage des intervenants, Collection Temps d'arrêt, Edition Communauté française, 2004.

GEUBELLE F., L'enfant maltraité, le paramédical/ le médecin, Éditions de l'Université de Liège, 2002.
Professeur Honoraire de Pédiatrie à l'Université de Liège, Fernand Geubelle est connu pour son engagement de longue date au sein des équipes SOS-Enfants de la Communauté française de Belgique.
En une centaine de pages, cet ouvrage aborde l'ensemble des aspects cliniques de la maltraitance chez l'enfant (description des sévices physiques, des abus sexuels et des négligences graves avec leurs conséquences sur le développement psycho-affectif de l'enfant, …). Il s'adresse au monde médical mais aussi aux autres acteurs de première ligne.

HAESEVOETS Y.-H, Regard pluriel sur la maltraitance des enfants, Éditions Kluwer 2003.
Cet ouvrage se présente comme un guide thématique et didactique permettant aux professionnels qui s'occupent d'enfants de mieux appréhender la problématique de la maltraitance dans toutes ses variantes, mais également de réfléchir, d'évaluer et de prendre leurs décisions en conséquence.
Destiné à tous les intervenants soucieux d'approfondir leur savoir et de parfaire leur formation, cet ouvrage propose une actualisation des connaissances sur les différents types de maltraitances et à propos des grandes lignes directrices concernant les moyens d'intervention. Ce regard pluriel replace le phénomène de la maltraitance dans son contexte, historique, socioculturel, systémique et clinique.

HAYEZ Jean-Yves, La sexualité des enfants, Paris, Editions Odile Jacob, 2004

LACROIX S. et VANOVERBEKE Ch., Abus sexuels intrafamiliaux, rôle du médecin généraliste, SSMG – Fonds Houtman, 2002

MUGNIER Jean-Paul, Le silence des enfants, Trois récits enchevêtrés d'une histoire unique suivis d'une nouvelle sans titre, éd L'Harmattan, 1999, ISBN 2-7384-78862-X
JP Mugnier est directeur de l'Institut d'Etudes Systémiques à Paris.
« Sous la forme de trois récits qui s'entrecroisent, celui de la mère, du père et de l'enfant, J.-P. Mugnier décrit le cheminement des pensées, des souffrances de chacun et l'impossibilité pour eux de trouver une issue au piège qui progressivement se referme sur leur famille. La seconde partie de cet ouvrage est consacré à un apport théorique concernant l'évolution de la pensée des thérapeutes sur l'origine des troubles psychiques des enfants. Il est suivi d'une nouvelle décrivant certains faits inconcevables dont ceux-ci peuvent être les victimes»

Bibliographie indexée dans le texte

American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse Arch Fam Med 1993 Jan vol 2 nø 1 pp 19 - 27 457

Berger Maurice, les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale, Dialogue, n°152, 28/02/2001, 32 pages

Bulletin du conseil de l'ordre national n°99 mars 2003 page 2

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, Ministère de la Communauté française, L'aide aux enfants victimes de maltraitances, guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents, Bruxelles, 2001

"Coohey C;Braun N;" Toward an integrated framework for understanding child physical abuse Child Abuse Negl 1997 Nov vol 21 nø 11 pp 1081 - 1094 774

DE BECKER E., HAYEZ J.Y., CABILLAU E., Modèles d'interventions thérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âge, Thérapie familiale, Genève, 2000, Vol. 21, n°3, pp. 305-321

"Dore MM; Alexander LB;" Preserving families at risk of child abuse and neglect: the role of the helping alliance Child Abuse Negl 1996 Apr vol 20 nø 4 pp 349 - 361 1037

GABEL M., LEBOVICI S., MAZET P. (sous la dir. de), Le traumatisme de l'inceste, puf, paris, 1995, ISBN 2 13 046678 8

"Garbarino J;Guttman;Seeley;" The psychologically battered child San Francisco/London Jossey-Bass 1986 vol nø pp - 1612

GEUBELLE F., L'enfant maltraité, le paramédical/ le médecin, Ulg, Liège, 2002, ISBN 2 930322 44 6

"Gil D.G.;" Unraveling child abuse Am J Orthopsychiatry 2003 vol nø pp - 1603

"Green A.H.; "A Psychodynamic Approach to the Study and Treatment of Child Abusing Parents" J.Child. Psych., 1976 vol 3 pp 414-429

HAYEZ JY., DE BECKER E., L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement ; puf, Paris, 1997, ISBN 2 13 048799 8

ONE, rapport d'activité 2002, p 50-60

ONE, Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, 1997

OMS, rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance a enfant, Genève, 29-31 mars 1999.

OMS, rapport mondial sur la violence et la santé sous la direction de Krug G., Dalhberg L., Mercy J., Zwi A. , Lozano-Ascencio R., genève 2002

MAUROY M.-C., Méthode – analyse de la situation, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, pp. 295-297
MAUROY M.-C., prise en charge et suivi, guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, pp. 298-299
MUGNIER J.-P., Le silence des enfants, éd. L'Harmattan, Paris, 1999, ISBN 2 7384 7862 X
"Orr DP;" Management of childhood sexual abuse J Fam Pract 1980 Dec vol 11 nø 7 pp 1057 - 1064 410

Autres références ayant été utilisées pour l'élaboration du guide

ACOG technical bulletin. Domestic violence. Number 209--August 1995 (replaces no. 124, January 1989). American College of Obstetricians and Gynecologists Int J Gynaecol Obstet 1995 Nov vol 51 nø 2 pp 161 - 170 448

"Adriaenssens P;" Een vermoeden van kindermishandeling, en dan ? Praktijkgids voor de basisschool, Leerlingen 2002 Dec vol nø pp 17 - 29 1599

"Alexander RC;" Education of the physician in child abuse Pediatr Clin North Am 1990 Aug vol 37 nø 4 pp 971 - 988 1312

"Alexander RC;" Current and emerging concepts in child abuse Compr Ther 1995 Dec vol 21 nø 12 pp 726 - 730 1377

AMA issues diagnostic and treatment guidelines on child sexual abuse Am Fam Physician 1993 May 1 vol 47 nø 6 pp 1519 - 1520 1583

Ambulatory care criteria set: intervention for domestic violence. Number 20, November 1996. Committee on Quality Assessment. American College of Obstetricians and Gynecologists Int J Gynaecol Obstet 1997 Apr vol 57 nø 1 pp 93 - 94 445

American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect: Public disclosure of private information about victims of abuse Pediatrics 1991 Feb vol 87 nø 2 pp 261 - 467

American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Physical Abuse and Neglect Arch Fam Med 1992 Nov vol 1 nø 2 pp 187 - 197 459

American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence Arch Fam Med 1992 Sep vol 1 nø 1 pp 39 - 47 460

"Ammerman RT;" Etiological models of child maltreatment. A behavioral perspective Behav Modif 1990 Jul vol 14 nø 3 pp 230 - 254 1575

ANGELINO I., L'enfant, la famille, la maltraitance, éd. DUNOD, Paris, 1997, ISBN 2 10 003482 0

"Badger LW;" Reporting of child abuse: influence of characteristics of physician, practice, and community South Med J 1989 Mar vol 82 nø 3 pp 281 - 286 377

"Arellano CM;" Child maltreatment and substance use: a review of the literature Subst Use Misuse 1996 May vol 31 nø 7 pp 927 - 935 1033

"Asher R.;" Munchaussen's syndrome Lancet 2003 vol 1 nø pp 339 - 341 1609

"Bernet W;" Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997 Oct vol 36 nø 10 Suppl pp 37S - 56S 443

"Bittner S. 1981, Clara R. 1190

"Botash AS;Fuller PG;Blatt SD;Cunningham A;Weinberger HL;" Child abuse, sudden infant death syndrome, and psychosocial development Curr Opin Pediatr 1996 Apr vol 8 nø 2 pp 195 - 200 1038

"Bowdry Carole; "Toward a Treatment-Relevant Typology of Child Abuse Families" Child Protective Service, Texas, Department of Human Servics, Arlington, Child Welfare League of America 1190

"Britton HL;" Perinatal screening for child abuse and neglect Clin Perinatol 1998 Jun vol 25 nø 2 pp 453 - 460 1572

"Caffey J.;" The Whiplash Shaken Infant Syndrome Pediatrics 1974 vol 54 nø pp 396 - 403 1610

"Carter J.E.;" Whiplash Shaken Infant syndrome Child Abuse Negl 1983 vol 7 nø pp 279 - 286 1611

"Chaney SE;" Child abuse: clinical findings and management J Am Acad Nurse Pract 2000 Nov vol 12 nø 11 pp 467 - 471 489

"Charlesworth LW;Rodwell MK;" Focus groups with children: a resource for sexual abuse prevention program evaluation Child Abuse Negl 1997 Dec vol 21 nø 12 pp 1205 - 1216 1573

"Clapp L;" Ending domestic violence is everyone's responsibility: an integrated approach to domestic violence treatment Nurs Clin North Am 2000 Jun vol 35 nø 2 pp 481 - 488 527

"Clara R.;" Kindermishandeling en verwaarlozing in Vlaanderen acco 1990 vol nø pp 1 - 188 1600

"Criville A., Deschamps M., Fernet C., Sittler M.-F., L'inceste, comprendre pour intervenir, éd. Privat, Toulouse, 1994, ISBN 2 7089 1363 8

"Courtois CA;" Guidelines for the treatment of adults abused or possibly abused as children (with attention to issues of delayed/recovered memory). NATO Advanced Study Institute Am J Psychother 1997 vol 51 nø 4 pp 497 - 510 442

Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics Pediatrics 1994 Jul vol 94 nø 1 pp 124 - 126 452

"Ellerstein, N.S., "The cutaneous manifestations of child abuse and neglect" Am.J.Dis. Child, 1979 vol 13 pp 906-909

"Ellis PS;" The pathology of fatal child abuse Pathology 1997 May vol 29 nø 2 pp 113 - 121 990
"Elliott AJ;Peterson LW;" Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it Postgrad Med 1993 Jul vol 94 nø 1 pp 169 - 7, 180 1189
"Ferris LE;Norton PG;Dunn EV;Gort EH;Degani N;" Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. The Delphi Panel and the Consulting Group JAMA 1997 Sep 10 vol 278 nø 10 pp 851 - 857 276
"Flaherty EG;Sege R;Mattson CL;Binns HJ;" Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting Ambul Pediatr 2002 Mar vol 2 nø 2 pp 120 - 126 213
"Freitag R;Lazoritz S;Kini N;" Psychosocial aspects of child abuse for primary care pediatricians Pediatr Clin North Am 1998 Apr vol 45 nø 2 pp 391 - 402 1582
"George C;" A representational perspective of child abuse and prevention: internal working models of attachment and caregiving Child Abuse Negl 1996 May vol 20 nø 5 pp 411 - 424 1034
"Golding JM;Wilsnack SC;Cooper ML;" Sexual assault history and social support: six general population studies J Trauma Stress 2002 Jun vol 15 nø 3 pp 187 - 197 1375
Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect Pediatrics 1999 Jan vol 103 nø 1 pp 186 - 191 438
"Hall A;" The development of a multi-disciplinary approach to the assessment and management of child sexual abuse in an inner city Health District Health Trends 1988 May vol 20 nø 2 pp 39 - 43 1574
"Halverson KC;Elliott BA;Rappley M;Van Etta LL;" Treatment of child abuse Prim Care 1993 Jun vol 20 nø 2 pp 355 - 357 338
"Halverson KC;Elliott BA;Rubin MS;Chadwick DL;" Legal considerations in cases of child abuse Prim Care 1993 Jun vol 20 nø 2 pp 407 - 416 335
“Hanu, Dubois – Munch
“Harris 1989
"Hornor G;" Repeated sexual abuse allegations: a problem for primary care providers J Pediatr Health Care 2001 Mar vol 15 nø 2 pp 71 - 76 512
JAHIER N., SIGNORET I., VANDEVELDE N., Le rôle de l’infirmière aux urgences pédiatriques, revue « soins gynécologie obstétrique puériculture pédiatrie, n°161-162, oct 1994, pp. 22-26
"Jordan CE;Walker R;" Guidelines for handling domestic violence cases in community mental health centers. Kentucky Department for Mental Health and Mental Retardation Services Hosp Community Psychiatry 1994 Feb vol 45 nø 2 pp 147 - 151 1585
"Kemp R.S.;" Child Abuse Fontana Open Books, London 2003 vol nø pp - 1606
"Kerns DL;Terman DL;Larson CS;" The role of physicians in reporting and evaluating child sexual abuse cases Future Child 1994 vol 4 nø 2 pp 119 - 134 1163
“Kieran P. O’Hagan; “Emotional an Psychological Abuse: Problems of Definition” Dep. of Social Work, The Queen’s University of Belfast, Northern Ireland
"King MC;Ryan J;" Woman abuse. The role of nurse-midwives in assessment J Nurse Midwifery 1996 Nov vol 41 nø 6 pp 436 - 441 627
"Kirkengen AL;Schei B;Steine S;" Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice Scand J Prim Health Care 1993 Dec vol 11 nø 4 pp 276 - 280 326
"Koers A.J.;" Kindermishandeling ... en wat dan nog ? Ad Donker, Rotterdam 1981 vol nø pp - 1601
“Korbin 1979
“Krugman R.D.; “Fatal Child Abse : analysis of 24 cases” Pediatrician, 1985 vol 12 pp 68-72
“Lacroix S., Vanoverbeke Ch., Marneffe C., Abus sexuels intrafamiliaux, rôle du médecin généraliste, SSMG et Fonds Houtman, Bruxelles, 2002
"Lamb ME;" The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement Child Abuse Negl 1994 Dec vol 18 nø 12 pp 1021 - 1028 1105
"Meadow R;" Munchausen syndrome bij proxy : the hinterland of child abuse Lancet 1977 vol 2 nø pp 343 - 345 1614
"Meadow R;" Management of Munchausen syndrome bij proxy Arch Dis Child 1985 vol 60 nø pp 385 - 393 1613
"McMahon PM;Puett RC;" Child sexual abuse as a public health issue: recommendations of an expert panel Sex Abuse 1999 Oct vol 11 nø 4 pp 257 - 266 434
"Maddocks A;Griffiths L;Antao V;" Detecting child sexual abuse in general practice: a retrospective case-control study from Wales Scand J Prim Health Care 1999 Dec vol 17 nø 4 pp 210 - 214 246

Ministère de l’intérieur, province du Hainaut, commission provinciale de prévention de la criminalité, « Comment aborder et prévenir l’enfance maltraitée », Mons, 1991.

"Morrison T;" Partnership and collaboration: rhetoric and reality Child Abuse Negl 1996 Feb vol 20 nø 2 pp 127 - 140 1041
"Morris M.G.;" Role reversal : a necessary concept in dealing with the battered child syndrome Am J Orthopsychiatry 2003 vol 33 nø pp 298 - 299 1607
“Nixon, J.& Pearn, J. “Non-accidental immersion in bathwater: another aspect of child abuse” Br. Med. J., 1977 pp 271-272
“Newberger Eli H. MD; “Child Physical Abuse” vol 20 nr 2 june 1993
"Oates RK;Bross DC;" What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade Child Abuse Negl 1995 Apr vol 19 nø 4 pp 463 - 473 1084
"Oriel KA;Fleming MF;" Screening men for partner violence in a primary care setting. A new strategy for detecting domestic violence J Fam Pract 1998 Jun vol 46 nø 6 pp 493 - 498 266
"Paolucci EO;Genuis ML;Violato C;" A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse J Psychol 2001 Jan vol 135 nø 1 pp 17 - 36 1442
"Pierard GE;" [Recognizing the signs of child abuse on the skin] Rev Med Liege 1997 May vol 52 nø 5 pp 320 - 323 989
"Plotnick RD;Deppman L;" Using benefit-cost analysis to assess child abuse prevention and intervention programs Child Welfare 1999 May vol 78 nø 3 pp 381 - 407 1525
"Pollock C.;" A therapeutic approach to the parents Helping the battered child and his family Philadelphia 2003 vol nø pp 3 - 21 1608
"Rodriguez MA;Bauer HM;McLoughlin E;Grumbach K;" Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians JAMA 1999 Aug 4 vol 282 nø 5 pp 468 - 474 251
"Rupp R;" Child abuse and neglect: a review of the literature J Kans Dent Assoc 1996 Jan vol 81 nø 1 pp 20 - 2, 24 1584
"Sinal SH;" Sexual abuse of children and adolescents South Med J 1994 Dec vol 87 nø 12 pp 1242 - 1258 1102
SOS-enfant st luc, pour prévenir la maltraitance d’enfants, fascicule à l’usage des intervenants,2003
"Sherin KM;Sinacore JM;Li XQ;Zitter RE;Shakil A;" HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting Fam Med 1998 Jul vol 30 nø 7 pp 508 - 512 265
"Southall DP;Samuels MP;" Guidelines for the multi-agency management of patients suspected or at risk of suffering from life-threatening abuse resulting in cyanotic-apnoeic episodes. North Staffordshire Hospital Trust, Staffordshire Social Services and Staffordshire Police J Med Ethics 1996 Feb vol 22 nø 1 pp 16 - 21 447
“Vesterdal J.; “Psychological mechanisms in child abuse parents” Paediatrician, 1979 vol 8 pp 145-151
“Volz Anthony G.; “Nursing Interventions in Münchausen Syndrome by Proxy” Journal of Psychosocial Nursing 1195 vol 33 nr 9
“Walch AG;Broadhead WE;" Prevalence of lifetime sexual victimization among female patients J Fam Pract 1992 Nov vol 35 nø 5 pp 511 - 516 353
"Weinstein D;Staffelbach D;Biaggio M;" Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse Clin Psychol Rev 2000 Apr vol 20 nø 3 pp 359 - 378 1482
“Wolff R.; “Child abuse and neglect : dynamics and underlying pattern” Victimologie: an International Journal, 1983 vol 8 pp 105-112
"Young WC;" Sadistic ritual abuse. An overview in detection and management Prim Care 1993 Jun vol 20 nø 2 pp 447 - 458 333