

GUIDES ET NORMES

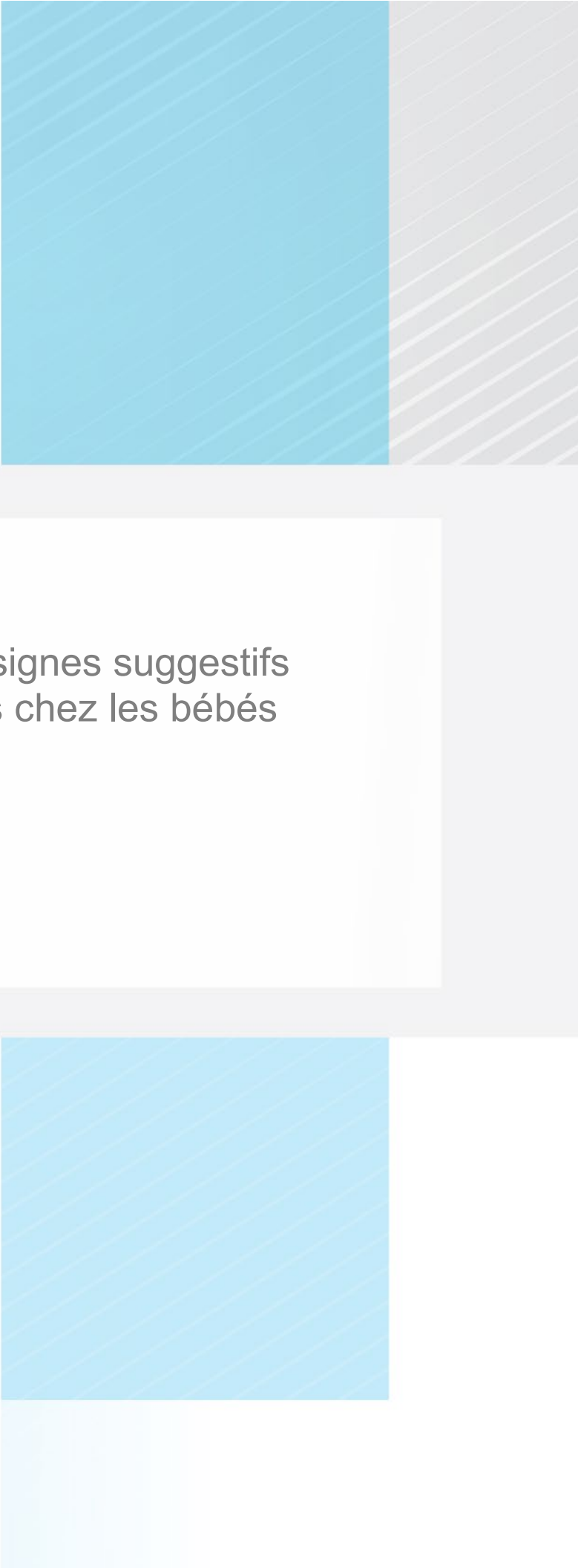
Lésions sentinelles : signes suggestifs de blessures infligées chez les bébés non ambulants

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale

et

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Lésions sentinelles : signes suggestifs de blessures infligées chez les bébés non ambulants

Rédaction

Julie Dussault
Stéphanie Hallée

Collaboration

Brigitte Côté
Ginette D'Auray
Catherine Olivier
Karine Sénécal
Caroline Turcotte

Coordination scientifique

Isabelle Beaudoin

Direction

Marie-Claude Sirois
Catherine Truchon
Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Julie Dussault, Ph. D.
Stéphanie Hallée, Ph. D.

Collaboratrices internes

Brigitte Côté, MD, FRCPC
Ginette D'Auray, M. A.
Catherine Olivier, Ph. D.
Karine Sénécal, LL. B, LL. M.
Caroline Turcotte, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Isabelle Beaudoin, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D

Directrices

Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps.éd., M. Sc. Adm.
Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm

Repérage de l'information scientifique

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Caroline Plante, M. Ed. Adm. A.
Jocelyne Guillot, B.A.

Soutien administratif

Julie Dionne

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique
Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-03152-4 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Lésions sentinelles : signes suggestifs de blessures infligées chez les bébés non ambulants. Québec, Qc : INESSS. 57 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Anne-Marie Blais, infirmière clinicienne périnatalité et petite enfance, SIPPE, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, CLSC du Centre-de-la-Mauricie

D^{re} Laurel A. Chauvin-Kimoff, pédiatre, Présidente du comité de protection des enfants, Hôpital de Montréal pour enfants

M^{me} Claudia Hébert, infirmière, Conseillère en soins infirmiers, CHU de Québec-Université Laval – urgence du CHUL

M^{me} Valérie Huot, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, Centre de pédiatrie sociale Cœur des Laurentides

D^{re} Mélanie Labrosse, pédiatre urgentiste, Responsable de la traumatologie à l'urgence, CHU Sainte-Justine

M^{me} Sylvie Leblond, directrice de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

D^{re} Amanda Lord, pédiatre, Responsable de la Clinique d'évaluation en pédiatrie de la maltraitance, CHU Sainte-Justine

D^{re} Julie Ouellet-Pelletier, urgentologue pédiatrique, CHU de Québec-Université Laval, CHUL

D^{re} Fannie Péloquin, urgentologue, spécialisée en urgence pédiatrique, CHU de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont

D^{re} Karine Pépin, pédiatre, Clinique d'évaluation en pédiatrie de la maltraitance, CHU Sainte-Justine

D^r Simon Riendeau, médecin de famille, CPSC Le petit repère et Santé publique du Nunavik

M^{me} Marie-Joëlle Robichaud, professeure, Directrice des programmes en travail social, Département de psychoéducation et travail social, Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Isabelle Roy, directrice adjointe de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), CISSS de l'Outaouais

D^{re} Marlène Thibault, pédiatre, Centre Mère-enfant Soleil du CHU de Québec-Université Laval

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

D^{re} Janie Desroches, pédiatre générale, conseil d'administration de l'Association des pédiatres du Québec

M^{me} Fanny Éthier, professionnelle, DGA Santé publique, soins et services primaires et communautaires, Santé Québec

D^r Dominique Pilon, inspecteur, direction de l'inspection professionnelle, Collège des médecins du Québec

M^{me} Luce Pinard, coordonnatrice de l'amélioration de l'exercice, Ordre des sages-femmes du Québec

M^{me} Sarah St-Georges, conseillère à la qualité de la pratique, Direction développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^{me} Sylvie Tousignant, conseillère aux dossiers mère-enfant, direction de la santé mère-enfant, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont:

D^r Frédéric Faucher, médecin, Chef du département de pédiatrie, Coordonnateur médical des clientèles pédiatriques, Programme Jeunesse et des activités de santé publique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Dominique Cousineau, pédiatre du développement, gestionnaire médical plateau CIRENE, CHU Sainte-Justine

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

Pour ce rapport, les membres du Panel des usagers et des proches de l'INESSS consultés sont :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Futurs utilisateurs

M^{me} Elyane Asselin, sage-femme, CCSSSBJ (Chisasibi)

M^{me} Julie Bergeron, infirmière clinicienne en santé parentale et infantile, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Stéphanie Berthiaume, infirmière clinicienne, CLSC Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Marie-Josée Bousquet, pédiatre, CPS Le Petit Repère (Rimouski)

M^{me} Élisabeth Cliche, IPS en soins pédiatriques, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^{re} Geneviève Côté, médecin, cheffe d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Marie-Astrid Joubert, IPSPL, GMF-U Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M. Carl Lebel, IPS en soins pédiatriques, CHU de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Pierre-Olivier Lepage, IPSPL, GMF-U de Trois-Pistoles et Conseiller-Cadre Volet IPS, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Valérie Leuchtmann, sage-femme, CISSS de la Gaspésie (Baie-des-Chaleurs)

M^{me} Marie-Ève Lévesque, infirmière clinicienne en petite enfance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Joanie Ouellet, médecin de famille, CLSC de l'Est-de-Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Joanie Riopel, IPS en soins pédiatriques, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^r Marc-Olivier St-Aubin, pédiatre, Hôpital Anna-Laberge, CISSS de la Montérégie-Ouest

D^r Marc-André Turcot, pédiatre, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Jasmine Vézina, infirmière clinicienne, DocTocToc

M^{me} Marlene Waefler, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^{re} Sylvie Béliveau, présidente de l'AMPEQ, consultante en protection de l'enfance, Département de pédiatrie, Centre Mère-enfant Soleil du CHU de Québec-Université Laval

M^{me} Hélène Groleau, directrice, Direction des services de protection de la jeunesse, de la diversité et des communautés des Premières Nations et Inuit, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Olivier Lacroix, psychologue, Service d'intervention spécifique et de soutien clinique (SISSC) Direction adjointe – Programme jeunesse santé mentale réadaptation enfants et adolescents, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Clara Low-Décarie, vice-présidente de l'AMPEQ, pédiatre, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Déclaration d'intérêts

D^{re} Sylvie Béliveau offre des formations sur la reconnaissance des abus physiques en santé et les aspects médicaux d'abus physiques, pour lesquelles elle reçoit une rémunération. Elle est co-auteure de la section de l'ABCdaire sur les lésions sentinelles.

D^r Frédéric Faucher a été membre d'un comité consultatif de l'INESSS dans son rôle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

M^{me} Claudia Hébert-Beaudoin donne des conférences et participe à la rédaction d'un article sur la maltraitance pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

D^{re} Laurel Kimoff a fait des présentations dans des congrès sur la thématique du projet.

D^{re} Mélanie Labrosse agit à titre de collaboratrice dans plusieurs projets de recherche sur la traumatologie pédiatrique et figure parmi les auteurs d'articles scientifiques. Elle participe également à plusieurs comités scientifiques et donne des conférences en lien avec la pédiatrie, l'urgence pédiatrique ou la traumatologie pédiatrique.

M^{me} Sylvie Leblond siège sur le conseil d'administration de la Fondation Jeunesse à cœur pour les enfants de la protection de la jeunesse en Abitibi-Témiscamingue.

D^{re} Amanda Lord a reçu des honoraires pour une présentation sur les blessures non accidentelles chez les enfants au *9th Annual Canadian Consortium for Children's Bone Health Educational and Scientific Meeting*.

D^{re} Low-Décarie est membre du comité exécutif de la section *Child and Youth Maltreatment* de la Société canadienne de pédiatrie. Elle reçoit parfois des montants forfaitaires lors de présentations dans des congrès. Il lui arrive d'exprimer son opinion dans les médias ou d'être appelée à témoigner à la Cour à titre d'experte. Elle est co-auteure de la section de l'ABCdaire sur les lésions sentinelles.

D^{re} Julie Ouellet-Pelletier est membre du comité consultatif du *Translating Emergency Knowledge for Kids*.

D^{re} Karine Pépin donne des conférences et des formations sur la maltraitance chez les enfants pour lesquelles elle reçoit une rémunération. Elle a également été membre du groupe de travail sur la pédiatrie de la maltraitance de la table sectorielle mère-enfant du MSSS en 2020-2021 et est actuellement membre du comité provincial de décès pédiatriques du Bureau du Coroner du Québec.

M^{me} Luce Pinard participe à d'autres travaux de l'INESSS dans son rôle au sein de l'OSFQ.

D^{re} Marlène Thibault est membre de l'Association médicale en protection de l'enfance du Québec. Elle a fait des présentations aux congrès de cette Association, pour lesquels elle a reçu du financement. Elle est également membre exécutif de la section Maltraitance des enfants, de la Société canadienne de pédiatrie, et a été membre du comité exécutif de l'AMPEQ.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
INTRODUCTION.....	1
MISE EN CONTEXTE ET MANDAT	3
1 MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Questions clés d'évaluation	4
1.2 Revue exploratoire	4
1.3 Revue rapide	5
1.4 Éléments contextuels complémentaires	6
1.5 Consultations.....	6
1.6 Mise à jour.....	7
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	8
2.1 Population – Bébés non ambulants.....	8
2.2 Généralités.....	9
2.2.1 Définition du concept de « lésion sentinelle »	10
2.2.1 Types de lésions sentinelles.....	11
2.2.2 Caractère inhabituel des lésions chez un bébé non ambulant.....	13
2.2.3 Collaboration interdisciplinaire.....	13
2.3 Repérage de lésions chez un bébé non ambulant.....	14
2.3.1 Stratégies de repérage.....	14
2.3.2 Facteurs de risque et risques de biais	16
2.4 Reconnaissance d'une lésion sentinelle.....	18
2.4.1 Cohérence entre la lésion, le récit et le développement moteur du bébé.....	18
2.4.2 Signes cliniques des ecchymoses	19
2.4.3 Signes cliniques des hémorragies sous-conjonctivales	21
2.4.4 Signes cliniques des lésions intraorales.....	22
2.4.5 Récit lié à la lésion	23
2.5 Évaluation médicale complète.....	25
2.5.1 Anamnèse.....	25
2.5.2 Examen physique complet	26
2.5.3 Documentation clinique	28
2.6 Examens complémentaires.....	28
2.6.1 Discussion avec le parent.....	29
2.6.2 Examens de laboratoire	29
2.6.3 Examens d'imagerie.....	33

2.7	Signalement à la DPJ	36
2.7.1	Besoin d'information, de clarification, d'une consultation ou d'aide de la part du DPJ.....	36
2.7.2	Démarche de signalement.....	37
2.7.3	Informations à transmettre aux parents	39
2.8	Consultation en médecine spécialisée	40
2.9	Autres situations nécessitant une attention particulière	41
2.9.1	Autres enfants du milieu familial ou de garde.....	42
2.9.2	Contexte culturel	42
	CONSEILS POUR L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS	45
	VALIDATION DES TRAVAUX	47
	CONCLUSION	48
	RÉFÉRENCES.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Lésions d'apparence mineure pouvant être qualifiées de sentinelles.....	12
Tableau 2	Stratégies pour identifier précocement les lésions sentinelles dont l'efficacité est mitigée selon la littérature scientifique	15
Tableau 3	Examens de laboratoire recommandés par les documents retenus.....	30
Tableau 4	Principaux diagnostics différentiels à considérer en présence d'une lésion sentinelle	32
Tableau 5	Principaux examens d'imagerie recommandés en présence d'une suspicion de traumatisme abusif	34

RÉSUMÉ

Introduction

L'importance de la détection de la maltraitance chez les jeunes bébés est mise en évidence par les données québécoises récoltées auprès des services de protection de la jeunesse. Cette détection repose sur plusieurs indices, dont la reconnaissance des lésions sentinelles qui constituent des signes de possibles blessures infligées (maltraitance) chez les bébés non ambulants.

Le concept de lésions sentinelles désigne généralement des blessures d'apparence bénigne sur le plan clinique, mais qui devraient soulever des préoccupations quant à la présence de blessures occultes et évoquer un risque actuel ou futur d'abus physiques. Or, les professionnels de la santé jouent fréquemment un rôle de premier contact pour les bébés victimes de maltraitance. Ainsi, toute rencontre avec un patient pédiatrique offre la possibilité d'identifier des signes d'une potentielle situation de maltraitance, incluant les lésions sentinelles.

L'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) constate qu'en dépit des directives existantes, la pratique pour identifier les lésions sentinelles chez les bébés varie considérablement, et des occasions manquées de prévenir des blessures graves sont encore observées. Dans ce contexte, elle a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de produire un outil clinique basé sur les meilleures pratiques pour favoriser la reconnaissance des lésions sentinelles en contexte de soins de première ligne et préciser les démarches cliniques à suivre. Les travaux ont également reçu l'aval des directeurs et directrices des directions de la protection de la jeunesse (DPJ) et du programme-service Jeunes en difficulté (DPJe) ainsi que celui de la directrice nationale de la protection de la jeunesse (DNPJ).

Méthodologie

- Une revue exploratoire et narrative a été réalisée afin de cerner le concept de « lésion sentinelle » ainsi qu'une revue rapide des documents présentant des recommandations cliniques portant sur les types de blessures considérées comme sentinelles. Des données contextuelles ont également été récoltées notamment par le biais de documents, de textes ou de sites Internet publiés au Québec ou au Canada (incluant les textes de loi et les règles professionnelles).
- Le repérage des guides de pratique et des consensus d'experts, publiés entre 2019 et 2025, a été effectué dans des bases de données ciblées et dans la littérature grise. Les documents ont été sélectionnés à partir de critères préétablis et leur qualité évaluée à l'aide de l'outil AGREE GRS.
- Un comité consultatif composé d'experts de différents domaines a validé les preuves scientifiques et participé à l'élaboration des recommandations. Les travaux ont par la suite été présentés à un comité de suivi composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de Santé

Québec, d'associations et d'ordres professionnels. Finalement, une validation externe des travaux auprès de lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt et de futurs utilisateurs a également été réalisée en fin de projet.

- Les données recueillies (scientifiques, contextuelles et expérientielles) ont été analysées et triangulées afin d'élaborer un outil clinique contenant des recommandations de meilleures pratiques adaptées au contexte québécois.

Résultats

La lésion sentinelle est une blessure visible ou rapportée par le parent, d'apparence mineure et non expliquée chez un bébé non ambulant

- Les bébés non ambulants sont définis comme des bébés qui n'ont pas acquis la capacité de se lever seuls, ni de se déplacer en s'appuyant sur des objets.
- Les ecchymoses, les hémorragies sous-conjonctivales et les blessures intraorales sont identifiées comme étant les principales lésions possiblement sentinelles à surveiller chez les bébés non ambulants.
- La présence d'une lésion sentinelle nécessite habituellement une collaboration interdisciplinaire combinant une évaluation médicale et une évaluation du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) pour identifier les causes possibles (accidentelles, médicales ou liées à la maltraitance).

Il est important de demeurer vigilant et attentif à la présence des lésions suivantes lors de chaque contact avec un bébé non ambulant. Sans explications plausibles, ces lésions doivent faire l'objet d'une investigation :

- Toute ecchymose (peu importe sa couleur, sa forme et sa localisation) – il est toutefois important de ne pas la confondre avec différentes observations cutanées (p. ex. tache de naissance, hémangiomes, hyperpigmentation ou hypopigmentation).
- Les hémorragies sous-conjonctivales, sauf durant la période postnatale (environ 14 jours).
- Toute blessure, marque ou lésion d'allure ecchymotique dans la région orale (p. ex. déchirure des freins labiaux et lingual).

Afin de déterminer le caractère non expliqué de la lésion, il est important de considérer la cohérence entre le récit lié à la blessure, les signes cliniques de la lésion sentinelle et le stade de développement moteur du bébé.

- Il est recommandé de recueillir le récit auprès du parent de manière non suggestive et de porter attention à certains éléments du récit qui semblent discordants avec une blessure accidentelle (p. ex. absence de récit, histoire vague, imprécise ou hypothétique).

Une évaluation médicale complète, incluant l'anamnèse et un examen physique complet, est nécessaire pour identifier les antécédents médicaux et détecter d'éventuelles blessures occultes.

- L'histoire médicale complète du bébé et de la famille devrait notamment inclure les éléments suivants : la présence de signes rapportés pouvant indiquer d'autres traumatismes, les soins ou examens récents, les autres conditions médicales du bébé, l'histoire de l'accouchement et nutritionnelle, la prise de médicaments et les antécédents médicaux de la famille.
- L'examen physique comporte une évaluation de l'état général du bébé, une inspection visuelle du corps, une palpation de toutes les régions du corps afin de repérer d'autres lésions ainsi qu'un examen neurologique.

Des examens complémentaires sont également nécessaires face à une situation potentielle de maltraitance afin d'identifier ou d'exclure la présence de conditions médicales sous-jacentes, mais aussi de détecter et de documenter des blessures occultes.

- Il est recommandé de procéder simultanément à une évaluation des diagnostics différentiels et à une investigation d'une possible blessure infligée, car certaines conditions médicales peuvent être confondues avec des signes d'abus ou rendre le bébé plus susceptible de présenter des blessures.
- En présence de toute lésion sentinelle, il est recommandé de réaliser un bilan général qui inclut une formule sanguine complète. De plus, en cas d'ecchymoses, des examens de laboratoire supplémentaires visant à dépister d'éventuels troubles de l'hémostase ou de la coagulation sont également indiqués.
- Une imagerie multimodale, incluant la série squelettique, la tomодensitométrie (cérébrale ou abdominale) et l'imagerie par résonance magnétique (cérébrale), est souvent essentielle pour identifier et documenter les lésions sentinelles, ainsi que pour détecter d'éventuelles blessures occultes. Un examen du fond de l'œil peut également être requis dans certaines situations.

Toute situation doit être signalée au DPJ dès qu'il y a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement du bébé est ou pourrait être compromis.

- La nécessité d'un signalement peut émerger à tout moment au cours de l'évaluation clinique, dès que la situation suscite un motif raisonnable, et ce, même sans certitude ou en présence d'information incomplète.
- Aborder le signalement et les étapes de l'évaluation clinique avec le parent, et ce, de manière bienveillante, peut faciliter sa collaboration. Toutefois, il n'est pas obligatoire d'indiquer au parent qu'un signalement est ou sera fait.

Selon le jugement clinique et en fonction de l'organisation locale des services de santé, des consultations spécialisées (ophtalmologie, hématologie, radiologie, pédiatrie générale ou spécialisée en maltraitance) peuvent être indiquées pour :

- compléter l'évaluation;
- envisager des diagnostics différentiels;
- assurer la prise en charge du bébé.

Les principaux obstacles à la mise en œuvre des recommandations de l'outil clinique sur les lésions sentinelles concernent le manque de temps en consultation, la crainte des professionnels de la santé de faire un signalement prématuré à la DPJ, ainsi que le manque de formation et de soutien clinique.

- Pour y remédier, il est proposé d'intégrer l'outil clinique de l'INESSS dans les plateformes de soins, de renforcer les compétences des professionnels dans leurs communications avec les familles et de mieux encadrer les signalements à la DPJ.
- Des actions transversales sont aussi conseillées, notamment la formation continue, la clarification des trajectoires cliniques de soins en contexte de possible maltraitance et la promotion d'une approche collaborative et culturellement sensible.

Conclusions

L'outil clinique élaboré dans le cadre des présents travaux vise à soutenir les professionnels de première ligne au Québec en offrant un cadre clair, fondé sur les données probantes, pour reconnaître les lésions sentinelles et orienter la prise de décision clinique. Il favorise une approche équilibrée, respectueuse et bienveillante envers les familles, le renforcement de la collaboration entre professionnels et l'amélioration de la cohérence des interventions. Ainsi, il contribue à des pratiques de protection adaptées aux bébés non ambulants.

SUMMARY

Sentinel injuries: suggestive signs of inflicted injuries in precruising infants

Introduction

The importance of detecting abuse in young babies is highlighted by data collected in Quebec from youth protection services. Detection is based on several signs of possible inflicted injuries (abuse) in precruising infants, including the recognition of sentinel injuries.

The concept of sentinel injuries generally refers to injuries that appear benign from a clinical standpoint but should raise concerns about the presence of hidden injuries and suggest a current or future risk of physical abuse. Healthcare professionals often serve as the first point of contact for babies who are victims of abuse. Thus, every encounter with a pediatric patient provides an opportunity to identify signs of a potential situation of abuse, including sentinel injuries.

The Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ) has observed that, despite existing guidelines, practices for identifying sentinel injuries in infants vary considerably, and missed opportunities to prevent serious injuries are still being observed. In this context, the Association asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to produce a clinical tool based on best practices to promote the recognition of sentinel injuries in primary care settings and to specify the clinical approaches to be followed. The work has also received approval by the directors of the directions de la protection de la jeunesse (DPJ) (Youth Protection Directorates - DYP) and by the programme-service Jeunes en difficulté (DPJe) (Youth in Difficulty Program), as well as by the directrice nationale de la protection de la jeunesse (DNPJ) (National Director of Youth Protection).

Methodology

- An exploratory and narrative review was conducted to define the concept of “sentinel injury”, along with a rapid review of literature presenting clinical recommendations on the types of injuries considered to be sentinel. Contextual data was also collected, in particular through documents, texts, and websites published in Quebec or Canada (including legislation and professional rules).
- Practice guidelines and expert consensus statements published between 2019 and 2025 were identified in targeted databases and grey literature. Documents were selected based on pre-established criteria and their quality was assessed using the AGREE GRS tool.
- An advisory committee of experts from various fields validated the scientific evidence and participated in the development of recommendations. The work was then presented to a monitoring committee composed of representatives from the

ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Santé Québec, associations, and professional orders. Finally, external validation of the work by external readers who are specialists in the field of interest and future users was also carried out at the end of the project.

- The data collected (scientific, contextual, and experiential) was analyzed and triangulated to develop a clinical tool containing recommendations for best practices adapted to the Quebec context.

Results

A sentinel injury is a visible injury in a precruising infant, or one reported by a parent, that appears clinically insignificant and is unexplained.

- Precruising infants are defined as infants who have not acquired the ability to stand up on their own or move around by leaning on objects.
- Bruises, subconjunctival hemorrhages, and intraoral injuries are identified as the main possible sentinel injuries to watch for in precruising infants.
- The presence of a sentinel injury usually requires interdisciplinary collaboration combining a medical assessment and an assessment by the DYP to identify possible causes (accidental, medical, or related to abuse).

It is important to remain alert and watchful for the following injuries whenever in contact with a precruising infant. Without plausible explanations, these injuries must be investigated:

- Any bruise (regardless of color, shape, or location) – however, it is important to differentiate it from various skin conditions (e.g., birthmarks, hemangiomas, hyperpigmentation, or hypopigmentation).
- Subconjunctival hemorrhages, except during the postnatal period (approximately 14 days).
- Any bruise-like wound, mark, or injury in the oral region (e.g., torn labial and lingual frenula).

In order to determine the unexplained nature of the injury, it is important to consider the consistency between the injury narrative, the clinical signs of the sentinel injury, and the baby's stage of motor development.

- It is recommended that the history be obtained from the parent in a non-suggestive manner and that attention be paid to certain elements of the story that seem inconsistent with an accidental injury (e.g., lack of narrative, vague, imprecise, or hypothetical story).

A comprehensive medical evaluation, including a medical history and a complete physical examination, is necessary to identify medical history and detect any occult injuries.

- The complete medical history of the infant and family should include the following: the presence of reported signs that may indicate other trauma, recent care or examinations, other medical conditions of the infant, delivery and nutritional history, medication use, and family medical history.
- The physical examination includes an assessment of the baby's general condition, a visual inspection of the body, palpation of all areas of the body to identify other injuries, and a neurological examination.

Additional examinations are also necessary in cases of potential situations of abuse to identify or rule out the presence of underlying medical conditions, but also to detect and document occult injuries.

- It is recommended that differential diagnoses be evaluated and possible inflicted injury be investigated simultaneously, as certain medical conditions can be confused with signs of abuse or make the infant more likely to sustain injuries.
- If any sentinel injuries are present, a general assessment including a complete blood count is recommended. In addition, if bruising is present, additional laboratory tests to screen for possible hemostasis or coagulation disorders are also indicated.
- Multimodal imaging, including skeletal series, computed tomography (brain or abdominal), and magnetic resonance imaging (brain), is often essential to identify and document sentinel injuries and to detect possible occult injuries. An examination of the fundus of the eye may also be required in certain situations.

Any situation must be reported to the DYP as soon as there is reasonable cause to believe that the baby's safety or development is or could be compromised.

- The need to report may arise at any time during the clinical assessment, as soon as the situation gives rise to reasonable grounds for concern, even without certainty or in the presence of incomplete information.
- Discussing the report and the steps of the clinical assessment with the parent in a caring manner can facilitate their cooperation. However, it is not mandatory to inform the parent that a report is or will be made.

Depending on clinical judgment and local organization of healthcare services, specialized consultations (ophthalmology, hematology, radiology, general pediatrics, or pediatrics specialized in abuse) may be indicated to:

- complete the assessment;
- consider differential diagnoses;
- ensure appropriate care of the baby.

The main obstacles to implementing the recommendations of the clinical tool on sentinel injuries relate to lack of time during consultations, health professionals' fear of making premature reports to the DYP, and lack of training and clinical support.

- To address these issues, it is proposed that INESSS' clinical tool be integrated into care platforms, that professionals' skills in communicating with families be strengthened, and to have a better framework for referrals to the DYP.
- Cross-cutting actions are also recommended, including continuing education, clarification of clinical care pathways in the context of possible abuse, and promotion of a collaborative and culturally sensitive approach.

Conclusions

The clinical tool developed through this current work aims to support primary care professionals in Quebec by providing a clear, evidence-based framework for recognizing sentinel injuries and guiding clinical decision-making. It promotes a balanced, respectful, and caring approach toward families, the strengthening of collaboration among professionals, and the improvement of the consistency of interventions. Thus, it contributes to protective practices adapted to precruising infants.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE GRS	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale</i>
AMPEQ	Association des médecins en protection de l'enfance du Québec
DNPJ	Directrice nationale de la protection de la jeunesse
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DPJe	Directeur du programme-service Jeunes en difficulté
EIQ	Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RTS	Réception et traitement des signalements
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TEN-4-FACESp	<i>Torso, Ears, Neck, Frenulum, Angle of the jaw, Cheeks, Eyelids or Subconjunctivae; "4" infants 4 months and younger with any bruise, anywhere; "p" represents the presence of patterned bruising</i>

INTRODUCTION

Problématique

Au Québec, en 2019, environ 8 % des décisions de type « faits fondés » à l'issue de l'évaluation pour suspicion de maltraitance par la protection de la jeunesse concernaient des enfants de moins d'un an (Hélie *et al.*, 2025). Cette statistique produite par l'Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse (EIQ) et dont la tendance est à la hausse au fil des années souligne l'importance de la détection de la maltraitance chez les jeunes bébés. Celle-ci repose notamment sur la capacité à reconnaître les premiers signes de blessures infligées¹ (maltraitance), tels que les lésions sentinelles, lesquelles peuvent constituer des indices essentiels avant que la violence ne s'aggrave (Sheets *et al.*, 2013).

Le concept de « lésion sentinelle » a été introduit pour la première fois en recherche sur la maltraitance en 2013 (Sheets *et al.*, 2013). Il est généralement admis en pratique clinique et dans le milieu scientifique que cette expression désigne des blessures d'apparence anodine qui sont considérées comme non significatives sur le plan clinique, notamment parce qu'elles ne nécessitent pas de traitement pour guérir (Béliveau, 2018; Cooney et Robinson, 2024; McDowell *et al.*, 2025). Leur identification en milieu clinique permet de détecter les bébés en bas âge victimes de maltraitance pour lesquels des examens complémentaires sont nécessaires (Bailhache, 2016). Bien que subtiles, ces lésions doivent alerter sur la présence possible de blessures concomitantes qui n'ont pu être identifiées à l'anamnèse ou à l'examen physique. Elles doivent aussi évoquer un risque actuel ou futur de blessures liées à l'abus physique, y compris l'escalade de la violence et l'apparition de séquelles (Berger et Lindberg, 2018; Henry et Wood, 2021; McDowell *et al.*, 2025; Mullen, 2023; Royal College of Paediatrics Child Health, 2020; Spiller, 2024).

Les professionnels de la santé jouent fréquemment un rôle de premier contact pour les enfants victimes de maltraitance (WHO, 2019). Ainsi, tout contact avec un patient pédiatrique offre la possibilité d'identifier des signes potentiels de blessures infligées, incluant les lésions sentinelles (Kempin et Gatzke, 2024). La maîtrise des savoirs professionnels fondamentaux sur les signes et symptômes des blessures infligées, dont les lésions sentinelles, est essentielle pour amorcer une appréciation clinique fondée sur les données probantes (Cleek *et al.*, 2025; Letson et Crichton, 2023). L'échec de la reconnaissance des lésions mineures qui devraient soulever des inquiétudes quant à une possible maltraitance, l'absence de réponse appropriée ou un diagnostic erroné peuvent entraîner des conséquences émotionnelles néfastes pour la famille ou exposer le bébé à de futurs épisodes potentiels de maltraitance avec des séquelles nocives pour son intégrité (allant jusqu'à la mort) (Bechtel *et al.*, 2021; Manan *et al.*, 2022; Sheets *et al.*, 2013). Une démarche équilibrée est de mise, car l'examen excessif des blessures

¹ Dans ce document, le terme « lésion infligée » est privilégié. Il fait référence à la maltraitance physique ou à l'abus physique et permet de distinguer ce type de blessure de celles accidentelles ou sous-jacentes à une maladie.

mineures pourrait engendrer des effets délétères (Hoegger *et al.*, 2025; McDowell *et al.*, 2025). Il appartient aux professionnels d'évaluer, au cas par cas, la nécessité d'approfondir l'investigation clinique (McDowell *et al.*, 2025). Bien que le rôle central des professionnels dans la détection soit désormais largement reconnu, plusieurs études continuent de rapporter des occasions manquées de détection en pratique clinique.

Bien qu'il soit complexe de réaliser des études auprès de bébés chez qui les cliniciens n'ont pas reconnu les situations de maltraitance (Jenny *et al.*, 1999), plusieurs occasions manquées de prise en charge des lésions sentinelles, par des médecins ou des infirmières, ont été documentées (Adamsbaum *et al.*, 2010; Bechtel *et al.*, 2021; Jenny *et al.*, 1999; King *et al.*, 2006; Kleinschmidt, 2019; Letson *et al.*, 2016; Livingston, 2010; Oral *et al.*, 2008; Petska et Sheets, 2014; Pierce *et al.*, 2009; Rabbitt *et al.*, 2022; Shangvi et Donaruma-Kwoh, 2022; Thackeray, 2007).

L'étude rétrospective phare de Sheets *et al.* (2013) a montré que les lésions sentinelles sont fréquentes chez les bébés de moins de 7 mois victimes de violence physique. Des lésions sentinelles antérieures ont été identifiées chez 25 % des bébés maltraités de l'étude. En revanche, ces blessures sont peu fréquentes dans les cas où une inquiétude initiale quant à une possible maltraitance avait été soulevée, mais où, à la suite d'une évaluation complète par l'équipe hospitalière en protection de l'enfance, le niveau de préoccupation quant à la possibilité de blessure infligée a été jugé faible ou nul (Sheets *et al.*, 2013). Pour sa part, Jenny *et al.* (1999) ont montré que 31 % des jeunes enfants² de leur étude pour lesquels une hypothèse d'abus physique était retenue (incluant une blessure infligée à la tête) avaient préalablement présenté des manifestations de blessures infligées qui n'avaient pas été retenues comme telles par un médecin³. Letson *et al.* (2016) ont aussi présenté, subséquemment, des résultats similaires.

² Les enfants inclus dans l'étude étaient âgés de moins de 3 ans. L'âge moyen des participants était de 247 jours.

³ Ces enfants avaient été évalués préalablement par un médecin à au moins une occasion, pour des symptômes cliniques non spécifiques compatibles avec un traumatisme crânien, dont des lésions au visage ou au cuir chevelu (ex. : hématomes sous-duraux, ecchymoses, hémorragie sous-rétinienne ou fracture du crâne).

MISE EN CONTEXTE ET MANDAT

En 2022, des pédiatres des centres hospitaliers universitaires du Québec se sont concertés pour offrir une définition claire des lésions sentinelles et pour guider les professionnels de la santé dans leurs démarches cliniques (Low-Décarie *et al.*, 2022). Selon les représentantes de l'Association des médecins en protection de l'enfance du Québec (AMPEQ), même avec de telles directives, il existe une variabilité considérable de pratiques en lien avec l'identification des lésions sentinelles chez les bébés non ambulants et les démarches cliniques offertes. De plus, des occasions manquées de prévenir des blessures infligées sévères sont toujours constatées. C'est dans ce contexte que l'AMPEQ a approché l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour produire un outil clinique basé sur les meilleures pratiques pour favoriser la reconnaissance des lésions sentinelles en contexte de soins de première ligne. Le projet a également été présenté à la directrice nationale de la protection de la jeunesse ainsi qu'à l'ensemble des directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) et du programme-service Jeunes en difficulté (DPJe), qui se sont dits favorables au mandat proposé.

Le présent rapport s'inscrit en soutien à l'outil clinique de l'INESSS sur les lésions sentinelles à l'intention des médecins de famille et d'urgence, des pédiatres, des infirmières et infirmiers ainsi que des sages-femmes. D'autres professionnels de la santé et des services sociaux travaillant avec les bébés non ambulants pourraient également être concernés. L'objectif principal poursuivi par ce mandat est, dans le cadre clinique des services de première ligne, de favoriser la reconnaissance des lésions sentinelles afin d'entreprendre sans délai les démarches appropriées pour assurer la sécurité des bébés non ambulants. Les sous-objectifs sont de :

- définir les lésions sentinelles;
- préciser les démarches cliniques que les professionnels de la santé doivent entreprendre lors de l'identification de lésions sentinelles.

Aspects exclus

Les aspects suivants sont exclus du projet :

- évaluation des signalements et autres étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse;
- traitement médical de la blessure;
- autres types de blessures que les lésions sentinelles;
- analyse économique.

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour réaliser l'outil clinique respecte les normes de qualité de l'INESSS. L'outil a été élaboré en triangulant l'information provenant : 1) de deux revues de la littérature scientifique ou grise; 2) d'éléments contextuels du Québec; 3) du savoir des parties prenantes. Les méthodes de collecte des données et de leur analyse sont présentées brièvement ici, mais de façon détaillée à l'annexe A (voir le document *Annexes complémentaires*).

1.1 Questions clés d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les divers aspects à documenter pour élaborer l'outil clinique.

Q1 Quels sont les critères permettant de définir les lésions sentinelles chez les bébés non ambulants?

- a) Quels sont l'âge et le stade de développement des bébés affectés par les lésions sentinelles?
- b) Comment définir les bébés non ambulants?

Q2 Quelles sont les lésions correspondant à cette définition?

Q3 Comment reconnaître ces lésions sentinelles dans un contexte de soins de première ligne?

- a) Quels sont les examens et évaluations à réaliser en présence de lésions sentinelles?
- b) Quels éléments de ces examens et évaluations revêtent une importance particulière en cas d'inquiétudes quant à de possibles blessures infligées?
- c) Quelles caractéristiques cliniques aident à distinguer les blessures infligées des blessures accidentelles ou d'autres conditions médicales sous-jacentes?

Q4 Quelles sont les étapes à suivre lorsqu'on identifie (à l'anamnèse ou à l'examen physique) des lésions sentinelles (qui consulter, quels suivis envisager, etc.)?

1.2 Revue exploratoire

Une revue exploratoire (narrative) a été réalisée pour répondre à la Q1 sur les critères permettant de définir les « lésions sentinelles ». Elle a aussi permis de répondre aux sous-questions sur la population concernée par l'outil (Q1a et Q1b). Une approche traditionnelle a été suivie (pas de processus structuré ni de protocole systématique de recherche de documents), ce qui peut avoir introduit certains biais (Framarin et Déry, 2021). Les documents choisis proviennent d'un répertoire qui a été étoffé au fil du mandat, des recommandations de lectures par les parties prenantes et de recherches

exploratoires sur Google et Google Scholar⁴. Au total, 62 documents ont été retenus. Parmi eux, 35 présentaient le concept de « bébé non ambulant » ou de « bébé non mobile »⁵ et 47 contenaient une définition⁶ de « lésion sentinelle ». Les caractéristiques des documents sélectionnés sont présentées de manière agrégée dans l'annexe B (voir le document *Annexes complémentaires*).

Tous les documents retenus pour la revue exploratoire ont fait l'objet d'une extraction des données et d'une analyse en fonction des concepts recherchés. Les données rapportées dans les sections 2.1 à 2.2.3 présentent une vue d'ensemble de l'état des connaissances générales sur les différents concepts retenus (Heyn *et al.*, 2019). Les différentes sources issues de la littérature scientifique, grise et contextuelle ont été triangulées afin de dégager une diversité de points de vue et de renforcer la robustesse des constats.

1.3 Revue rapide

Une revue rapide a été réalisée pour recenser les documents présentant des recommandations cliniques et répondre aux Q2, Q3 et Q4 sur les démarches que les professionnels de la santé doivent entreprendre lors de l'identification de lésions sentinelles. Cette revue suit principalement les mêmes étapes qu'une revue systématique (INESSS, 2023). Tout en conservant une démarche rigoureuse, certaines modifications ont été apportées à la méthodologie habituelle en vue de répondre en temps opportun au besoin décisionnel ciblé (Hamel *et al.*, 2021). Les modifications au processus ont trait à la limitation de la recherche à certains mots-clés ou années de publication, ainsi qu'à l'application de stratégies ciblées pour la sélection des documents, l'extraction des données et l'évaluation de la qualité des études.

La stratégie de repérage de la littérature a été élaborée par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche d'information a été effectuée dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, EMBASE, EMB Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews), PsycInfo et CINAHL Complete (voir l'annexe C du document *Annexes complémentaires*).

De plus, une recherche manuelle de l'information a été effectuée dans d'autres sources. D'abord, la littérature grise a été consultée sur les sites Internet pertinents, en combinaison avec une recherche *Google* et *Google Scholar*. Ensuite, les références bibliographiques des publications retenues ont été vérifiées. Parallèlement, les documents retenus dans la revue systématique réalisée par Blangis *et al.* (2021), sur les lignes directrices portant sur le repérage précoce et le diagnostic de la maltraitance physique chez les nourrissons, ont été vérifiés. Enfin, des documents contextuels

⁴ Le répertoire ainsi constitué contenait plus de 900 documents.

⁵ Seize documents présentent à la fois une définition de « lésion sentinelle » et le concept de « bébé non ambulant » ou de « bébé non mobile ».

⁶ Le terme *définition* est ici utilisé dans un sens large. Ainsi, certains documents se limitaient à désigner certaines lésions comme étant sentinelles et ont néanmoins été considérés comme contribuant à la définition de ce concept.

québécois ont été recherchés sur les sites Internet pertinents ou ont été soumis par les parties prenantes.

La sélection des documents (à partir de critères d'inclusion comme les suivants : bébés non ambulants, types et caractéristiques des lésions sentinelles, reconnaissance et examens, étapes en cas d'inquiétude quant à une possible blessure infligée) et l'extraction ont été effectuées de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. Les résultats ont été mis en commun et les désaccords discutés et résolus. La coordonnatrice scientifique a été consultée en cas de non-résolution des désaccords.

Au total, 1 430 documents ont été repérés dans les bases de données bibliographiques, et 72 dans d'autres sources. À l'issue de la sélection, 32 documents ont été retenus (voir l'annexe D dans le document *Annexes complémentaires*), puis extraits. Ils ont fait l'objet d'une analyse thématique présentée dans les sections 2.1.4 à 2.9.2, en croisant les différentes sources issues de la littérature scientifique, grise et contextuelle afin de dégager une diversité de points de vue et de renforcer la robustesse des constats. Avant la publication de ce rapport, une mise à jour du repérage de la littérature a été effectuée. Les caractéristiques des documents sélectionnés sont présentées de manière agrégée dans l'annexe B (voir le document *Annexes complémentaires*).

L'évaluation de la qualité méthodologique des documents a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles, à la suite d'une phase de test commune sur 15 % d'entre eux et impliquant une coordonnatrice. Cette étape a permis de s'assurer d'une compréhension et d'une application uniformes de la grille utilisée. L'évaluation présentée à l'annexe E (voir le document *Annexes complémentaires*) a été réalisée à l'aide de l'outil AGREE GRS (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale* (Brouwers et al., 2012)).

1.4 Éléments contextuels complémentaires

Afin de contextualiser les réponses aux Q2, Q3 et Q4, d'autres documents, textes ou sites Internet publiés au Québec ou au Canada ont été recherchés. Cela a permis de répertorier les lois, les règles professionnelles et les pratiques en vigueur dans le contexte de la maltraitance et des lésions sentinelles. Les éléments consultés sont présentés à l'annexe F (voir le document *Annexes complémentaires*). Les données issues de cette recherche sont rapportées dans la [section 2.4](#), qui aborde l'étape du signalement, et la [section 2.6.1](#), en lien avec le consentement aux soins.

1.5 Consultations

Différentes perspectives expérientielles ont été recueillies dans le cadre des travaux. Des consultations auprès de différents comités (comité consultatif et Panel des usagers et des proches) ont permis de comparer les informations et recommandations recensées dans les revues de la littérature à celles issues de la pratique clinique québécoise, en plus de permettre de recueillir de l'information complémentaire. Les barrières et les

facteurs facilitant l'adoption et l'application de l'outil clinique et l'implantation de ses recommandations ont également été colligés auprès de certaines parties prenantes.

Le processus de validation des travaux a inclus une consultation auprès de futurs utilisateurs, qui se sont prononcés sur la clarté, la convivialité et l'utilité de l'outil clinique élaboré. Les travaux ont aussi été présentés à un comité de suivi afin de s'assurer de leur pertinence et d'alimenter la réflexion sur l'applicabilité, la faisabilité d'implantation et la diffusion des travaux. Enfin, la qualité globale et la rigueur des travaux ont été appréciées par deux lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt et par les membres du comité consultatif.

1.6 Mise à jour

Il est important de souligner que l'outil clinique sur les lésions sentinelles a été élaboré à partir des connaissances disponibles au moment de sa conception, ainsi que des pratiques expérientielles et contextuelles en vigueur. Il appartient à chaque professionnel de se tenir informé des nouvelles données ou des mises à jour pertinentes.

L'évaluation de la pertinence de mettre à jour le document sera faite dans cinq ans à partir de la date de publication de la présente version. Advenant de nouvelles données scientifiques ou recommandations qui changeraient significativement la pratique, une mise à jour avant ce délai pourrait être envisagée.

2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente l'argumentaire soutenant la formulation des recommandations mises de l'avant dans l'outil clinique. En réponse aux questions d'évaluation, des éléments de synthèse tirés de l'ensemble des collectes de données sont présentés.

2.1 Population – Bébés non ambulants

La synthèse des données issues de la revue exploratoire de la littérature et des consultations a permis de dégager une définition du terme « bébé non ambulant » afin de bien cerner la population concernée par l'outil clinique.

Informations tirées de la littérature

Plusieurs documents font usage du terme « bébé non ambulant », mais peu en fournissent une définition (American College of Surgeons, 2019; Canty *et al.*, 2025; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Henry et Wood, 2021; London safeguarding children Partnership, 2024; Low-Décarie *et al.*, 2022; Rosen *et al.*, 2021). De plus, son usage varie selon les documents, désignant des enfants à des stades distincts de développement moteur. Cette imprécision rend son interprétation délicate et souligne la nécessité d'une définition uniforme pour assurer une identification cohérente des bébés vulnérables.

Le terme « non ambulant », utilisé au Québec, désigne les bébés « qui ne peuvent pas se déplacer debout en se tenant aux objets » (Low-Décarie *et al.*, 2022, p.2) ou ceux « ne pouvant se déplacer en faisant quelques pas alors qu'il[s] se tien[nent] aux objets » (Béliveau, 2018, p.44). Cela inclut des stades moteurs comme le roulement, le rampeur, le traînage sur les fesses ou l'action de grimper. Cet éclaircissement est crucial dans l'identification des blessures sentinelles, car il permet de cibler les bébés qui, en raison de leurs capacités motrices limitées, sont peu susceptibles de se blesser de manière accidentelle par des chutes ou d'autres formes de déplacements impliquant une posture debout.

L'utilisation parallèle, et parfois interchangeable, du terme « non mobile » est aussi remarquée dans la littérature. Il semble cependant plus restrictif et désigne les enfants incapables de se déplacer de manière autonome, même par rampeur ou traînage (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Child Safeguarding Practice Review Panel, 2022; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; Government of Western Australia, 2020; Henry et Wood, 2021; HIPS, 2023; Horstman et Tully, 2025; London safeguarding children Partnership, 2024; National Council on Crime and Delinquency, 2019; NICE, 2017; Shouldice *et al.*, 2025; Tate *et al.*, 2024; The Royal College of Ophthalmologists, 2024; WHO, 2019). Selon le Child Safeguarding Practice Review Panel (2022), une attention

particulière devrait être portée aux bébés qui ne tournent pas sur eux-mêmes, en raison de leur plus grande vulnérabilité et de leur risque accru d'abus physiques.

Certains documents recommandent d'être particulièrement attentif à la possibilité d'un abus physique lorsqu'un enfant, quel que soit son âge, ne peut ni parler ni marcher et qu'il présente une blessure, même mineure (American College of Surgeons, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019). Cela inclut les enfants souffrant de troubles ou de handicaps développementaux sévères, ayant des incapacités ou atteints de maladies affectant leur mobilité. Cependant, chez eux, des blessures accidentelles peuvent aussi survenir en raison de leur degré de mobilité, de l'usage de certains équipements, de leur tonus musculaire ou encore de leur capacité d'apprentissage (London safeguarding children Partnership, 2024).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif soutiennent qu'une définition pour désigner les bébés non ambulants doit être cohérente avec celle utilisée présentement au Québec et qu'elle doit être rappelée dans l'outil clinique sur les lésions sentinelles.

Perspective du Panel des usagers et des proches

Le Panel a souligné qu'il est important de protéger les bébés les plus vulnérables. Il a également été précisé que la tranche d'âge ciblée par l'outil clinique (bébés de 7 à 9 mois et moins, qui sont généralement des bébés non ambulants) ne devrait pas être si restrictive. Ainsi, selon les membres du Panel, des enfants qui deviennent ambulants tardivement, par exemple en raison d'un handicap ou d'un retard de développement, devraient également recevoir une attention particulière et être considérés dans l'outil clinique. Il en est de même pour les enfants qui ne deviendront jamais ambulants, comme ceux présentant un polyhandicap et dont les besoins de protection sont particulièrement importants en raison de leur grande vulnérabilité.

2.2 Généralités

La synthèse des données issues de la revue exploratoire de la littérature, d'éléments contextuels complémentaires et des consultations a permis de dégager les principaux éléments pour cerner le concept de « lésion sentinelle » dans une perspective opérationnelle. La section *Généralités* de l'outil tient compte des circonstances typiques de la survenue de telles lésions ainsi que des enjeux de protection de l'enfant qu'elles soulèvent. Elle propose des repères cliniques et conceptuels essentiels pour soutenir la réflexion et l'intervention professionnelle.

2.2.1 Définition du concept de « lésion sentinelle »

Informations tirées de la littérature

Parmi les critères le plus fréquemment retenus dans la littérature consultée pour définir les lésions sentinelles, deux caractéristiques observables se distinguent particulièrement. En premier lieu, les lésions sentinelles sont définies, dans les différents types de documents consultés, par leur aspect visible, c'est-à-dire qu'elles sont décrites comme étant identifiables à l'œil nu ou facilement détectables par un parent⁷ ou un professionnel de la santé (American College of Surgeons, 2019; Balençon, 2019; Barrett *et al.*, 2016; Béliveau, 2018; Betts *et al.*, 2017; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Henry et Wood, 2021; Kempin et Gatzke, 2024; Killough *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2023; Letson *et al.*, 2016; Low-Décarie *et al.*, 2022; Petska et Sheets, 2014; Shelby, 2021).

En deuxième lieu, les lésions sentinelles sont souvent caractérisées par des indices cliniques subtils, mais significatifs sur le plan médical. Bien qu'elles soient reconnues comme importantes sur ce plan, elles sont généralement décrites, dans plusieurs des documents consultés, comme mineures ou de faible gravité, en raison tant de leur caractère subtil que de leur apparence clinique peu sévère (American College of Surgeons, 2019; Asnes et Leventhal, 2022; Bailhache, 2016; Barrett *et al.*, 2016; Bechtel *et al.*, 2021; Béliveau, 2018; Bentivegna *et al.*, 2022; Berger et Lindberg, 2018; Betts *et al.*, 2017; Canty *et al.*, 2025; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2020; Henry *et al.*, 2021; Hoegger *et al.*, 2025; Kempin et Gatzke, 2024; Killough *et al.*, 2025; Kim et Noh, 2023; Lee *et al.*, 2023; Manan *et al.*, 2022; McDowell *et al.*, 2025; Mullen, 2023; Petska et Sheets, 2014; Rabbitt *et al.*, 2022; Ruiz-Maldonado *et al.*, 2023; Shelby, 2021; Shouldice *et al.*, 2025; Spiller, 2024; Suniega *et al.*, 2022; Tiyyagura *et al.*, 2017; Wolford *et al.*, 2022). Cependant, il n'existe pas de définition précise ou consensuelle de ce qu'est une blessure médicalement mineure (McDowell *et al.*, 2025).

Deux éléments contextuels repérés dans la littérature caractérisent aussi les lésions sentinelles. Le premier concerne les explications fournies pour légitimer la blessure. La littérature rapporte fréquemment que les lésions sentinelles se distinguent par une présentation clinique demeurant inexpliquée ou insuffisamment expliquée (American College of Surgeons, 2019; Balençon, 2019; Barrett *et al.*, 2016; Béliveau, 2018; Betts *et al.*, 2017; Blangis *et al.*, 2021; Cho et Koti, 2024; Cleek, 2020; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Henry et Wood, 2021; Kempin et Gatzke, 2024; Low-Décarie *et al.*, 2022; Manan *et al.*, 2022; McDowell *et al.*, 2025; Ngo, 2020; Petska et Sheets, 2014; Rabbitt *et al.*, 2022; Sheets *et al.*, 2013; Shelby, 2021; Tiyyagura *et al.*, 2017). Lorsque des explications sont fournies par les parents, leur faible plausibilité est souvent mise en évidence, notamment en fonction du mécanisme décrit (Cooney et Robinson, 2024; Ngo, 2020) et du niveau de développement moteur du bébé (American College of

⁷ Dans ce rapport, la notion de parent englobe aussi celle de figure parentale, ou toute autre personne qui accompagne le bébé.

Surgeons, 2019; Béliveau, 2018; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Escobar *et al.*, 2019; Letson *et al.*, 2016; Lindberg *et al.*, 2015; McDowell *et al.*, 2025; Sheets *et al.*, 2013).

Le deuxième élément contextuel qui caractérise les lésions sentinelles est le lien entre la lésion et un risque de maltraitance souvent grave et occulte ou futur (Asnes et Leventhal, 2022; Bailhache, 2016; Barrett *et al.*, 2016; Bechtel *et al.*, 2021; Bentivegna *et al.*, 2022; Berger et Lindberg, 2018; Canty *et al.*, 2025; Cho et Koti, 2024; Christian, 2015; Cleek, 2020; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2020; Henry et Wood, 2021; Hoegger *et al.*, 2025; Horstman et Tully, 2025; Kempin et Gatzke, 2024; Killough *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2023; Letson *et al.*, 2016; Lindberg *et al.*, 2015; Manan *et al.*, 2022; McDowell *et al.*, 2025; Mullen, 2023; Petska et Sheets, 2014; Rabbitt *et al.*, 2022; Sheets *et al.*, 2013; Shelby, 2021; Shouldice *et al.*, 2025; Spiller, 2024; Suniega *et al.*, 2022; Wolford *et al.*, 2022). En effet, les lésions sentinelles peuvent être accompagnées de blessures internes ou prédire des épisodes de violence pouvant évoluer vers des formes sévères, voire fatales.

Perspective du comité consultatif

De manière générale, le comité consultatif est en faveur d'une définition simple du concept de « lésion sentinelle », concise et adaptée à la réalité des intervenants, souvent confrontés à des contraintes de temps. Le vocabulaire utilisé doit être précis et les énumérations de mots aux significations semblables sont à éviter.

Plus précisément, les membres du comité ont déclaré être d'accord avec les caractéristiques observables proposées dans la littérature pour définir les lésions sentinelles, soit les signes visibles à l'œil nu pour les professionnels ou rapportés par les parents ainsi que les indices cliniques, subtils, mais significatifs sur le plan médico-légal. Ils ont souligné que, si ces blessures sont généralement peu graves, elles peuvent néanmoins survenir dans des situations potentiellement sévères de maltraitance.

Les membres du comité consultatif reconnaissent que ces lésions sont accompagnées d'explications cliniques peu plausibles ou insatisfaisantes. Selon eux, une attention particulière doit être portée afin que l'outil ne laisse pas entendre qu'une explication inadéquate pourrait résulter d'une difficulté des parents à s'exprimer. Il convient d'éviter toute interprétation qui attribuerait la responsabilité ou la compétence des parents à leurs capacités de communication plutôt qu'aux circonstances cliniques ou contextuelles. Les membres du comité consultatif appuient également l'intégration, dans l'outil, du constat scientifique selon lequel il existe un lien entre les lésions sentinelles et un risque de maltraitance grave ou future.

2.2.1 Types de lésions sentinelles

Informations tirées de la littérature

Les types de lésions pouvant être qualifiées de sentinelles varient selon les documents. La majorité se limitent aux blessures mineures (voir le [tableau 1](#)), respectant strictement ce critère. D'autres documents incluent des ensembles de symptômes associés à un

haut risque d'abus physiques (p. ex. les vomissements, l'irritabilité ou des épisodes d'apnée) (Berger et Lindberg, 2018), tandis que d'autres encore incluent également des lésions plus graves. Des auteurs ont effectivement élargi le concept à des blessures plus graves ou occultes comme les fractures et les lésions musculosquelettiques (American College of Surgeons, 2019; Béliveau, 2018; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Escobar *et al.*, 2019; Letson *et al.*, 2016; Lindberg *et al.*, 2015; McDowell *et al.*, 2025; Sheets *et al.*, 2013). Les traumatismes abdominaux, les hémorragies intracrâniennes ou sous-durales et d'autres blessures à la tête, les blessures génitales et oropharyngées ou encore les hémorragies rétinienne sont aussi parfois identifiés comme étant des lésions sentinelles (American College of Surgeons, 2019; Letson *et al.*, 2016; Lindberg *et al.*, 2015; McDowell *et al.*, 2025).

Tableau 1 Lésions d'apparence mineure pouvant être qualifiées de sentinelles

Type de blessure sentinelle	Références
Ecchymoses	(American College of Surgeons, 2019; Balençon, 2019; Béliveau, 2018; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Cooney et Robinson, 2024; Feldman <i>et al.</i> , 2020; HIPS, 2023); Hoegger <i>et al.</i> (2025); Horstman et Tully (2025); (Killough <i>et al.</i> , 2025; Lindberg <i>et al.</i> , 2015; Low-Décarie <i>et al.</i> , 2022; McDowell <i>et al.</i> , 2025; Rourke <i>et al.</i> , 2024; Sheets <i>et al.</i> , 2013; Tate <i>et al.</i> , 2024; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Hémorragies sous-conjonctivales	(Bentivegna <i>et al.</i> (2022); Lindberg <i>et al.</i> (2015); Low-Décarie <i>et al.</i> (2022); The Royal College of Ophthalmologists (2024)
Blessures intraorales	(American College of Surgeons, 2019; Béliveau, 2018; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Canty <i>et al.</i> , 2025; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Cooney et Robinson, 2024; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Hoegger <i>et al.</i> , 2025; Horstman et Tully, 2025; Killough <i>et al.</i> , 2025; Low-Décarie <i>et al.</i> , 2022; McDowell <i>et al.</i> , 2025; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rourke <i>et al.</i> , 2024; Sheets <i>et al.</i> , 2013; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025)
Abrasions	(Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Cooney et Robinson, 2024; McDowell <i>et al.</i> , 2025)
Lacérations	(American College of Surgeons, 2019; McDowell <i>et al.</i> , 2025)
Brûlures (ou brûlures mineures)	(Béliveau, 2018; McDowell <i>et al.</i> , 2025)
Blessures aux tissus mous cutanés	(American College of Surgeons, 2019; Cooney et Robinson, 2024; Killough <i>et al.</i> , 2025; McDowell <i>et al.</i> , 2025)

Perspective du comité consultatif

Selon le comité, l'outil devrait mettre l'accent sur certaines lésions, en particulier celles qui correspondent à l'idée d'une lésion cliniquement mineure et celles qui représentent des occasions d'intervenir rapidement en première ligne ou dans un contexte de proximité. Les membres de ce comité ont ainsi identifié de façon consensuelle les ecchymoses, les hémorragies sous-conjonctivales et les blessures intraorales comme étant les lésions sentinelles principales à surveiller et à considérer dans l'outil clinique. Ce choix repose également sur le fait que ces lésions sont bien étayées par la littérature scientifique (voir le [tableau 1](#)). Toutefois, ils ont précisé que cela ne diminue en rien l'importance des autres lésions, dont certaines peuvent aussi être considérées comme sentinelles, et qui peuvent constituer des situations d'abus physiques graves.

Parmi l'ensemble des lésions examinées, les lésions musculosquelettiques sont les seules qui ont suscité des discussions quant à leur inclusion. Finalement, les membres ont jugé qu'elles ne devraient pas figurer dans la liste des lésions sentinelles considérées dans l'outil clinique, estimant que leur gravité et leur caractère rarement visible, ainsi que la non-spécificité des signes associés les rendent difficilement compatibles avec ce type de classification.

2.2.2 Caractère inhabituel des lésions chez un bébé non ambulant

Informations tirées de la littérature

Les lésions sentinelles sont souvent caractérisées, dans les documents consultés, comme des manifestations cliniques inhabituelles. Le caractère inattendu constitue à cet égard un critère souvent employé dans leur définition, soulignant qu'elles ne correspondent pas aux blessures que l'on s'attendrait à observer chez un bébé en raison de son stade de développement moteur limité (Betts *et al.*, 2017; Cho et Koti, 2024; Cleek, 2020; Cooney et Robinson, 2024; Hoegger *et al.*, 2025; Kim et Noh, 2023; Manan *et al.*, 2022; Petska et Sheets, 2014; Tiyyagura *et al.*, 2017).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif reconnaissent que les lésions sentinelles sont souvent inhabituelles, sans toutefois juger pertinent d'intégrer ce caractère inhabituel dans la définition même des lésions sentinelles, puisqu'ils le considèrent peu discriminant par rapport à d'autres types de lésions. Ils recommandent toutefois que cette notion serve à orienter l'analyse clinique, en tant qu'indice de vigilance. Le comité souligne également que les bébés non ambulants forment une population pédiatrique particulièrement vulnérable, caractérisée par des stades de développement moteur précoces et une mobilité limitée, ce qui rend les blessures accidentelles rares. En ce sens, les membres du comité suggèrent que l'outil précise que les soins usuels et l'utilisation normale des objets du quotidien ne causent pas de blessures chez ces enfants. Cette précision vise à renforcer l'idée que toute blessure chez un bébé non ambulant mérite une attention particulière et ne doit jamais être considérée comme anodine.

2.2.3 Collaboration interdisciplinaire

Informations tirées de la littérature

La coopération entre les professionnels de la santé et les services de protection de l'enfance apparaît essentielle pour éclairer la nature d'une blessure (Starship, 2021). Les médecins apportent une expertise spécialisée, permettant aux services de protection de disposer d'informations précises et interprétables sur les blessures (Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022). Cette collaboration favorise l'évaluation objective des risques, guide les décisions d'intervention et contribue à la sécurité et au bien-être du bébé.

Perspective du comité consultatif

Pour les membres du comité consultatif, la collaboration interdisciplinaire est essentielle afin de mieux détecter l'abus physique chez les nouveau-nés et doit être mentionnée dans l'outil clinique. Selon leur expérience, l'expertise médicale, combinée à celle de la protection de la jeunesse, permet non seulement de mieux repérer les situations à risque, mais aussi d'en assurer une analyse rigoureuse et un tri plus efficace. Ils soulignent ainsi que cette approche partagée entre le milieu clinique médical et la protection de la jeunesse favorise une intervention rapide, cohérente et centrée sur la sécurité et le bien-être des enfants.

2.3 Repérage de lésions chez un bébé non ambulant

La synthèse des données issues de la revue rapide de la littérature et des consultations a permis de dégager une stratégie de détection des lésions sentinelles basée sur la vigilance des professionnels de la santé face à la présence d'ecchymoses, d'hémorragies sous-conjonctivales et de lésions intraorales. Elle tient également compte des risques de biais pouvant influencer leur interprétation. Enfin, la prise en considération des facteurs de risque individuels soulève certains enjeux, qui sont aussi abordés.

2.3.1 Stratégies de repérage

Informations tirées de la littérature

Plusieurs stratégies ont été développées pour repérer les lésions de manière précoce chez les bébés non ambulants afin d'assurer une réponse rapide pour prévenir des conséquences à long terme sur leur santé et leur bien-être. Les approches identifiées dans la littérature varient en fonction des contextes et peuvent être complémentaires. Certains éléments qu'elles regroupent peuvent se retrouver dans plus d'une approche.

Le repérage des cas est la stratégie recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (2019)⁸ et préconisée par plusieurs autres organisations (Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Escobar *et al.*, 2019; Low-Décarie *et al.*, 2022; Starship, 2021). Elle s'ancre sur une détection parfois fortuite, non seulement lors d'une consultation pour une blessure, mais aussi au cours de consultations de routine ou de visites pour d'autres symptômes ou maladies. Cette démarche est fondée sur une vigilance accrue à l'égard des signes cliniques de la maltraitance (American College of Surgeons, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Cleek *et al.*, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; Starship, 2021; WHO, 2019). Elle peut s'appuyer sur 1) une interrogation ouverte et non suggestive, permettant aux parents de décrire librement les blessures spécifiques, qu'elles soient actuelles ou antérieures (Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022); 2) un examen physique

⁸ Le niveau de qualité de cette recommandation, appuyée sur la littérature scientifique, est faible et la force conditionnelle (WHO, 2019).

sommaire visant à trouver des lésions sentinelles (Low-Décarie *et al.*, 2022; Starship, 2021) ou 3) l'observation des comportements préoccupants familiaux (Starship, 2021).

Le niveau de preuve de l'efficacité des autres stratégies présentées dans la littérature est davantage mitigé (voir le [tableau 2](#)).

Tableau 2 Stratégies pour identifier précocement les lésions sentinelles dont l'efficacité est mitigée selon la littérature scientifique

Type de stratégie	Niveau de qualité de la preuve et de recommandation	Limites mentionnées dans la littérature	Références
Dépistage universel	▪ Très faible ▪ Non recommandée	Faible validité et efficacité limitée des outils disponibles, coût élevé, pression accrue sur les services de santé, risques élevés d'engendrer de faux négatifs et de faux positifs	American College of Surgeons (2019); Child Protection Guideline Office (2019); Escobar <i>et al.</i> (2019); Starship (2021); WHO (2019)
Dépistage sélectif	▪ Raisonnable ▪ Recommandée à titre de pratique prometteuse	Peu d'études de qualité disponibles	American College of Surgeons (2019); Escobar <i>et al.</i> (2019)
Lignes directrices locales	▪ Très faible ▪ Non recommandée	Faible qualité méthodologique des études Nombre limité de résultats d'efficacité	American College of Surgeons (2019); Escobar <i>et al.</i> (2019)

Selon la littérature, en soutien à la stratégie de repérage, il serait essentiel de bâtir une relation de confiance avec les parents et de soutenir leur engagement actif dans la prestation de soins (lorsque cela est sûr et approprié) (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Low-Décarie *et al.*, 2022; Starship, 2021; WHO, 2019). Cela implique une communication non punitive et respectueuse. Les professionnels de la santé doivent inviter le parent à poser des questions ou à exprimer ses préoccupations tout au long du processus (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; HIPS, 2023).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité privilégient une approche axée sur le repérage des cas. Ils soulignent l'importance d'une vigilance accrue vis-à-vis des lésions sentinelles à chaque contact avec un bébé non ambulant. Cependant, ils reconnaissent qu'il peut être irréaliste, dans certains contextes de soins, de poser systématiquement des questions aux parents et de procéder à un examen physique sommaire. Ces pratiques demeurent néanmoins pertinentes, voire souhaitables, dans d'autres contextes, comme à l'urgence. De plus, il est suggéré d'inclure explicitement dans l'outil clinique les formulations exactes des questions, à titre d'aide-mémoire, comme le propose l'ABCdaire (Low-Décarie *et al.*, 2022, p. 3).

L'observation des comportements de la famille n'a pas été retenue pour réaliser le repérage des lésions sentinelles, car elle a été jugée sujette à trop d'interprétations subjectives, risquant d'entraîner des biais ou une stigmatisation de certaines familles. Enfin, les membres du comité ont accueilli favorablement les recommandations visant à instaurer un climat de confiance avec les parents dès l'étape du repérage.

Perspective du Panel des usagers et des proches

Lors de l'étape du repérage, les membres du Panel ont souligné plusieurs éléments essentiels pour favoriser une communication efficace entre les parents et les intervenants. Ils ont notamment insisté sur l'importance d'enseigner aux professionnels de la santé les principes du partenariat avec la famille, en mettant l'accent sur le renforcement du sentiment d'efficacité parentale. Ils ont également évoqué la nécessité de sensibiliser ces professionnels à adopter une posture non paternaliste, à intervenir avec une grande sensibilité, et à veiller à protéger prioritairement l'enfant, tout en évitant de stigmatiser la famille.

2.3.2 Facteurs de risque et risques de biais

Informations tirées de la littérature

Les facteurs de risque sont des éléments ou conditions qui augmentent la probabilité qu'un bébé soit victime de maltraitance (Christian, 2015). Ces facteurs, relatifs à l'enfant (naissance prématurée, handicap, troubles du comportement ou du tempérament), aux parents (faible soutien social, abus de substances, problèmes de santé mentale) ou à l'environnement social (violence conjugale, situation économique défavorisée, implication des parents avec les services de protection ou les forces de l'ordre), servent de repères pour orienter les initiatives de prévention et d'intervention en santé publique (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; NICE, 2017; Rourke *et al.*, 2024; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021). Certains documents spécifient qu'ils peuvent servir de repères généraux, notamment pour identifier les soutiens ou les ressources à offrir aux familles, et non comme des facteurs déterminants (Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Government of Western Australia, 2020; Starship, 2021).

Plusieurs documents soulignent tout de même l'importance de considérer les facteurs de risque pour soutenir la vigilance du professionnel face à une situation de possible maltraitance (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; NICE, 2017; Rourke *et al.*, 2020; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024; Ward *et al.*, 2013; WHO, 2019). En revanche, l'absence de facteurs de risque ne devrait pas diminuer la vigilance du clinicien lorsqu'une observation objective semble indiquer un abus (Cooney et Robinson, 2024; Government of Western Australia, 2020; Starship, 2021). Les professionnels de la santé seraient d'ailleurs plus susceptibles de ne pas

décélérer une situation de mauvais traitements dans les familles sans facteurs de risque apparents (Starship, 2021).

Les biais implicites, pour leur part, sont des croyances inconscientes pouvant influencer les attitudes et comportements des professionnels de la santé sans qu'ils en aient conscience (Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; WHO, 2019). Ils peuvent affecter les relations interpersonnelles avec les familles et les décisions de signaler une situation préoccupante (Cleek *et al.*, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; WHO, 2019). Ces biais peuvent apparaître lors de l'évaluation médicale de la situation de maltraitance, en raison de la présence de facteurs de risque ou de caractéristiques des bébés ou de leur famille (p. ex : âge, sexe, appartenance ethnique ou religieuse, orientation sexuelle, handicap, statut socio-économique), ou encore d'éléments moins explicites comme l'apparence et les comportements des parents (Cooney et Robinson, 2024; Government of Western Australia, 2020; WHO, 2019).

En particulier, il est reconnu que les biais liés à l'appartenance socio-économique des familles ou à leur origine ethnique peuvent conduire à des erreurs dans la reconnaissance des signes et symptômes de la maltraitance (Cleek *et al.*, 2022; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024). Notamment, certains de ces biais conduisent à supposer qu'un bébé vivant dans une « bonne famille » ne peut pas être maltraité (Cleek *et al.*, 2022; WHO, 2019), incitant à ne pas le signaler. Selon les recommandations recensées dans la littérature, les professionnels de la santé devraient prendre conscience de leurs biais et veiller à les atténuer afin que leur évaluation médicale de la maltraitance demeure objective (Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019).

Perspective du comité consultatif

Certains membres soulignent qu'il est délicat et inapproprié d'inclure les facteurs de risque dans l'outil clinique, car ils peuvent introduire des biais dans l'évaluation clinique, qu'ils soient négatifs ou positifs, notamment en lien avec le statut socio-économique ou l'origine ethnique. Selon les membres du comité consultatif, l'évaluation clinique d'une lésion sentinelle devrait plutôt exclusivement reposer sur des constatations objectives et cliniquement vérifiables, afin d'éviter que les caractéristiques ou l'histoire sociale de l'enfant ou de la famille influencent indûment l'inquiétude quant à une possible blessure infligée et la décision de signaler ou non une situation.

Perspective du Panel des usagers et des proches

Les membres du Panel des usagers et des proches reconnaissent la nécessité de sensibiliser les professionnels de la santé aux facteurs de vulnérabilité des familles, afin d'être outillés pour éventuellement les aider adéquatement, ainsi qu'à leurs biais potentiels, qu'ils soient positifs ou négatifs. Le Panel est ainsi en faveur d'un contenu,

dans l'outil clinique, qui soutient une meilleure prise de conscience des préjugés et des biais cognitifs des professionnels de la santé.

2.4 Reconnaissance d'une lésion sentinelle

La synthèse des données issues de la revue rapide de la littérature, de la documentation contextuelle et des consultations met en évidence le processus de reconnaissance d'une lésion sentinelle. Ce processus comprend trois éléments : 1) l'observation des signes cliniques de la lésion; 2) le recueil du récit lié à la blessure auprès du parent et 3) la prise en compte du développement moteur du bébé. La cohérence entre ces éléments doit être considérée.

2.4.1 Cohérence entre la lésion, le récit et le développement moteur du bébé

Informations tirées de la littérature

La reconnaissance d'une lésion sentinelle repose sur l'examen attentif de la cohérence entre les observations cliniques et les explications fournies par le parent, soit le récit de l'évènement lié à la blessure (pour plus d'information sur la façon de recueillir le récit, voir la [section 2.4.5](#)). Une incohérence entre le récit, le mécanisme évoqué et les caractéristiques de la blessure, qu'il s'agisse de son type, de sa localisation, de sa forme ou de sa gravité, peut soulever des préoccupations (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017; Rourke *et al.*, 2020; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019). De même, lorsque les explications ne correspondent pas au stade de développement moteur de l'enfant, soit à ses capacités motrices ou à ses activités normales, cela peut indiquer la présence potentielle d'une blessure infligée (American College of Surgeons, 2019; Cagetti *et al.*, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rourke *et al.*, 2020; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019). Les observations et propos rapportés devraient être consignés au dossier et une évaluation médicale complète devrait être réalisée, le cas échéant (London safeguarding children Partnership, 2024).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec les éléments présentés dans la littérature sur l'analyse permettant la reconnaissance des lésions sentinelles. Cette analyse de la cohérence entre les observations cliniques, le récit de l'évènement et le développement moteur du bébé est décrite comme une étape incontournable pour reconnaître la présence d'une lésion sentinelle.

2.4.2 Signes cliniques des ecchymoses

Informations tirées de la littérature

Les ecchymoses sont identifiées dans la littérature comme des signaux cliniques essentiels pouvant être liés à la maltraitance chez les bébés non ambulants, en particulier chez ceux de moins de 4 à 6 mois, qui devraient alerter les professionnels de la santé (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Béliveau, 2018; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; NICE, 2017; Rosen *et al.*, 2021; Rourke *et al.*, 2020; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024; The Royal College of Ophthalmologists, 2024; Ward *et al.*, 2013; WHO, 2019). En fait, il est reconnu que les ecchymoses sont étroitement liées à la mobilité en raison des activités quotidiennes et des mouvements accidentels (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Bentivegna *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; London safeguarding children Partnership, 2024; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025). L'apparition d'ecchymoses chez un bébé qui n'est pas encore capable de se déplacer seul est donc inhabituelle.

Outre le stade de développement moteur du bébé, certaines caractéristiques spécifiques des ecchymoses sont considérées dans la littérature comme étant associées à un haut risque d'abus physiques⁹ :

- Localisation atypique : oreilles, cou, pieds, fesses, torse, abdomen, organes génitaux, dos, bras, mains, etc., ou sur les tissus mous, loin des zones osseuses proéminentes (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; NICE, 2017; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024; Ward *et al.*, 2013; WHO, 2019);
- Région du visage : angle de la mâchoire, joues, paupières, région sous-conjonctivale (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019;

⁹ Plusieurs de ces caractéristiques sont présentées dans le *Bruising Clinical Decision Rule for children <4 years of Age*, un outil de dépistage visant à améliorer l'identification des enfants de moins de quatre ans présentant des ecchymoses pouvant être liées à la maltraitance et nécessitant une évaluation approfondie (Pierce *et al.*, 2021). Cet outil est cité dans de nombreux documents recensés.

HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019);

- Modèles évocateurs : formes définies ou correspondant à des objets (empreintes de mains, marques de ceinture, de ligature ou de morsure, etc.) (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; NICE, 2017; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; WHO, 2019);
- Ecchymoses multiples, regroupées ou étendues pouvant être accompagnées de pétéchies (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; NICE, 2017; Starship, 2021; Ward *et al.*, 2013; WHO, 2019).

Des mécanismes accidentels pouvant causer des ecchymoses, considérés comme rares ou très rares, mais demeurant plausibles, ainsi que des mécanismes davantage associés à des traumatismes infligés sont décrits dans la littérature recensée (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Christian, 2015; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019).

Il est à noter que, selon plusieurs documents, il n'est pas possible de déterminer avec précision l'âge des ecchymoses en se basant sur leur apparence puisque l'évolution de la coloration n'est pas un indicateur fiable de l'ancienneté de l'ecchymose (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; London safeguarding children Partnership, 2024; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013). Des précautions concernant certaines observations ou certains problèmes cutanés qui peuvent parfois être confondus avec des ecchymoses sont évoquées. Il s'agit par exemple de taches de naissance (tache mongoloïde ou mélanocytose dermique et *nævus d'Ito*), d'hémangiomes, d'érythème multiforme, d'eczéma, d'incontinentia pigmenti, de phytophotodermatite et de taches causées par de la teinture, ou d'autres décolorations cutanées et de la pigmentation post-inflammatoire (London safeguarding children Partnership, 2024; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013). Les cliniciens doivent ainsi s'assurer que les lésions observées sont bien de véritables ecchymoses, en éliminant les autres affections ou manifestations cutanées qui pourraient être confondues avec celles-ci. Une consultation avec un dermatologue peut alors s'avérer nécessaire (Child Protection Guideline Office, 2019; Ward *et al.*, 2013).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont rappelé que toute ecchymose chez un bébé non ambulant est inhabituelle. Sa seule présence est anormale et nécessite une investigation. Ainsi, dans l'optique que l'outil clinique demeure simple, il est suggéré par le comité consultatif d'éviter de faire référence à l'âge dans cette section de l'outil, comme le recommande le TEN-4-FACEsp, puisque l'outil s'adresse à l'ensemble des bébés non ambulants. Il a aussi été proposé d'inclure des exemples de photos d'ecchymoses afin de soutenir les cliniciens qui ne sont pas souvent confrontés à ce type de situation.

Le comité recommande de mettre en évidence, à titre d'attention particulière dans l'outil clinique, l'ensemble des autres caractéristiques du TEN-4-FACEsp (*Torso, Ears, Neck, Frenulum, Angle of the jaw, Cheeks, Eyelids or Subconjunctivae; "4" infants 4 months and younger with any bruise, anywhere; "p" represents the presence of patterned bruising*) pour faciliter la reconnaissance des ecchymoses comme signes de maltraitance potentielle. Ainsi, ses membres proposent d'exclure, pour l'outil clinique, les notions qui n'y figurent pas, soit celles d'ecchymoses multiples, regroupées ou étendues pouvant être accompagnées de pétéchies. Les membres soulignent qu'il est difficile d'évaluer la plausibilité des mécanismes associés aux lésions ecchymotiques, qu'ils soient considérés comme plausibles ou non, et qu'en faire mention dans l'outil pourrait s'avérer trompeur, voire inapproprié dans l'interprétation clinique.

Selon les membres du comité, il est important d'ajouter des informations concernant la détection des ecchymoses sur les peaux foncées, tout en étant prudent quant aux interprétations et préjugés que ces informations peuvent véhiculer. En effet, il est mentionné que les ecchymoses peuvent être plus difficiles à détecter et à interpréter chez les bébés à la peau foncée, notamment en raison de variations pigmentaires plus fréquentes (p. ex. hyperpigmentation). Les membres du comité soulignent également l'importance d'inclure dans l'outil une mention précisant qu'il est impossible de dater une ecchymose avec certitude en se basant sur son apparence. Selon eux, cette croyance demeure largement répandue. Finalement, selon les cliniciens consultés, il est essentiel de distinguer les causes médicales sous-jacentes pouvant expliquer la présence d'ecchymoses (voir la section Diagnostic différentiel), des situations qui pourraient être à tort interprétées comme de la maltraitance. Il a alors été décidé de conserver seulement les principales observations pouvant être confondues avec des ecchymoses dans cette section. De plus, il a été proposé d'ajouter une note concernant la possibilité d'utiliser un tampon d'alcool pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une tache ou d'une saleté, et ce, afin d'éviter les faux positifs d'ecchymose.

2.4.3 Signes cliniques des hémorragies sous-conjonctivales

Informations tirées de la littérature

Dans la littérature consultée, la présence d'une hémorragie sous-conjonctivale est considérée comme un signe associé à de la maltraitance chez les jeunes bébés

(Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017; Starship, 2021; The Royal College of Ophthalmologists, 2024). Les hémorragies sous-conjonctivales infligées peuvent être unilatérales ou bilatérales et sont souvent accompagnées d'autres blessures (notamment des ecchymoses) (The Royal College of Ophthalmologists, 2024). L'étendue du saignement peut varier, mais est toujours confinée aux limites de la sclère (HIPS, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022). Ces hémorragies se résolvent généralement en 10 à 14 jours (Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022). Leur présence lors de la période néonatale (environ 14 jours) ne constitue pas un signe de maltraitance (HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; The Royal College of Ophthalmologists, 2024). Les hémorragies sous-conjonctivales sont rarement causées par de la toux, des vomissements ou la constipation, selon les documents consultés (HIPS, 2025; The Royal College of Ophthalmologists, 2024).

Perspective du comité consultatif

Les membres sont d'accord avec les caractéristiques des hémorragies sous-conjonctivales présentées dans la littérature. Ils suggèrent d'ajouter des photos en annexe de l'outil clinique pour en faciliter la reconnaissance. Les membres du comité confirment la pertinence d'indiquer qu'il n'existe généralement pas de lien causal entre les hémorragies sous-conjonctivales et certains comportements normaux, comme la toux ou les vomissements, qui sont parfois évoqués par les parents pour expliquer la présence de ces lésions.

2.4.4 Signes cliniques des lésions intraorales

Informations tirées de la littérature

Plusieurs documents mentionnent l'importance des blessures intraorales comme indicateur précoce de maltraitance chez les jeunes bébés (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Béliveau, 2018; Bentivegna *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024). Elles nécessitent une évaluation médicale approfondie pour déterminer leur origine, en particulier pour les déchirures des freins, mais aussi pour toutes les autres lésions comme les pétéchies à l'intérieur de la bouche, les contusions sublinguales et les blessures aux lèvres, aux gencives et à la muqueuse buccale (American College of Surgeons, 2019; Béliveau, 2018; Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; London safeguarding children Partnership, 2024; Low-Décarie *et al.*, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rourke *et al.*, 2024; Tate *et al.*, 2024).

Des mécanismes abusifs pouvant causer des blessures intraorales sont décrits dans la littérature recensée (Cleek *et al.*, 2022; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025).

Perspective du comité consultatif

Les membres sont d'accord avec les informations tirées de la littérature concernant les lésions intraorales. Ils ont également indiqué qu'il serait important de préciser que ces lésions concernent à la fois la région intraorale et les lèvres. De plus, ils proposent de mentionner que la présentation clinique peut se faire sous forme de blessures, mais aussi de marques ou de lésions d'allure ecchymotique. Il est aussi suggéré de présenter explicitement certains exemples et d'ajouter qu'une attention particulière devrait être portée par les professionnels de la santé à la présence de sang sur les objets du bébé, comme sa couverture ou sa suce. Tout comme pour les ecchymoses, il est suggéré de ne pas présenter les mécanismes abusifs potentiels des blessures intraorales.

2.4.5 Récit lié à la lésion

Informations tirées de la littérature

Les documents indiquent que l'histoire de la blessure doit être documentée et consignée au dossier médical de manière détaillée pour déterminer comment celle-ci s'est produite (American College of Surgeons, 2019; Cagetti *et al.*, 2019; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025; Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017; Starship, 2021; WHO, 2019).

Pour recueillir et analyser le récit de la blessure, il est d'abord recommandé de permettre aux parents de fournir un récit sans les interrompre (Christian, 2015). Des détails supplémentaires peuvent ensuite être obtenus par un questionnement précis, en se concentrant sur la situation clinique, par exemple : « *J'ai remarqué des marques sur le dos de votre bébé. Que pouvez-vous me dire à ce sujet?* » (Bentivegna *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025; Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017; Starship, 2021).

Il est aussi recommandé de poser des questions ouvertes, neutres et sur un ton non accusateur afin d'obtenir les informations recherchées et sans suggérer de réponses, notamment sur les mécanismes explicatifs possibles (Christian, 2015; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017; WHO, 2019). Enfin, les professionnels de la santé doivent documenter leurs préoccupations avec précision, en indiquant pourquoi ils jugent la situation préoccupante ou non (Low-Décarie *et al.*, 2022; NICE, 2017).

Certains aspects du récit méritent une attention particulière. L'ABCdaire met en évidence des indices qui permettent de croire que le récit des parents peut être compatible avec une blessure accidentelle, notamment lorsque ceux-ci fournissent des détails clairs et précis, et que la cohérence du récit se maintient à travers les différents témoins ou au fil du temps (Low-Décarie *et al.*, 2022).

La littérature fournit également plusieurs indicateurs qui conduisent à penser que le récit est possiblement incohérent ou improbable, laissant présager une situation de maltraitance :

- absence de récit de traumatisme, incapacité du parent à fournir des explications ou absence de témoin (American College of Surgeons, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021);
- récit vague, imprécis ou confus (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021)
- changements à répétition dans le temps ou selon les témoins, ou détail important de l'explication qui change de manière substantielle (American College of Surgeons, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; WHO, 2019);
- déni du parent, minimisation, indifférence ou déresponsabilisation face à la blessure ou à l'état médical du bébé (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; National Council on Crime and Delinquency, 2019);
- tentative de dissimuler la blessure du bébé (Government of Western Australia, 2020);
- retard inexplicé ou inattendu dans la recherche de soins médicaux pour des blessures qui en auraient requis, non-assistance ou évitement des rendez-vous médicaux (American College of Surgeons, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021);
- antécédents de blessures expliquées ou inexpliquées (American College of Surgeons, 2019; Escobar *et al.*, 2019);
- préoccupation des témoins adultes pour leur propre sécurité ou les conséquences négatives de la déclaration (American College of Surgeons, 2019).

Enfin, la littérature présente aussi des exemples de récits incohérents dont les explications soulèvent des préoccupations quant à la possibilité de maltraitance (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Christian, 2015; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité considèrent que le contenu de la littérature relatif au recueil du récit auprès des parents est approprié. Ils ajoutent que des explications jugées incohérentes et liées aux soins ou aux objets usuels (p. ex. sangles des sièges, poussette, couches, barreaux de lit, suce, fermeture éclair, tape pour faire faire le rot) devraient aussi soulever des préoccupations. Toutefois, ils expriment une certaine hésitation quant à la présentation d'exemples de mécanismes dans les éléments du récit nécessitant une attention particulière. Alors que la présentation d'exemples de récits incohérents est jugée pertinente, il est recommandé qu'elle soit placée en annexe de l'outil.

Perspective du Panel des usagers et des proches

Les membres du Panel indiquent qu'au moment du recueil du récit de la blessure raconté par les parents, les professionnels de la santé devraient éviter d'adopter une posture d'enquêteur, qu'ils devraient faire preuve de transparence et impliquer les parents dans le cadre de discussions interdisciplinaires. Par ailleurs, les membres du Panel invitent l'équipe de projet à s'interroger sur l'applicabilité de ses recommandations, notamment par rapport au temps qu'elles requièrent pour être appliquées, dans un contexte de ressources et de temps limités. Certaines modalités et conditions de leur mise en œuvre mériteraient d'être précisées, selon eux, comme le temps nécessaire à consacrer lors de la consultation en cas de découverte d'une lésion sentinelle.

2.5 Évaluation médicale complète

La synthèse des données issues de la revue rapide de la littérature et des consultations met en évidence l'importance de procéder à une évaluation médicale complète en présence d'une lésion sentinelle. Cette évaluation devrait comprendre une anamnèse et un examen physique complet. Cela permet de collecter de l'information sur l'histoire médicale du bébé et de la famille, en plus de rechercher la présence de blessures occultes.

2.5.1 Anamnèse

Informations tirées de la littérature

Plusieurs documents recommandent d'inclure l'histoire médicale complète dans l'évaluation de la situation de possible maltraitance. Selon les documents, cette analyse de l'histoire médicale pourrait inclure :

- des antécédents médicaux de l'enfant, dont l'historique de blessures, les antécédents de saignement, les maladies connues, les traitements ou les soins reçus, la prématurité, un traumatisme à l'accouchement (Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013);

- une histoire familiale et les antécédents médicaux familiaux, dont les maladies génétiques ou héréditaires, des symptômes hémorragiques importants, un diagnostic de trouble héréditaire de la coagulation, des antécédents de consanguinité parentale (Biss *et al.*, 2022; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013);
- les symptômes connexes à la lésion (Low-Décarie *et al.*, 2022; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013);
- la prise de médicaments (Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Haney *et al.*, 2025; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013);
- l'histoire nutritionnelle (allaitement, restrictions alimentaires de la mère) (Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018);
- l'histoire de l'accouchement (complications, postpartum) (Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025);
- le tempérament de l'enfant : est-il facile ou difficile à prendre en charge (p. ex. pleurs fréquents)? (Christian, 2015).

Certains documents recommandent de consulter le carnet de santé ou le dossier patient pour savoir si ce type de blessure a déjà été constaté par le passé ou en période néonatale (p. ex., les hémorragies sous-conjonctivales néonatales devraient être documentées dans le dossier à la naissance) (Balençon, 2019; HIPS, 2023; London safeguarding children Partnership, 2024; Ward *et al.*, 2013).

Perspective du comité consultatif

L'ensemble du comité est d'accord avec les éléments de l'histoire médicale repérés dans la littérature. Il est rappelé que des soins récents, tels que des prises de sang ou la mesure de la tension artérielle, peuvent laisser des traces visibles : il est donc important de vérifier auprès du parent si l'enfant a reçu ce type de soins récemment. Il est également proposé de poser des questions sur la présence de taches de naissance et de rechercher les symptômes d'autres blessures, comme ceux des traumatismes crâniens ou des fractures (p. ex. saignements buccaux, vomissement, altération de l'état de conscience, limitation de mouvement d'un membre), plutôt que les symptômes connexes à la lésion.

2.5.2 Examen physique complet

Informations tirées de la littérature

Selon plusieurs documents retenus, l'examen physique complet est essentiel pour tout bébé qui présente une blessure inexpliquée (Cagetti *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2025; Rosen *et al.*, 2021; Starship, 2021; Ward *et al.*, 2013), et ce, afin de rechercher des blessures occultes (Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Cooney et Robinson, 2024). Selon certains documents, cet examen devrait

également inclure un bilan neurologique complet (Christian, 2015; Ward *et al.*, 2013) et une évaluation de l'état physique général de l'enfant (p. ex. taille, poids, périmètre crânien, nutrition/hydratation, évaluation développementale, signes vitaux) (Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Starship, 2021; Ward *et al.*, 2013).

Lors de l'examen physique, il est recommandé que l'enfant soit déshabillé complètement afin d'examiner toutes les régions du corps (Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2025; Rosen *et al.*, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013) et l'ensemble de la surface de la peau pour déceler d'autres lésions comme des ecchymoses, des lacérations, des brûlures, des morsures ou d'autres blessures (Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025). Certains documents recommandent d'examiner plus particulièrement certains endroits comme le cou, la région de la bouche, les paumes des mains et les plantes des pieds, les oreilles, les plis cutanés, les organes génitaux, les yeux, les membres, les fesses et le cuir chevelu (Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; HIPS, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Rosen *et al.*, 2021; Starship, 2021; Ward *et al.*, 2013).

Deux documents se réfèrent à l'outil TEN-4 FACESp pour lister les endroits à regarder : torse, oreille et cou ainsi que frein lingual, angle de la mâchoire, joue (buccal), paupières, sous-conjonctives (American College of Surgeons, 2019; Rosen *et al.*, 2021).

Les documents québécois retenus précisent que les égratignures superficielles, les rougeurs transitoires (< 24 heures) et les petites abrasions ne sont pas des lésions sentinelles et que leur présence ne constitue pas un signe de maltraitance (Béliveau, 2018; Low-Décarie *et al.*, 2022).

Finalement, il est recommandé de palper le squelette et les régions du corps lorsque l'enfant est au repos afin d'évaluer la sensibilité des os, la possible présence de fractures (Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015), l'hypermobilité articulaire, la laxité cutanée et la déformation osseuse (Ward *et al.*, 2013).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité sont d'accord avec les informations issues de la littérature concernant l'importance de l'examen physique, ses objectifs ainsi que les modalités de sa réalisation. Les membres du comité trouvent également important de faire un rappel précis des endroits à examiner. En plus des endroits fortement associés à la maltraitance qui ont été mentionnés dans les sections 2.4.2, 2.4.3 et 2.4.4, il est suggéré d'ajouter l'examen et la palpation de la tête, et plus particulièrement de la fontanelle, et d'autres régions du corps comme les clavicules, l'abdomen et le thorax. Concernant l'examen musculosquelettique, il est proposé d'ajouter l'observation de la limitation, de l'asymétrie ainsi que des anomalies de mouvements des membres et d'enlever l'hypermobilité articulaire et la laxité cutanée qui sont plutôt des signes d'Ehlers-Danlos et qui sont non spécifiques à des blessures associées à la maltraitance. Finalement, il est rappelé que, même en l'absence d'autres trouvailles ou de lésions, il demeure essentiel de poursuivre

les examens complémentaires, notamment pour détecter d'éventuelles blessures occultes et explorer les diagnostics différentiels.

2.5.3 Documentation clinique

Informations tirées de la littérature

Selon les documents retenus, il est important de documenter les observations dans le dossier médical du bébé (Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; London safeguarding children Partnership, 2024; Rosen *et al.*, 2021; Starship, 2021). Cette documentation pourrait notamment inclure les manifestations visibles de la blessure et ses caractéristiques (p. ex. la couleur, la taille, le nombre, la forme et la localisation) (Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; London safeguarding children Partnership, 2024; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013). Il est également mentionné que l'utilisation d'un diagramme, d'un schéma ou de la photographie peut être utile pour documenter les informations sur les lésions observées (Bentivegna *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023; London safeguarding children Partnership, 2024; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Ward *et al.*, 2013; WHO, 2019). Deux documents rappellent l'importance d'obtenir le consentement des parents avant de prendre des photos (Christian, 2015; WHO, 2019).

Perspective du comité consultatif

L'ensemble du comité est d'accord pour que les trouvailles soient bien documentées, soit à l'aide de descriptions, d'un schéma du corps ou de photographies. Selon ses membres, il est important de présenter les différentes façons de bien documenter les observations. Le comité signale qu'il est très aidant d'avoir une photographie de la lésion, surtout en présence d'ecchymoses, puisque celles-ci évoluent dans le temps. Cette méthode devrait donc être privilégiée si elle est disponible. En effet, il est souligné que ce ne sont pas tous les centres médicaux qui sont équipés d'appareils photo. Les membres confirment également l'importance d'obtenir le consentement des parents avant de prendre des photographies et de respecter les bonnes pratiques de gestion des photos de chaque établissement.

2.6 Examens complémentaires

La synthèse des données issues de la revue rapide de la littérature et des consultations a permis de montrer que, face à une situation potentielle de maltraitance, certains examens complémentaires sont nécessaires : des examens de laboratoire et des examens d'imagerie. Ces examens permettent notamment d'identifier ou d'exclure la présence de conditions médicales sous-jacentes qui pourraient expliquer la présence de la blessure observée, mais aussi de détecter et de documenter des blessures occultes.

2.6.1 Discussion avec le parent

Informations tirées de la littérature

Selon la littérature, les parents devraient être impliqués, autant que possible, dans le processus d'évaluation médicale de la situation de maltraitance présumée et de prise de décision. Il est donc recommandé de leur fournir les raisons pour lesquelles certains examens sont nécessaires (American College of Surgeons, 2019; Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023). Les options qui s'offrent à eux, leur droit de consentir aux soins pour le bébé ou de les refuser, ainsi que les limites de la confidentialité devraient également être abordés (WHO, 2019). En vertu du Code civil du Québec, le consentement libre et éclairé du parent est requis avant de procéder aux examens¹⁰ (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2017). Le refus de consentir doit être respecté. Cependant, si ce refus est injustifié et empêche de prodiguer des soins requis par l'état de santé du bébé (incluant les examens et les prélèvements), cette situation doit être signalée au DPJ¹¹ (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2017). Tout empêchement ou refus injustifié de soins, ce qui inclut les examens et les prélèvements requis par l'état de santé du bébé, doit être signalé au DPJ¹². Cela s'applique lorsqu'il y a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement du bébé est ou pourrait être considéré comme compromis. Par ailleurs, le DPJ peut exceptionnellement autoriser les soins ou l'hospitalisation en appliquant une mesure de protection immédiate¹³.

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec l'information présentée dans la littérature au sujet de la discussion avec les parents sur les examens complémentaires. Quelques modifications mineures ont été suggérées.

2.6.2 Examens de laboratoire

Informations tirées de la littérature

Il existe des maladies qui peuvent prédisposer le bébé à développer la blessure et ainsi être confondues avec des blessures infligées. C'est pourquoi, chez les enfants présentant des ecchymoses, en particulier les jeunes bébés, il est recommandé de procéder simultanément à une évaluation des diagnostics différentiels et à une investigation de la possibilité de blessures infligées (Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; HIPS, 2023; Low-Décarie *et al.*, 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Ward *et al.*, 2013).

¹⁰ Code civil du Québec ch. CCQ-1991, art. 12 et art. 14.

¹¹ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 38 al. 1b.

¹² Code civil du Québec ch. CCQ-1991, art. 16.

¹³ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 46.

Selon la littérature, la pertinence d'effectuer le diagnostic différentiel et des examens de laboratoire pourrait toutefois dépendre du récit de l'évènement, de l'histoire médicale et familiale et de la présentation clinique (Anderst *et al.*, 2022; Bentivegna *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013).

Dans une situation de possible blessure infligée, l'examen hématologique vise à identifier ou à exclure la présence d'un trouble héréditaire ou acquis de la coagulation susceptible d'avoir influencé la propension aux ecchymoses (Biss *et al.*, 2022; Christian, 2015; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013). Les documents retenus stipulent que les tests doivent être choisis en fonction de leur capacité à détecter la condition médicale présumée, de la prévalence de l'affection et des antécédents du patient et de sa famille (Anderst *et al.*, 2022; Christian, 2015). Le [tableau 3](#) regroupe les différents examens de laboratoire recommandés par les documents retenus.

Finalement, il est mentionné que certains examens de deuxième ligne peuvent parfois être nécessaires et qu'une consultation avec un hématologue ou d'autres spécialistes peut alors être recommandée (Anderst *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013), et que la présence d'un problème de santé n'exclut pas la possibilité d'une blessure infligée et inversement (Haney *et al.*, 2025; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013). En présence d'un résultat positif ou anormal à un test de laboratoire, une consultation avec un spécialiste (p. ex. hématologue) devrait être envisagée, selon certains documents (Anderst *et al.*, 2022; Christian, 2015; Rosen *et al.*, 2021).

Tableau 3 Examens de laboratoire recommandés par les documents retenus

Examen de laboratoire	Références
En présence d'une suspicion d'abus physique (toutes lésions)	
Numération sanguine avec plaquettes	(Escobar <i>et al.</i> , 2019; Rosen <i>et al.</i> , 2021)
Électrolytes sériques	(Rosen <i>et al.</i> , 2021)
Glucose	(Rosen <i>et al.</i> , 2021)
Analyse d'urine ¹	(Escobar <i>et al.</i> , 2019; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024)
Panel métabolique complet	(Escobar <i>et al.</i> , 2019)
Dosage des enzymes hépatiques : alanine aminotransférase (ALT), aspartate transaminase (AST) et lipase ¹	(Balençon, 2019; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024)
Créatinine	(Rosen <i>et al.</i> , 2021)
Azote uréique sanguin	(Rosen <i>et al.</i> , 2021)

Examen de laboratoire		Références
En présence d'ecchymoses		
Numération sanguine avec plaquettes		(American College of Surgeons, 2019; Anderst <i>et al.</i> , 2022; Balençon, 2019; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Government of Western Australia, 2020; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Dépistage d'un trouble hémorragique	Temps de thromboplastine partielle (PTT)	(American College of Surgeons, 2019; Anderst <i>et al.</i> , 2022; Balençon, 2019; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Government of Western Australia, 2020; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward <i>et al.</i> , 2013)
	Temps de prothrombine (PT)	
	Ratio normalisé international (INR)	
	Frottis sanguin	(Biss <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Taux de fibrinogène		(Balençon, 2019; Biss <i>et al.</i> , 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Dépistage de la maladie de von Willebrand Test de l'antigène du facteur von Willebrand (vWF) Activité du vWF ²		(American College of Surgeons, 2019; Anderst <i>et al.</i> , 2022; Balençon, 2019; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Dépistage de l'hémophilie Taux de facteur VIII et taux de facteur IX		(American College of Surgeons, 2019; Anderst <i>et al.</i> , 2022; Balençon, 2019; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)

ALT : alanine aminotransférase; AST : aspartate transaminase; PTT : temps de thromboplastine partielle; PT : temps de prothrombine; INR : ratio normalisé international; vWF : test de l'antigène du facteur von Willebrand.

- 1- Certains documents les recommandent en cas d'ecchymoses abdominales ou de signes de traumatisme abdominal (Balençon, 2019; Haney *et al.*, 2025; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024).
- 2- Trois documents ne recommandent pas d'inclure le dépistage de la maladie de von Willebrand dans les investigations de première ligne (Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025). Ce dépistage n'est envisagé que si des anomalies sont détectées dans les résultats de laboratoire (Biss *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019) ou en présence d'antécédents personnels ou familiaux évocateurs d'un trouble de la coagulation (Starship, 2021).

Diagnostic différentiel

Certaines conditions médicales peuvent se manifester dans la petite enfance de la même manière qu'une ecchymose ou un saignement abusif (Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Christian, 2015; Ward *et al.*, 2013). Par exemple, les troubles de la coagulation peuvent provoquer des ecchymoses, parfois légères, et apparaître à des endroits permettant de suspecter un abus (Anderst *et al.*, 2022). Les principaux diagnostics différentiels à considérer en présence d'une lésion sentinelle sont présentés dans le [tableau 4](#). L'évaluation de diagnostics différentiels peut nécessiter la consultation en médecine spécialisée (p. ex. hématologue, ophtalmologiste) (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025; The Royal College of Ophthalmologists, 2024; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward *et al.*, 2013).

Tableau 4 Principaux diagnostics différentiels à considérer en présence d'une lésion sentinelle

Diagnostic	Références
En présence d'ecchymoses	
Troubles hémorragiques ou de la coagulation : • Maladie de von Willebrand • Hémophilie • Anomalies plaquettaires • Thrombocytopénie immunitaire • Coagulation intravasculaire disséminée	(American College of Surgeons, 2019; Anderst <i>et al.</i> , 2022; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022; Christian, 2015; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Syndrome d'Ehlers-Danlos	(Anderst <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Ostéogénèse imparfaite	(Biss <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Carence en vitamine K ¹ (rare)	(Anderst <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Troubles de la moelle osseuse	(Anderst <i>et al.</i> , 2022; Biss <i>et al.</i> , 2022)
Cancer	(Anderst <i>et al.</i> , 2022)
Leucémie	(Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Œdème aigu hémorragique	(Balençon, 2019)
Infections (p. ex. méningococcémie)	(Ward <i>et al.</i> , 2013)
Vascularites	(Christian, 2015)
Malformations artérioveineuses	(Anderst <i>et al.</i> , 2022)
En présence d'hémorragies sous-conjonctivales	
Hémorragie sous-conjonctivale néonatale	(HIPS, 2023, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; The Royal College of Ophthalmologists, 2024)
Maladies infectieuses	(HIPS, 2025; The Royal College of Ophthalmologists, 2024)
Maladies hématologiques	(HIPS, 2025; The Royal College of Ophthalmologists, 2024)
Maladies néoplasiques	(The Royal College of Ophthalmologists, 2024)

- 1- En raison de l'apport généralisé de vitamine K à la naissance, les hémorragies dues à une carence en vitamine K sont rares (Anderst *et al.*, 2022; Biss *et al.*, 2022).
- 2- Des hémorragies sous-conjonctivales peuvent être observées chez les nouveau-nés et être causées par l'accouchement. Elles disparaissent rapidement en l'espace de deux semaines (Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; The Royal College of Ophthalmologists, 2024).

Perspective du comité consultatif

Selon l'avis des membres du comité, il est toujours nécessaire d'envisager un diagnostic différentiel en présence d'une lésion sentinelle et lors d'une inquiétude quant à une possible blessure infligée. L'étendue du diagnostic différentiel et les examens à réaliser vont cependant varier selon l'histoire médicale et la présentation clinique. Selon les cliniciens consultés, une distinction doit être faite entre les examens à réaliser pour effectuer un diagnostic différentiel et ceux qui permettent de rechercher des blessures

occultes. Il est donc important, selon eux, de préciser pourquoi un examen est fait et pour quelle indication clinique.

Le comité est généralement d'accord avec les examens recommandés dans la littérature. Les membres proposent cependant certaines modifications afin de mieux les adapter au contexte québécois. Notamment, il est proposé de réaliser un bilan sanguin en présence de tous les types de lésions sentinelles. De plus, il est suggéré que le groupe sanguin soit demandé seulement si le facteur de Willebrand est anormal et le frottis, seulement si le bilan sanguin est anormal. Enfin, les tests de glucose et de l'urée devraient être retirés de la liste puisqu'ils ne sont jamais réalisés dans le contexte des blessures infligées.

Les avis étaient partagés au sein du comité concernant la pertinence de réaliser systématiquement une analyse d'urine en présence d'une suspicion de traumatisme abdominal. Bien que ce test soit non invasif et recommandé dans des documents, son bénéfice clinique reste ambigu dans ce contexte selon certains membres du comité. En raison de cette incertitude, une mention facultative a été ajoutée pour ce test. Sa réalisation pourra ainsi être laissée à la discrétion de chaque clinicien.

Diagnostic différentiel

L'inclusion des principaux diagnostics différentiels à considérer en présence d'une lésion sentinelle n'a pas non plus fait consensus au sein du comité consultatif lors des premières discussions. Certains membres ont soulevé des questions quant à la pertinence d'un tel niveau de détail pour les professionnels de la santé de la première ligne. D'autres affirmaient plutôt que c'était très aidant, notamment pour les professionnels qui travaillent dans les régions où les spécialistes sont moins faciles d'accès. Il a finalement été convenu d'inclure en annexe une liste non exhaustive de diagnostics différentiels pouvant servir de référence.

Les membres du comité ont également fait des suggestions afin de réduire la liste de diagnostics différentiels et apporté certaines précisions et modifications, notamment le retrait de certaines conditions médicales graves pour lesquelles le bébé serait dans un état critique. De plus, en présence d'une hémorragie sous-conjonctivale, une anomalie vasculaire de la conjonctive pourrait être envisagée et la maladie néoplasique retirée en raison de sa rareté. Les membres du comité confirment qu'un diagnostic différentiel est très rare dans le cas des lésions intraorales, ce qui explique leur absence dans la littérature. Ils proposent toutefois d'ajouter la frénectomie, qui peut survenir dans des contextes de difficulté d'allaitement, et certains ulcères infectieux. Finalement, le comité confirme qu'une consultation avec un médecin spécialiste peut parfois être nécessaire (p. ex. pédiatre, ophtalmologiste ou hématologue).

2.6.3 Examens d'imagerie

Informations tirées de la littérature

L'American College of Surgeons (2019) mentionne que les examens radiologiques sont essentiels pour appuyer le diagnostic et prendre en charge la maltraitance physique des enfants. Ces examens permettent également d'identifier et de documenter les lésions

sentinelles et les blessures occultes. Une imagerie multimodale, incluant radiographies, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique, est souvent essentielle pour évaluer les blessures (voir le [tableau 5](#)) (American College of Surgeons, 2019). De plus, cette évaluation radiologique ne doit pas être retardée et doit avoir lieu simultanément à l'évaluation de la possible situation de maltraitance (Bentivegna *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019).

Tableau 5 Principaux examens d'imagerie recommandés en présence d'une suspicion de traumatisme abusif

Examen obligatoire	Indications	Références
Série squelettique	Tout bébé de < 6 mois ou non ambulant avec suspicion de traumatisme abusif	(Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Rosen <i>et al.</i> , 2021)
	Tout bébé de < 2 ans avec suspicion de traumatisme abusif	(American College of Surgeons, 2019; Balençon, 2019; Chauvin-Kimoff <i>et al.</i> , 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Colleran <i>et al.</i> , 2024; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Starship, 2021; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025; Ward <i>et al.</i> , 2013)
Tomodensitométrie¹ cérébrale sans contraste	Tout bébé de < 6 mois (ou non ambulant) avec suspicion de traumatisme abusif	(Balençon, 2019; Bentivegna <i>et al.</i> , 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Cleek <i>et al.</i> , 2022; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Ward <i>et al.</i> , 2013)
	Tout bébé de < 1 an avec suspicion de traumatisme abusif	((Christian, 2015; Colleran <i>et al.</i> , 2024; Starship, 2021)
	Tout bébé de > 6 mois et de < 1-2 ans : au cas par cas, p. ex. en présence d'ecchymoses au visage, de blessures à la tête ou de symptômes neurologiques	(Escobar <i>et al.</i> , 2019; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024)
	Tout bébé avec une suspicion de traumatisme crânien abusif ou présentant des symptômes neurologiques	(American College of Surgeons, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Colleran <i>et al.</i> , 2024; Government of Western Australia, 2020; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025)
Tomodensitométrie abdominale avec contraste²	Tout bébé avec suspicion de lésion à l'abdomen ou avec des enzymes hépatiques élevées	(Chauvin-Kimoff <i>et al.</i> , 2018; Christian, 2015; Colleran <i>et al.</i> , 2024; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Government of Western Australia, 2020; Victorian Forensic Paediatric Medical Service, 2025)
Scintigraphie osseuse	En complément de l'examen squelettique, mais ne peut être la seule méthode utilisée pour identifier les fractures	(Balençon, 2019; Chauvin-Kimoff <i>et al.</i> , 2018; Haney <i>et al.</i> , 2025; Rosen <i>et al.</i> , 2021)

Examen obligatoire	Indications	Références
Examen du fond de l'œil (ophtalmoscopie indirecte ou rétinographie)	Tout bébé de < 6 mois (ou non ambulant) avec suspicion de traumatisme abusif	(Balençon, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Ward <i>et al.</i> , 2013)
	Tout bébé avec suspicion de traumatisme abusif : au cas par cas , p. ex. en présence d'une anomalie neurologique ou d'une autre lésion associée à un traumatisme crânien abusif	(Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Escobar <i>et al.</i> , 2019; Government of Western Australia, 2020; Rosen <i>et al.</i> , 2021; Starship, 2021)

- 1- Certains documents recommandent également l'imagerie par résonance magnétique (American College of Surgeons, 2019; Balençon, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Collieran *et al.*, 2024; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Starship, 2021).
- 2- En France, en présence d'ecchymoses non accidentelles, une échographie abdominale est recommandée systématiquement (Balençon, 2019).

La série squelettique est un outil standard de détection des fractures occultes recommandé chez les victimes potentielles de maltraitance infantile (American College of Surgeons, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Christian, 2015; Haney *et al.*, 2025). Elle consiste en l'étude radiographique complète du squelette avec 22 vues distinctes (American College of Surgeons, 2019; Child Protection Guideline Office, 2019). Il est également recommandé de réaliser une série squelettique sommaire de suivi, environ deux semaines après l'examen initial, chez tous les bébés avec une suspicion de traumatisme infligé (American College of Surgeons, 2019; Anderst *et al.*, 2022; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Collieran *et al.*, 2024; Haney *et al.*, 2025; Rosen *et al.*, 2021; Starship, 2021).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité sont généralement d'accord avec les recommandations d'examens repérées dans la littérature. Ils suggèrent cependant les indications suivantes pour chaque examen, soit :

- la série squelettique chez les bébés de moins de 2 ans avec une suspicion de blessures infligées (peu importe la localisation ou le type de blessure);
- la tomodensitométrie sans contraste ou l'imagerie par résonance magnétique cérébrale chez les bébés de moins de 1 an avec une suspicion de blessures infligées (peu importe la localisation ou le type de blessure);
- la tomodensitométrie avec contraste ou une échographie de l'abdomen chez les bébés avec une suspicion de trauma abdominal (ecchymoses abdominales, taux de transaminases hépatiques augmenté), sans égard à l'âge;
- l'examen du fond d'œil chez tous les bébés avec une suspicion d'hémorragie intracrânienne, des lésions oculaires visibles (incluant l'hémorragie sous-conjonctivale) ou des blessures cutanées à proximité de l'œil.

Certains membres du comité mentionnent que les enzymes hépatiques sont souvent légèrement augmentées chez les bébés et qu'il serait pertinent d'être plus précis. Les membres proposent donc de se baser sur le seuil le plus fréquemment trouvé dans la littérature, soit ≥ 80 UI/L (Lindberg *et al.*, 2013; Rosen *et al.*, 2021).

Les membres du comité sont également unanimes sur le fait que la scintigraphie osseuse n'est jamais utilisée dans la pratique au Québec. Par ailleurs, les cliniciens consultés soutiennent que l'imagerie par résonance magnétique est généralement préférable à la tomodensitométrie lorsqu'elle est disponible et que l'état de l'enfant le permet. Il est toutefois précisé que, dans un contexte critique ou chez un bébé instable, la tomodensitométrie demeure l'examen de choix en raison de sa rapidité d'exécution et de sa large disponibilité. En revanche, ils mentionnent que, lorsque le nourrisson est cliniquement stable et que le temps permet une investigation approfondie, l'imagerie par résonance magnétique devrait être privilégiée, principalement afin d'éviter l'exposition aux radiations ionisantes.

2.7 Signalement à la DPJ

La section de l'outil clinique sur le signalement à la DPJ a été rédigée à partir de la synthèse des données de la revue rapide de la littérature, d'éléments contextuels complémentaires et des consultations. Elle précise les obligations légales, les pratiques ainsi que les rôles des différents intervenants impliqués dans la démarche de signalement. Les modalités de communication avec les parents en contexte clinique sont également abordées.

2.7.1 Besoin d'information, de clarification, d'une consultation ou d'aide de la part du DPJ

Informations tirées de la littérature

Au Québec, les personnes signalantes peuvent communiquer avec des intervenants de la protection de la jeunesse pour poser des questions relatives aux situations de possible maltraitance qui se présentent à elles (Montréal-Est, 2023). Le cas échéant, ce type de demande d'information ou de consultation peut être transformé en signalement, lors de l'appel, si l'intervenant du service de réception et de traitement des signalements (RTS) estime qu'il y a une présomption de compromission pour la sécurité et le développement d'un enfant (Association des centres jeunesse du Québec, 2017, document inédit).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont souligné que la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) demeure peu abordée dans les parcours de formation en santé. Ils recommandent donc que l'outil réaffirme l'importance de maîtriser ses dispositions et mette en valeur le soutien offert par le service de réception et de traitement des signalements (RTS) pour répondre à des demandes d'information ou de consultation des professionnels de la santé.

2.7.2 Démarche de signalement

Informations tirées de la littérature

Plusieurs documents recensés rappellent que, tant au Québec que dans d'autres juridictions, les professionnels de la santé ont l'obligation de signaler toute situation de maltraitance aux autorités de la protection de l'enfance, afin qu'une évaluation approfondie des services de protection de l'enfance soit menée (Balençon, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Cagetti *et al.*, 2019; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cleek *et al.*, 2022; Collège des médecins du Québec, 2023; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Low-Décarie *et al.*, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rosen *et al.*, 2021; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019). Au Québec, l'article 39 de la LPJ régit cette obligation :

« Tout professionnel qui, par la nature de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur¹⁴⁻¹⁵ [...]. »

Comme au Québec, dans le reste du Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, le signalement doit se fonder sur une inquiétude ou une préoccupation quant à une possible maltraitance et non sur une certitude du professionnel (Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Rosen *et al.*, 2021; Tate *et al.*, 2024; The Royal College of Ophthalmologists, 2024).

Deux documents, l'un issu des États-Unis et l'autre du Royaume-Uni, indiquent que le niveau de préoccupation du professionnel peut changer à tout moment au cours du processus d'évaluation clinique de la situation de possible maltraitance (NICE, 2017; Rosen *et al.*, 2021). Ainsi, dans ces juridictions, il est précisé qu'une situation de possible maltraitance peut être signalée dès les premières étapes de la démarche clinique, notamment si le degré d'inquiétude est élevé et que le jugement clinique le justifie (Rosen *et al.*, 2021). Néanmoins, selon Rosen *et al.* (2021), la réalisation d'une évaluation médicale plus approfondie, avant de procéder au signalement, permet de bien étayer la décision de signaler ou non une situation de maltraitance. Au Québec, la LPJ précise que le signalement doit être fait dès qu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un enfant est ou pourrait être en situation de compromission¹⁶. De plus, l'obligation de signalement s'applique même si les professionnels jugent que les parents ont entrepris des actions pour mettre fin à la situation de compromission¹⁷.

¹⁴ Soit le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).

¹⁵ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 39.

¹⁶ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 38 et 39.

¹⁷ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 39.1.

Au Québec, la personne ayant fait un signalement peut transmettre au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) toute information pertinente relative à la situation de l'enfant, afin d'en assurer la protection¹⁸. C'est au DPJ qu'incombe le rôle d'évaluer les situations de possible maltraitance¹⁹. Le DPJ qui reçoit le signalement a la responsabilité exclusive de procéder à son analyse et de décider s'il doit être retenu pour évaluation et, le cas échéant, si les faits sont fondés et si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis²⁰.

Toujours au Québec, les professionnels de la santé ont le devoir de lever la confidentialité et le secret professionnel pour signaler un enfant au DPJ, une disposition expresse qui vise à protéger cette clientèle vulnérable (Collège des médecins du Québec, 2023; Roy *et al.*, 2019). Le signalement doit être consigné dans le dossier médical (*Code de déontologie des médecins*, RLRQ c. C-26 art. 20, al. 9; Roy *et al.*, 2019).

Enfin, en vertu de la LPJ²¹, une communication supplémentaire peut avoir lieu avec le signalant pour compléter et valider les renseignements transmis (Collège des médecins du Québec, 2017; Roy *et al.*, 2019).

Perspective du comité consultatif

Selon le comité consultatif, l'outil clinique devrait présenter clairement le processus de signalement, en précisant les éléments à consigner au dossier et en proposant des exemples concrets, notamment en ce qui concerne le langage à utiliser avec les intervenants de la DPJ. La fiche du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le signalement est citée comme une ressource de référence. Le comité rappelle également l'importance de signaler une situation dès qu'un doute est présent, même si cela ne signifie pas nécessairement que le signalement sera retenu.

Toujours selon le comité consultatif, il faut s'assurer que les recommandations de l'outil ne contribuent pas à freiner l'expression d'une préoccupation par un signalement, lorsqu'une situation le justifie. Les membres soulignent qu'il s'agit toujours d'une bonne décision de faire part de ses préoccupations au DPJ. À cet égard, le comité consultatif souligne que la relation clinique peut être influencée par le lien de proximité déjà établi avec le parent. Afin de prévenir les biais susceptibles de découler du souci de préserver la relation thérapeutique, le signalement relève de la responsabilité de la protection de la jeunesse.

Il a aussi été reconnu par le comité consultatif que certaines étapes de la démarche clinique peuvent précéder le signalement au DPJ (par exemple, l'évaluation du développement, le récit de l'histoire ou les examens complémentaires). Toutefois, ses

¹⁸ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 40.

¹⁹ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 45.

²⁰ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 32.

²¹ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 35.4, al. 2.

membres rappellent que ces étapes ne doivent pas entraîner de délais importants, afin de réduire le risque d'abus physiques futurs.

Enfin, le comité suggère d'ajouter une annexe ou un aide-mémoire afin d'accompagner la préparation de l'appel au DPJ. Cela permettrait de rappeler les obligations légales, les étapes à suivre et les informations attendues lors du signalement.

2.7.3 Informations à transmettre aux parents

Informations tirées de la littérature

Les auteurs des documents retenus recommandent aux professionnels de la santé de partager leurs préoccupations par rapport à une possible maltraitance avec les parents, sans toutefois leur imputer une responsabilité directe (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Starship, 2021; WHO, 2019). Certains mentionnent qu'ils devraient aussi évoquer auprès des parents la possibilité que la lésion soit liée à un trouble médical ou à un traumatisme accidentel (Bentivegna *et al.*, 2022; Low-Décarie *et al.*, 2022).

Au Québec, l'identité du signalant est confidentielle et ne peut être dévoilée sans son consentement, si, par exemple, un parent en fait la demande²². Par ailleurs, il est possible de faire le signalement en équipe ou par un seul membre de l'équipe. Le cas échéant, les mêmes protections s'appliquent. Cependant, même si un signalement peut être fait sans prévenir les parents (Cleek *et al.*, 2022), la plupart des documents recommandent aux professionnels d'informer les parents lorsqu'ils ont l'intention de contacter les services de protection de l'enfance (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Cooney et Robinson, 2024; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; NICE, 2017). Le cas échéant, selon la littérature, les professionnels devraient aussi clarifier leur rôle de protection et rappeler leur obligation légale de signaler, en se basant sur les faits observés (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; HIPS, 2023; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; NICE, 2017). Plusieurs documents recommandent aux professionnels d'informer les parents du rôle des services de protection de l'enfance qui est de réaliser l'évaluation de la situation et de déterminer la suite du processus (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Escobar *et al.*, 2019; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Starship, 2021). Cependant, la littérature souligne que cette discussion sur le signalement ne doit pas avoir lieu si elle risque de mettre en danger l'enfant ou le personnel (Child Protection Guideline Office, 2019; Government of Western Australia, 2020; Starship, 2021). Une discussion avec l'intervenant de la DPJ peut être éclairante à ce sujet. Lors des échanges avec la famille, il est recommandé de tenir

²² Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 44.

compte d'éventuelles difficultés d'apprentissage et d'un manque de connaissance de la législation en vigueur (London safeguarding children Partnership, 2024).

Enfin, dans certains documents, l'importance de rassurer les parents est soulignée de même que celle de leur présenter les modalités de soutien dont ils peuvent disposer, incluant les services de protection de l'enfance, le soutien familial ou des références vers des ressources spécialisées en fonction de leurs besoins (Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; Starship, 2021). Les professionnels de la santé sont également invités à offrir un accompagnement à la famille ou à vérifier si elle peut compter sur un réseau de proches (famille et amis) (Christian, 2015; Government of Western Australia, 2020; HIPS, 2023; Starship, 2021; WHO, 2019).

Perspective du comité consultatif

Selon les membres du comité consultatif, l'outil devrait contribuer à démystifier l'idée selon laquelle un signalement entraîne nécessairement une rupture de la relation thérapeutique. Les éléments proposés par la littérature sur ce qu'il convient habituellement de communiquer aux parents dans une situation de possible maltraitance leur semblent pertinents à cet égard. Notamment, une discussion qui permet de vulgariser les diagnostics différentiels avec les parents est jugée importante à intégrer dans l'outil. Il est également proposé d'inclure le fait que, bien qu'informer les parents d'un signalement puisse favoriser la collaboration, cela n'est pas obligatoire et doit se faire en fonction du contexte et selon le jugement professionnel.

Perspective du Panel des usagers et des proches

Toujours en lien avec les informations à transmettre aux parents lorsqu'un professionnel observe une possible situation de maltraitance, le Panel des usagers et des proches recommande que l'outil clinique encourage le professionnel à adopter une approche bienveillante. De plus, l'outil devrait outiller les cliniciens pour qu'ils informent les parents lorsqu'ils font un signalement, dans la mesure du possible, afin de ne laisser planer aucun doute sur leurs intentions. Le Panel réitère l'importance de la transparence, qui favorise, pour la famille, une meilleure compréhension de la situation.

2.8 Consultation en médecine spécialisée

Cette section de l'outil a été rédigée à partir de la synthèse de la revue rapide de la littérature et des consultations.

Informations tirées de la littérature

L'analyse de la littérature montre que la gestion des cas de maltraitance en général, et celle des lésions sentinelles en particulier, repose sur une collaboration multidisciplinaire. Différents spécialistes peuvent être sollicités selon la présentation des cas ou leur complexité, dont les dermatologues et les hématologues, comme mentionné dans les sections précédentes. La consultation de pédiatres peut aussi s'avérer pertinente pour soutenir ou compléter l'évaluation médicale (American College of Surgeons, 2019;

Anderst *et al.*, 2022; Balençon, 2019; Biss *et al.*, 2022; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Haney *et al.*, 2025; HIPS, 2023; Low-Décarie *et al.*, 2022; National Council on Crime and Delinquency, 2019; Rosen *et al.*, 2021; Tate *et al.*, 2024; The Royal College of Ophthalmologists, 2024; Ward *et al.*, 2013). Toujours selon la littérature, les professionnels devraient en tout temps pouvoir compter sur le soutien des équipes médicales en protection de l'enfance (American College of Surgeons, 2019; Bentivegna *et al.*, 2022; Chauvin-Kimoff *et al.*, 2018; Child Protection Guideline Office, 2019; Christian, 2015; Escobar *et al.*, 2019; Government of Western Australia, 2020; Haney *et al.*, 2025; Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022; Rosen *et al.*, 2021; Seattle Children's Hospital-Research-Foundation, 2024; Tate *et al.*, 2024; Ward *et al.*, 2013). Des échanges ou un transfert vers une équipe multidisciplinaire ou un médecin spécialisé en pédiatrie de la maltraitance ne dégagent cependant pas le professionnel de la santé de ses obligations légales et éthiques [Escobar *et al.*, 2019; Christian, 2015].

Perspective du comité consultatif

Tous s'entendent pour dire que les consultations en médecine spécialisée, par exemple avec un pédiatre, un ophtalmologue, un hématologue ou un radiologue, sont recommandées selon le jugement clinique du professionnel, son expérience, son champ d'exercice et ses compétences. Une équipe médicale spécialisée en pédiatrie de la maltraitance peut aussi être appelée pour obtenir des conseils médicaux.

Les membres du comité consultatif soulignent que la référence à un spécialiste ou à une équipe médicale spécialisée en pédiatrie de la maltraitance ne doit pas être présentée comme étant un automatisme ou une obligation. Pour certains, les réalités régionales doivent par ailleurs être prises en compte : une équipe spécialisée en pédiatrie de la maltraitance n'est pas toujours disponible. Le cas échéant, ce sont plutôt les pédiatres de garde qui sont consultés. Il est précisé qu'une discussion ou une consultation peut aussi être faite avec un pédiatre, sans transfert complet de la prise en charge.

2.9 Autres situations nécessitant une attention particulière

Cette section de l'outil a été rédigée à partir de la synthèse de la revue rapide de la littérature et des consultations pour mettre en perspective des attentions particulières qui n'ont pas été abordées dans les sections précédentes. Pour la sous-section sur le contexte culturel (voir la [section 2.9.2](#)), l'équipe de projet a recensé des documents complémentaires et a consulté certains experts sur le sujet pour s'assurer d'un contenu valide et adéquat²³.

²³ Les parties prenantes consultées pour rédiger cette section sont les suivantes : une membre du comité consultatif, chercheuse spécialisée en éthique et sur la prise de décision en protection de la jeunesse; un informateur-clé intervenant au programme Jeunes en difficulté ayant une expertise en milieu interculturel; et deux spécialistes en éthique de l'INESSS.

2.9.1 Autres enfants du milieu familial ou de garde

Informations tirées de la littérature

Des documents recensés soulignent que, lorsqu'un enfant est identifié comme une victime présumée de maltraitance, les autres enfants en contact avec l'agresseur présumé, par exemple ceux du même milieu familial ou de garde, sont aussi à risque de maltraitance. (Christian, 2015; Low-Décarie *et al.*, 2022; Starship, 2021; WHO, 2019). Il est recommandé de les repérer rapidement pour qu'ils puissent faire l'objet d'une évaluation (Christian, 2015; Starship, 2021).

Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont mentionné qu'il est d'usage, pour le DPJ, de retenir un signalement pour les autres enfants d'une même famille lorsqu'un premier enfant est signalé pour de l'abus physique. Dans ce contexte, des examens médicaux pourraient être demandés par le DPJ pour ces autres enfants. Il a toutefois été précisé qu'en l'absence des autres enfants de la famille lors d'une consultation médicale en première ligne, le contexte ne se prête pas à les examiner sur le champ. Il a également été mentionné que des faits possiblement survenus dans un milieu de garde et signalés au DPJ éveilleront aussi sa vigilance. Des démarches pour assurer la sécurité et le développement des autres enfants pourraient être entreprises par ce dernier.

2.9.2 Contexte culturel

Informations tirées de la littérature

La transformation rapide de la démographie fait en sorte que plusieurs professionnels de la santé sont amenés à soigner des patients dont les pratiques culturelles leur étaient jusqu'à présent peu ou pas familières dans leur expérience clinique (Darsha et Cohen, 2020; Killion, 2017; Ravanfar et Dinulos, 2010). Dans plusieurs documents de la revue de littérature, l'importance de maintenir un haut niveau de sensibilité culturelle dans la relation avec la famille est ainsi mentionnée (American College of Surgeons, 2019; National Council on Crime and Delinquency, 2019; NICE, 2017; Starship, 2021; Tate *et al.*, 2024; WHO, 2019). Cela implique de tenir compte de son origine ethnique et de ses croyances religieuses, et de s'informer sur ses valeurs et ses pratiques culturelles.

De nombreuses manifestations cutanées potentielles peuvent être observées chez la population pédiatrique en lien avec certaines pratiques culturelles. Parmi ces pratiques, certaines peuvent causer des manifestations physiques semblables à celles des lésions sentinelles et sont documentées dans la littérature scientifique. Des organisations soulignent toutefois que les pratiques culturelles ne doivent jamais justifier des actes de violence physique sur les enfants (Government of Western Australia, 2020; London safeguarding children Partnership, 2024; NICE, 2017; WHO, 2019). Par exemple, le Leicester Safeguarding Children Partnership Board (2022) indique que certaines

pratiques culturelles, comme l'utilisation de ventouses (*cupping*)²⁴, peuvent parfois avoir un caractère abusif et qu'il est nécessaire d'évaluer chaque situation individuellement. D'autres pratiques, telles que l'application de pièces de monnaie (*coining*), la phytophotodermatite ou encore l'utilisation de teintures ou d'encre, peuvent susciter un doute quant à une possible maltraitance, en raison des marques qu'elles peuvent causer (Ward *et al.*, 2013).

Dans un autre ordre d'idées, la perception de la violence envers les enfants (y compris la discipline physique) varie selon les cultures, et peut être répandue et considérée comme acceptable dans plusieurs d'entre elles (National Council on Crime and Delinquency, 2019; WHO, 2019). Cela peut rendre plus difficile la reconnaissance ou la dénonciation de certaines situations. Au Québec, l'exposition aux abus physiques, sous forme de sévices corporels ou infligés par des méthodes éducatives déraisonnables, place l'enfant dans une situation qui est considérée comme compromettant sa sécurité ou son développement²⁵.

Perspective du comité consultatif et d'autres parties prenantes

Le comité consultatif et les parties prenantes consultées reconnaissent l'importance d'intégrer la dimension culturelle dans l'analyse des lésions sentinelles, mais insistent sur le fait que la sécurité et le bien-être de l'enfant doivent demeurer prioritaires. Selon les discussions tenues au sein du comité consultatif, les pratiques culturelles mentionnées par le parent pour expliquer les marques observées chez un bébé doivent être considérées dans leur contexte, cela afin d'informer le DPJ, lors du signalement, des croyances ou coutumes des familles ayant influencé les pratiques parentales.

Le comité consultatif et les parties prenantes soulignent que certaines pratiques culturelles laissant des marques parfois visibles (p. ex. des marques corporelles liées à des soins traditionnels) peuvent être ou non considérées comme de la maltraitance. Toutefois, il est souligné qu'aucune pratique culturelle ne saurait justifier la maltraitance. Ainsi, toute situation préoccupante, dont celles liées aux lésions sentinelles, doit être signalée au DPJ, peu importe les coutumes, les croyances ou l'origine culturelle des familles.

Selon les propos recueillis auprès du comité consultatif, l'outil clinique sur les lésions sentinelles doit aider les intervenants à documenter les faits de manière objective. Il est suggéré que l'outil promeuve une approche clinique respectueuse et culturellement sensible, mais sans compromis sur la protection de l'enfant.

²⁴ Une thérapie consistant à appliquer sur la peau des ventouses en verre chauffées le long des méridiens du corps, créant une succion dans le but de stimuler la circulation de l'énergie (Leicester Safeguarding Children Partnership Board, 2022).

²⁵ Loi sur la protection de la jeunesse RLRQ, ch. P-34.1, art. 38.

Les membres de ce comité ont aussi mentionné que l'ajout d'une annexe à l'outil clinique recensant certaines pratiques culturelles et leurs manifestations cutanées possibles pourrait être pertinent, puisque ces pratiques sont peu connues des professionnels. Ils ont indiqué que cette annexe pourrait :

- inclure une variété de pratiques, notamment provenant de la culture québécoise, le cas échéant, afin d'atténuer les biais cognitifs en défaveur d'autres communautés;
- rappeler que la détermination de la maltraitance ne relève pas du clinicien;
- servir d'outil de contextualisation pour les professionnels de la première ligne, favorisant la transmission de ces informations qui seront autrement demandées par les intervenants de la DPJ qui reçoivent le signalement.

À la lumière de l'information complémentaire tirée de la littérature scientifique (voir l'annexe G dans le document *Annexes complémentaires*) et des consultations avec les parties prenantes, les pratiques répondant aux critères suivants ont été mises en lumière dans l'outil clinique :

- 1) celles qui sont fréquemment décrites comme étant susceptibles de causer ou de présenter des lésions comparables à celles observées dans les cas d'abus physiques, compatibles avec la définition de « lésion sentinelle » et peu connues des professionnels de la santé (Darsha et Cohen, 2020; Killion, 2017; Ravanfar et Dinulos, 2010);
- 2) celles pour lesquelles des cas réels d'enfants ayant fait l'objet d'une évaluation pour une possible situation de maltraitance ont été rapportés dans la littérature scientifique (Focardi *et al.*, 2024; Lilly et Kundu, 2012; Lupariello *et al.*, 2020; Stewart et Rosenberg, 1996; Swerdlin *et al.*, 2007; Vashi *et al.*, 2018; Viero *et al.*, 2019; Yoo et Tausk, 2004).

Ainsi, seules les pratiques de *cupping* et de *coining* ont été introduites dans l'outil clinique. Sur la base de ces critères, les autres pratiques documentées n'ont pas été retenues.

À titre particulier, l'usage des porte-bébés souples ou en bandoulière qui présente un risque très faible d'ecchymoses n'a pas été retenu afin de concentrer l'attention sur les pratiques culturelles présentant un réel potentiel de confusion diagnostique. Des préoccupations concernant la sécurité de ce type de produit avaient été exprimées par les intervenants des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) d'une région du Québec, et ont été prises en compte par l'INSPQ, qui recommande finalement l'usage sécuritaire des porte-bébés en soulignant leurs bénéfices pour le développement de l'enfant et l'attachement parent-enfant (Beauregard *et al.*, 2009). Inclure le portage dans l'annexe sur les pratiques culturelles de l'outil clinique sur les lésions sentinelles pourrait avoir pour effet de limiter cette pratique recommandée par l'INSPQ.

CONSEILS POUR L'IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS

Cette section du rapport a principalement été rédigée à partir des consultations des différentes parties prenantes du projet. Elle présente les principaux obstacles et pistes de solution pour l'implantation des recommandations de l'outil clinique.

Obstacles à l'implantation

L'implantation des recommandations est susceptible d'être freinée par plusieurs enjeux. D'abord, la pression liée au temps de consultation et au flux de travail réduit la capacité de plusieurs professionnels de première ligne à mener des discussions complètes avec les parents, à expliquer les implications d'une lésion sentinelle, à organiser les suivis nécessaires et éventuellement à faire le signalement qui nécessite aussi beaucoup de temps. Ensuite, plusieurs professionnels craignent qu'un signalement, fondé sur un motif raisonnable mais non confirmé, puisse nuire grandement à la relation de confiance qu'ils ont établie avec les familles, si la lésion n'est finalement pas une blessure infligée. Les professionnels rapportent également un manque de formation et de soutien clinique, notamment en ce qui concerne le processus de signalement à la DPJ. Finalement, une méconnaissance des chemins cliniques et des mécanismes de référence semble compliquer l'accès aux pédiatres, aux équipes spécialisées en maltraitance et aux examens complémentaires recommandés, limitant ainsi l'application cohérente et rapide des recommandations.

Pistes de solution

L'implantation de l'outil clinique de l'INESSS sur les lésions sentinelles pourrait être facilitée par des actions convergentes visant l'accessibilité de l'outil, la formation, le soutien clinique et la collaboration interdisciplinaire.

Pour favoriser l'accès à l'outil clinique sur les lésions sentinelles et développer les compétences nécessaires à l'application des recommandations :

- intégrer l'outil clinique aux plateformes couramment utilisées dans les milieux cliniques, notamment l'application mobile de l'INESSS;
- présenter l'outil clinique lors de congrès ou de webinaires ciblés, selon les champs d'exercice des différentes professions visées, en incluant des vignettes cliniques ou la présentation de cas réels par des professionnels de la santé;
- actualiser les ressources éducatives comme l'ABCdaire et inclure les notions pertinentes dans la formation initiale des professionnels de la santé (p. ex. activité de formation sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec), cursus universitaire) et la formation continue;

- développer ou renforcer les formations et le soutien clinique :
 - pour soutenir les compétences en communication et le développement des relations de confiance avec les familles;
 - pour permettre une meilleure compréhension du fonctionnement de la DPJ, de la LPJ et des obligations de signalement;
 - pour susciter la vigilance face aux biais cognitifs pouvant influencer l'interprétation clinique en fonction des profils des familles;
 - pour soutenir une approche culturellement sensible, tenant compte de la diversité des réalités familiales et des vulnérabilités particulières (p. ex. nouveaux arrivants sans réseau de soutien).

Afin d'encadrer et de soutenir la pratique clinique dans un contexte de présentation de cas avec des lésions sentinelles dans les différents milieux cliniques et à domicile :

- diffuser clairement les trajectoires cliniques, les mécanismes de référence et d'accès aux spécialistes, dont les pédiatres (p. ex. numéro régional centralisé, identification de « champions » connaissant les trajectoires régionales et suprarégionales);
- renforcer le soutien clinique pour faciliter l'intégration des connaissances, notamment par le mentorat, la supervision, des discussions de cas centrées sur les lésions sentinelles et la création d'espaces de collaboration interdisciplinaire entre médecins, infirmières, sage-femmes et autres professionnels afin d'assurer une évaluation cohérente et coordonnée de ces lésions.

Pour limiter les impacts négatifs que pourraient entraîner les démarches cliniques pour favoriser la reconnaissance des lésions sentinelles :

- ajouter les lésions sentinelles aux situations nécessitant une vérification terrain rapide par la DPJ afin de renforcer la rapidité des interventions et d'accélérer la prise de décision;
- prévoir une évaluation continue de l'outil et des pratiques en lien avec les lésions sentinelles, notamment sur les impacts émotionnels potentiels pour les familles lorsque l'évaluation de la DPJ ne révèle pas d'abus physique.

VALIDATION DES TRAVAUX

Une validation du contenu et de la qualité du présent rapport et de l'outil clinique a été effectuée conformément au processus de l'INESSS :

- par plusieurs instances de l'INESSS : validation interne;
- par 17 futurs utilisateurs (médecins, infirmières et infirmiers, sage-femmes) de différentes régions du Québec : sur la pertinence, la clarté et la complétude de l'information présentée de même que l'applicabilité à la réalité du terrain et la facilité d'utilisation de l'outil clinique;
- par deux lecteurs externes possédant une expertise sur les thématiques abordées dans les travaux, ainsi que par les membres du comité consultatif et les demandeurs : sur la forme, le contenu et la qualité scientifique;
- par les membres du comité de suivi : sur les enjeux potentiels d'implantation de l'outil clinique.

Tous les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet, arbitrés selon les méthodes de l'INESSS et intégrés aux documents finaux, le cas échéant. L'outil clinique reflète ainsi la triangulation de l'ensemble des données récoltées à l'aide de la littérature, des consultations et des processus de validation.

CONCLUSION

Limites

Certaines limites ont été identifiées lors de l'élaboration, de la révision et de la validation de l'outil clinique.

Premièrement, bien que l'équipe de projet ait tenté d'assurer une certaine représentativité, une partie importante des futurs utilisateurs proviennent d'un même territoire, ce qui pourrait limiter la représentativité des besoins exprimés. Cependant, ils exercent dans des milieux variés et occupent différentes fonctions.

Deuxièmement, certaines recommandations ne peuvent pas s'appliquer uniformément à tous les professionnels visés par l'outil. La diversité des lieux de pratique (GMF, CLSC, interventions à domicile, urgences, centres hospitaliers, etc.) complique également l'application standardisée des recommandations. Chaque professionnel doit donc se référer aux champs d'exercice de sa propre profession et aux ressources disponibles dans son contexte de soins pour répondre aux recommandations.

Enfin, une autre limite de l'outil clinique réside dans le fait qu'il soit principalement axé sur les professions médicales, ce qui le rend difficilement applicable aux intervenants provenant d'autres secteurs comme les services sociaux et de la petite enfance, de la santé mentale, de la réadaptation ou de la santé communautaire. Pour ces milieux, des outils spécifiquement adaptés seraient nécessaires afin de répondre aux besoins et aux réalités propres à ceux-ci.

Portée

L'outil clinique sur les lésions sentinelles vise à soutenir les pratiques des professionnels de santé de première ligne ou intervenant en contexte de proximité au Québec. En s'appuyant sur les données probantes et en tenant compte du contexte québécois, il fournit un cadre clinique clair pour la reconnaissance des lésions sentinelles et la prise de décision clinique, et pour entreprendre des démarches rapidement face à de possibles blessures infligées.

En plus de son utilisation pratique, cet outil vise à aider les équipes, à soutenir la collaboration entre professionnels et à encourager une attention constante aux situations et signes suggestifs de blessures infligées chez les bébés non ambulants, tout en favorisant une approche équilibrée, respectueuse et bienveillante envers les familles. Sa diffusion ouvre la voie à un renforcement des compétences, à une meilleure cohérence des interventions et, ultimement, à des pratiques cliniques de protection mieux adaptées aux bébés non ambulants.

RÉFÉRENCES

- Adamsbaum, C., Grabar, S., Mejean, N. et Rey-Salmon, C. (2010). Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*, 126(3), 546-555.
- American College of Surgeons. (2019). *ACS Trauma quality programs. Best Practices Guidelines for Trauma Center Recognition of Child Abuse, Elder Abuse, and Intimate Partner Violence*.
- Anderst, J., Carpenter, S. L., Abshire, T. C., Killough, E., Mendonca, E. A., Downs, S. M., Wetmore, C., Allen, C., Dickens, D., Harper, J., Rogers, Z. R., Jain, J., Warwick, A., Yates, A., Hord, J., Lipton, J., Wilson, H., Kirkwood, S., Haney, S. B., . . . Hooker, R. (2022). Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*, 150(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-059276>
- Asnes, A. G. et Leventhal, J. M. (2022). Bruising in Infants: An Approach to the Recognition of Child Physical Abuse. *Pediatrics in review*, 43(7), 361-370. <https://doi.org/10.1542/pir.2022-001271>
- Bailhache, M. (2016). *Maltraitance physique de l'enfant: perception de la violence physique et simulation de l'impact d'un programme de prévention primaire et secondaire du traumatisme crânien infligé* [Bordeaux].
- Balençon, M. (2019). *Lésions ecchymotiques de l'enfant non déambulant. Sentinel injuries*.
- Barrett, R., Ornstein, A. et Hanes, L. (2016). Minor injuries... major implications: Watching out for sentinel injuries. *Paediatrics & Child Health*, 21(1), 29-30.
- Beauregard, D., Comeau, L. et Poissant, J. (2009). *Avis sur l'utilisation sécuritaire des porte-bébés souples et en bandoulière* (publication n° 2550564278). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/952_utilisationportebebes.pdf
- Bechtel, K., Derbyshire, M., Gaither, J. R. et Leventhal, J. M. (2021). Characteristics that distinguish abusive from nonabusive causes of sudden unexpected infant deaths. *Pediatric emergency care*, 37(12), e780-e783.
- Béliveau, S. (2018). La prévention du trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique. Dans INSPQ (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Bentivegna, K., Grant-Kels, J. M. et Livingston, N. (2022). Cutaneous manifestations of child abuse and neglect: Part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 87(3), 503-516. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.11.067>
- Berger, R. P. et Lindberg, D. M. (2018). Early Recognition of Physical Abuse: Bridging the Gap between Knowledge and Practice. *The Journal of Pediatrics*, 204, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.081>

- Betts, T., Ahmed, S., Maguire, S. et Watts, P. (2017). Characteristics of non-vitreoretinal ocular injury in child maltreatment: a systematic review. *Eye*, 31(8), 1146-1154. <https://doi.org/10.1038/eye.2017.25>
- Biss, T., Sibson, K., Baker, P., Macartney, C., Grayson, C., Grainger, J., Chalmers, E. et Dixon, S. (2022). Haematological evaluation of bruising and bleeding in children undergoing child protection investigation for possible physical maltreatment: A British Society for Haematology Good Practice Paper. *British journal of haematology*, 199(1), 45-53. <https://doi.org/10.1111/bjh.18361>
- Blangis, F., Allali, S., Cohen, J. F., Vabres, N., Adamsbaum, C., Rey-Salmon, C., Werner, A., Refes, Y., Adnot, P., Gras-Le Guen, C., Launay, E. et Chalumeau, M. (2021). Variations in Guidelines for Diagnosis of Child Physical Abuse in High-Income Countries: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(11), e2129068. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.29068>
- Brouwers, M., Kho, M., Brownman, G., Burgers, J., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I., Grimshaw, J. et Hanna, S. (2012). The global rating scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 65(5), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.10.008>
- Cagetti, M. G., Marcoli, P. A., Berengo, M., Cascone, P., Cordone, L., Defabianis, P., De Giglio, O., Esposito, N., Federici, A., Laino, A., Majorana, A., Nardone, M., Pinchi, V., Pizzi, S., Polimeni, A., Privitera, M. G., Talarico, V. et Zampogna, S. (2019). Italian guidelines for the prevention and management of dental trauma in children. *Italian journal of pediatrics*, 45(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0734-7>
- Canty, K. W., Mercier, E., Shearer, E., Peréz-Rosselló, J., Lawlor, C. M. et Wilson, C. R. (2025). Oral and Oropharyngeal Manifestations of Child Abuse: A State-of-the-Art Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/ohn.70017>
- Chauvin-Kimoff, L., Allard-Dansereau, C. et Colbourne, M. (2018). L'évaluation médicale des fractures en cas de soupçons de maltraitance: les nourrissons et les jeunes enfants atteints d'une lésion squelettique. *Paediatrics & Child Health*, 23(2), 161-166.
- Child Protection Guideline Office. (2019). *AWMF S3+ Child abuse and neglect guideline: involving Youth Welfare and Education Services (Child Protection Guideline)*.
- Child Safeguarding Practice Review Panel. (2022). *Bruising in non-mobile infants*.
- Cho, N. et Koti, A. S. (2024). Identifying inflicted injuries in infants and young children. *Semin Pediatr Neurol*, 50, 101138. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2024.101138>
- Christian, C. W. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), e20150356.

- CISSS de Chaudière-Appalaches. (2017). *Guide de consentement aux soins, aux services et à la recherche*.
https://www.cisssca.com/clients/CISSSCA/Documentation/Autres_documents_par_th%C3%A8me/Consentement/GUI_Guide-de-consentement-aux-soins-aux-services-et-la-recherche_VF.pdf
- Cleek, E., Totka, J. P., Sheets, L. K., Mersky, J. P. et Haglund, K. (2022). Helping nurses identify and report sentinel injuries of child abuse in infants. *Pediatric nursing*, 48(3), 123-128.
- Cleek, E. A. (2020). *Understanding the Requisite Content for Interprofessional Education on Sentinel Injuries: A Qualitative Study* [Marquette University].
- Cleek, E. A., Sheets, L. K., Mersky, J. P., Totka, J. P. et Haglund, K. A. (2025). A Qualitative Assessment of Interprofessional Knowledge Gaps in the Setting of Child Physical Abuse. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 124(1), 10-16.
- Code de déontologie des médecins*, c. r.17
- Collège des médecins du Québec. (2017). *Aide-mémoire. Communication de renseignements sans le consentement du patient*
<https://cms.cmq.org/files/documents/Banque-info/tableau-obligations-police-mds.pdf>
- Collège des médecins du Québec. (2023). *Maltraitance des enfants: responsabilités et devoirs des médecins. Avis du Coroner, 19/10/2023*.
<https://www.cmq.org/fr/actualites/maltraitance-enfants-medecins>
- Colleran, G. C., Fossmark, M., Rosendahl, K., Argyropoulou, M., Mankad, K. et Offiah, A. C. (2024). ESR Essentials: imaging of suspected child abuse-practice recommendations by the European Society of Paediatric Radiology. *European Radiology*. <https://doi.org/10.1007/s00330-024-11052-4>
- Cooney, M. et Robinson, S. K. (2024). Adverse childhood experiences, sentinel injuries, and effective clinical responses: Can we do better? – A Canadian perspective. *Child Protection and Practice*, 3, 100052.
<https://doi.org/10.1016/j.chipro.2024.100052>
- Darsha, A. K. et Cohen, P. R. (2020). New onset of linear purpura on the back: coining therapy-associated ecchymoses. *Cureus*, 12(6).
- Escobar, M. A., Wallenstein, K. G., Christison-Lagay, E. R., Naiditch, J. A. et Petty, J. K. (2019). Child abuse and the pediatric surgeon: A position statement from the Trauma Committee, the Board of Governors and the Membership of the American Pediatric Surgical Association. *Journal of Pediatric Surgery*, 54(7), 1277-1285.
<https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.03.009>
- Feldman, K. W., Tayama, T. M., Strickler, L. E., Johnson, L. A., Kolhatkar, G., DeRidder, C. A., Matthews, D. C., Sidbury, R. et Taylor, J. A. (2020). A prospective study of the causes of bruises in premobile infants. *Pediatric emergency care*, 36(2), e43-e49.

- Focardi, M., Gori, V., Romanelli, M., Santori, F., Bianchi, I., Rensi, R., Defraia, B., Grifoni, R., Gualco, B. et Nanni, L. (2024). "Mimics" of Injuries from Child Abuse: Case Series and Review of the Literature. *Children*, 11(9), 1103.
- Framarin, A. et Déry, V. (2021). *Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. INSPQ.
- Government of Western Australia. (2020). *Guidelines for Protecting Children 2020*.
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. et Garritty, C. (2021). Defining rapid reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 129, 74-85.
- Haney, S., Scherl, S., DiMeglio, L., Perez-Rossello, J., Servaes, S., Merchant, N., Abzug, J., Yi-Yen, M., Herman, M. J., Andras, L., Cruz, A. J., Ho, C., Karkenny, A., Todd, L. J., Scherl, S., Otero, H. J., Trinidad, A. P., Barton, K., Benya, E., . . . James Daugherty, R. (2025). Evaluating Young Children With Fractures for Child Abuse: Clinical Report. *Pediatrics*, 155(2), e2024070074.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., Fallon, B., Morin, S. et Cardin, J.-F. (2025). Étude d'Incidence Québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse en 2019 (ÉIQ-2019).
- Henry, M. K., Bennett, C. E., Wood, J. N. et Servaes, S. (2021). Evaluation of the abdomen in the setting of suspected child abuse. *Pediatric radiology*, 51(6), 1044-1050. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04944-2>
- Henry, M. K. et Wood, J. N. (2021). What's in a name? Sentinel injuries in abused infants. *Pediatric radiology*, 51(6), 861-865.
- Heyn, P. C., Meeks, S. et Pruchno, R. (2019). Methodological Guidance for a Quality Review Article. *The Gerontologist*, 59(2), 197-201. <https://doi.org/10.1093/geront/gny123>
- Hampshire, Isle of Wight, Portsmouth and Southampton. (2023). *Protocol for the management of actual or suspected bruising or other injury in infants who are not independently mobile*. <https://hipsprocedures.org.uk/assets/clients/7/HIPS%20LSCP%20Infant%20Bruising%20and%20Injury%20Protocol%20updated%20Feb%202023%20updated.pdf>
- Hampshire, Isle of Wight, Portsmouth and Southampton. (2025). *Guideline for management of subconjunctival haemorrhages in non-mobile infants v5*. <https://hipsprocedures.org.uk/assets/clients/7/FINAL%20HIPS%20SCH%20guidance%20%20July%202025%20v5%20updated.pdf>
- Hoegger, F., Assandro, P. et Sandoz, V. (2025, 1 octobre 2025). Lésion suspecte de traumatisme non accidentel : quoi dire, quoi faire ? *Pédiatrie suisse*, article. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/lesion-suspecte-de-traumatisme-non-accidentel/>

- Horstman, A. et Tully, J. (2025). Keep Your Eyes, Ears and Mind Open. Dans C. F. Lynch, S. Arachchi, S. Brady, A. K. Aung et R. Junckerstorff (dir.), *The Art of Paediatric Medicine Beyond the Evidence Base: Clinical Pearls from Experienced Clinicians* (p. 31-34). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-96-7234-9_8
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). *Lignes directrices de revues rapides*.
- Jenny, C., Hymel, K. P., Ritzen, A., Reinert, S. E. et Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Jama*, 281(7), 621-626.
- Kempin, B. et Gatzke, N. (2024). The Nurse Practitioner's Role in Safeguarding Children from Physical Abuse. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(5), 104972.
- Killion, C. (2017). Cultural healing practices that mimic child abuse.
- Killough, E., Horton, D., Kilbride, S. et Hansen, J. (2025). Physical Abuse: Cutaneous Injuries. *Pediatric Clinics*, 72(3), 381-409. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2025.01.004>
- Kim, H. B. et Noh, H. (2023). Defining sentinel injuries of suspected child abuse by age using International Classification of Diseases-10: a Delphi study. *Pediatric emergency care*, 39(12), 918-922.
- King, W. K., Kiesel, E. L. et Simon, H. K. (2006). Child abuse fatalities: are we missing opportunities for intervention? *Pediatric emergency care*, 22(4), 211-214.
- Kleinschmidt, A. (2019). Child maltreatment red flags: Two cases of bruising in premobile infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(1), 92-96.
- Lee, G. S., Frasier, L. D. et McCans, K. M. (2023). Auricular hematoma: a sentinel injury in child abuse. *Clinical pediatrics*, 62(2), 103-106.
- Leicester Safeguarding Children Partnership Board. (2022). Bruising, Marks, or Injury of Concern in Pre-Mobile Babies and Non-Independently Mobile Children. Dans *Leicester and the Leicestershire and Rutland Safeguarding Children Partnerships Procedures Manual*. <https://llrscb.trixonline.co.uk/chapter/bruising-marks-or-injury-of-concern-in-pre-mobile-babies-and-non-independently-mobile-children>
- Letson, M. M., Cooper, J. N., Deans, K. J., Scribano, P. V., Makoroff, K. L., Feldman, K. W. et Berger, R. P. (2016). Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abuse & Neglect*, 60, 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.001>
- Letson, M. M. et Crichton, K. G. (2023). How should clinicians minimize bias when responding to suspicions about child abuse? *AMA Journal of Ethics*, 25(2), 93-99.
- Lilly, E. et Kundu, R. V. (2012). Dermatoses secondary to Asian cultural practices. *International journal of dermatology*, 51(4), 372-382.
- Lindberg, D. M., Beaty, B., Juarez-Colunga, E., Wood, J. N. et Runyan, D. K. (2015). Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries. *Pediatrics*, 136(5), 831-838. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1487>

- Lindberg, D. M., Shapiro, R. A., Blood, E. A., Steiner, R. D., Berger, R. P. et Ex, S. i. (2013). Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. *Pediatrics*, 131(2), 268-275. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1952>
- Livingston, N. (2010). Bruising in infancy: when is it an emergency? *Pediatric annals*, 39(10), 646-654.
- Loi sur la protection de la jeunesse c. c. P-34.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>
- London safeguarding children Partnership. (2024). PG5. Bruising. Dans *London Safeguarding Children Procedures*. <https://www.londonsafeguardingchildrenprocedures.co.uk/bruising.html>
- Low-Décarie, C., Béliveau, S. et Archambault, É. (2022). Reconnaître la possibilité de maltraitance chez le très jeune enfant. Identification et prise en charge des blessures, incluant les lésions sentinelles, chez l'enfant de 9 mois et moins. Dans Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine (dir.), *ABCdaire suivi collaboratif des 0 à 5 ans*. (Mise à jour: 5 mai 2022^e éd.).
- Lupariello, F., Coppo, E., Cavecchia, I., Bosco, C., Bonaccorso, L., Urbino, A. et Di Vella, G. (2020). Differential diagnosis between physical maltreatment and cupping practices in a suspected child abuse case. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 16(1), 188-190.
- Manan, M. R., Rahman, S., Komer, L., Manan, H. et Iftikhar, S. (2022). A multispecialty approach to the identification and diagnosis of nonaccidental trauma in children. *Cureus*, 14(7).
- McDowell, H., Yates, J., Radford, A., Zak, S., Robinson, S. K., Cooney, M., Stewart-Tufescu, A. et Afifi, T. O. (2025). A Scoping Review of Sentinel Injuries: Definitions, Key Indicators, and Best Practices for Response and Prevention. *Child Protection and Practice*, 100185.
- Montérégie-Est, C. d. I. (2023, 2023, 17 mai). *Série DPJ | Faire un signalement : avez-vous toute l'information en main?* <https://letourdelest.ca/serie-dpj-faire-un-signalement-avez-vous-toute-linformation-en-main/>
- Mullen, J. E. (2023). Recognizing child abuse. *AACN advanced critical care*, 34(3), 240-245.
- National Council on Crime and Delinquency. (2019). *Queensland Child Protection Guide 2.1*.
- Ngo, V. (2020). A closer look: medical conditions that mimic physical abuse. *Pediatric annals*, 49(8), e341-e346.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline. Published: 22 July 2009. Last updated: 9 October 2017*.
- Oral, R., Yagmur, F., Nashelsky, M., Turkmen, M. et Kirby, P. (2008). Fatal abusive head trauma cases: consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse. *Pediatric emergency care*, 24(12), 816-821.

- Petska, H. W. et Sheets, L. K. (2014). Sentinel injuries: subtle findings of physical abuse. *Pediatric Clinics*, 61(5), 923-935.
- Pierce, M. C., Kaczor, K., Lorenz, D. J., Bertocci, G., Fingarson, A. K., Makoroff, K., Berger, R. P., Bennett, B., Magana, J., Staley, S., Ramaiah, V., Fortin, K., Currie, M., Herman, B. E., Herr, S., Hymel, K. P., Jenny, C., Sheehan, K., Zuckerbraun, N., . . . Leventhal, J. M. (2021). Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA network open*, 4(4), e215832. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832>
- Pierce, M. C., Smith, S. et Kaczor, K. (2009). Bruising in infants: those with a bruise may be abused. *Pediatric emergency care*, 25(12), 845-847.
- Rabbitt, A. L., Olson, N. L., Liegl, M. N., Simpson, P. et Sheets, L. K. (2022). Caregiver Reports of Infant Distress and Injury in Abused Infants. *The Journal of Pediatrics*, 245, 190-195.e192. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.02.056>
- Ravanfar, P. et Dinulos, J. G. (2010). Cultural practices affecting the skin of children. *Current opinion in pediatrics*, 22(4), 423-431.
- Rosen, N. G., Escobar, M. A., Jr., Brown, C. V., Moore, E. E., Sava, J. A., Peck, K., Ciesla, D. J., Sperry, J. L., Rizzo, A. G., Ley, E. J., Brasel, K. J., Kozar, R., Inaba, K., Hoffman-Rosenfeld, J. L., Notrica, D. M., Sayrs, L. W., Nickoles, T., Letton, R. W., Jr., Falcone, R. A., Jr., . . . Martin, M. J. (2021). Child physical abuse trauma evaluation and management: A Western Trauma Association and Pediatric Trauma Society critical decisions algorithm. *The journal of trauma and acute care surgery*, 90(4), 641-651. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003076>
- Rourke, L., Leduc, D. et Rourke, J. (2020). *Le Relevé postnatal Rourke*. <https://www.rourkebabyrecord.ca/pdf/rbr%202017%20french%20ontario%20-%20black%20171002.pdf>
- Rourke, L., Leduc, D. et Rourke, J. (2024). *Le Relevé postnatal Rourke: 2024. Suivi probant de la santé des nourrissons et des enfants*. <https://www.rourkebabyrecord.ca/>
- Roy, E., Simard, J., Moretti, S. et Simard, M. (2019). *Secret professionnel : Loi sur la protection de la jeunesse*. <https://www.oiq.org/secret-professionnel-loi-sur-la-protection-de-la-jeunesse>
- Royal College of Paediatrics Child Health. (2020). *Child protection evidence. Systematic review on Fractures*. <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/fractures-systematic-review/>
- Ruiz-Maldonado, T. M., Russell, M. R., Giardino, E. R., Moles, R. L. et Giardino, A. P. (2023) Physical Child Abuse. *Medscape*, article. <https://emedicine.medscape.com/article/915664-overview?form=fpf>
- Seattle Children's Hospital-Research-Foundation. (2024). *ED Bruising v4.0: Screening/Work-up*

- Shanghvi, D. et Donaruma-Kwoh, M. (2022). Physical abuse creating cauliflower ear in an infant: a discussion of mechanism and review of the literature. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 74(Suppl 3), 4033-4035.
- Sheets, L. K., Leach, M. E., Koszewski, I. J., Lessmeier, A. M., Nugent, M. et Simpson, P. (2013). Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*, 131(4), 701-707.
- Shelby, P. (2021). IDENTIFICATION & PREVENTION: A LITERATURE REVIEW INVESTIGATING THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF PHYSICAL CHILD ABUSE IN THE OUTPATIENT SETTING.
- Shouldice, M., Ward, M., Nolan, K. et Cory, E. (2025). L'évaluation médicale en cas de soupçons de trauma crânien causé par la maltraitance des enfants *Paediatr Child Health*, 30(3), 189-194. <https://doi.org/10.1093/pch/pxae072>
- Spiller, L. R. (2024). Orofacial manifestations of child maltreatment: A review. *Dental traumatology*, 40, 10-17.
- Starship. (2021). *Abuse and Neglect*.
- Stewart, G. M. et Rosenberg, N. M. (1996). Conditions mistaken for child abuse: part II. *Pediatric emergency care*, 12(3), 217-221.
- Suniega, E. A., Krenek, L. et Stewart, G. (2022). Child Abuse: Approach and Management. *Am Fam Physician*, 105(5), 521-528. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35559624>
- Swerdlin, A., Berkowitz, C. et Craft, N. (2007). Cutaneous signs of child abuse. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(3), 371-392.
- Tate, A. R., Fisher-Owens, S. A., Spiller, L., Muhlbauer, J. et Lukefahr, J. L. (2024). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect: Clinical Report. *Pediatrics*, 154(3), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068024>
- Thackeray, J. D. (2007). Frenula tears and abusive head injury: a cautionary tale. *Pediatric emergency care*, 23(10), 735-737.
- The Royal College of Ophthalmologists. (2024). *Clinical Guideline. Abusive Head Trauma and the Eye*.
- Tiyyagura, G., Beucher, M. et Bechtel, K. (2017). Nonaccidental injury in pediatric patients: detection, evaluation, and treatment. *Pediatric emergency medicine practice*, 14(7), 1-32.
- Vashi, N. A., Patzelt, N., Wirya, S., Maymone, M. B., Zancanaro, P. et Kundu, R. V. (2018). Dermatoses caused by cultural practices: therapeutic cultural practices. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(1), 1-16.
- Victorian Forensic Paediatric Medical Service. (2025). *VFPMS Guidelines: Forensic investigation of suspected child abuse*. <https://www.rch.org.au/vfpms/guidelines/>
- Viero, A., Amadasi, A., Blandino, A., Kustermann, A., Montisci, M. et Cattaneo, C. (2019). Skin lesions and traditional folk practices: a medico-legal perspective. *Forensic science, medicine, and pathology*, 15(4), 580-590. <https://doi.org/10.1007/s12024-019-00115-4>

- Ward, M. G., Ornstein, A., Niec, A. et Murray, L. C. (2013). L'évaluation médicale des ecchymoses dans les cas de maltraitance présumée d'enfants: une perspective clinique. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 438-442.
- World Health Organization. (2019). *Guidelines for the health sector response to child maltreatment*.
- Wolford, J. E., Berger, R. P., Eichman, A. L., Lindberg, D. M. et Investigators, E. (2022). Injuries suggestive of physical abuse in young children with subconjunctival hemorrhages. *Pediatric emergency care*, 38(2), e468-e471.
- Yoo, S. S. et Tausk, F. (2004). Cupping: east meets west. *International journal of dermatology*, 43(9), 664-665.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

