



Déclaration conjointe sur le trauma crânien causé par la maltraitance des enfants

Une mise à jour de la Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Joint Statement on Traumatic Head Injury due to Child Maltreatment:
An update to the Joint Statement on Shaken Baby Syndrome

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : février 2020

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement,
dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-128/2020F-PDF
ISBN : 978-0-660-33729-6
Pub. : 190556



La déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué (SBS), initialement publiée en 2001, était un projet de collaboration nationale visant à reconnaître le problème et à offrir des conseils au public à ce sujet. La déclaration conjointe sur le SBS devait être revue pour que son contenu reflète les nouvelles connaissances, interprétations et pratiques au sein du secteur et entre les secteurs. L'objectif de la déclaration conjointe révisée est donc de décrire les principes clés qui sous-tendent la pratique professionnelle en matière de trauma crânien causé par la maltraitance des enfants (TC-ME) au Canada.

Afin d'atteindre cet objectif, la présente déclaration conjointe sur le TC-ME comprend :

1. des énoncés fondamentaux plurisectoriels sur les problèmes médicaux et de santé publique liés aux traumatismes crâniens chez les enfants potentiellement causés par la maltraitance;
2. une mise à jour de la terminologie et de l'approche en matière de communication sur le TC-ME;
3. des recommandations pour aider à mettre en œuvre la terminologie et l'approche mises à jour en matière de TC-ME.

Le présent document ne contient pas de conseils précis destinés aux professionnels sur l'approche ou la gestion des cas individuels. On s'attend à ce que les secteurs concernés élaborent, mettent à jour ou modifient les documents d'orientation pertinents en fonction des présents énoncés fondamentaux.

CONTEXTE

Au Canada, les traumatismes crâniens ne représentent qu'un faible pourcentage des cas de maltraitance d'enfants (violence, négligence et exposition à la violence conjugale). Cependant, le TC-ME peut entraîner un handicap permanent ou la mort. Ces conséquences pour les familles et la société sont graves et peuvent être évitées.

Processus de révision

Pour orienter la révision de la déclaration conjointe, l'Agence de la santé publique du Canada, en partenariat avec la Société canadienne de pédiatrie, a effectué une analyse contextuelle et une revue de la littérature en 2012. La mise en place d'un groupe consultatif plurisectoriel ainsi qu'une table ronde d'experts ont ensuite eu lieu. Le groupe consultatif a examiné le contenu et la structure de la déclaration conjointe originale sur le SBS afin de déterminer sa pertinence et la nécessité de sa mise à jour.

La revue de la littérature a été complétée et le processus de révision de la déclaration conjointe a commencé en 2015. Un comité consultatif composé d'experts venant de plusieurs secteurs a fourni une rétroaction et des conseils au sujet du processus et du contenu de la révision. Ce comité était constitué de représentants de partout au Canada des secteurs médical, juridique, de l'application de la loi, judiciaire, de la protection de l'enfance, de la santé publique et de la promotion de la santé. Des consultations ont été tenues en français et en anglais et une attention particulière a été accordée à la concordance de la terminologie utilisée dans chacune des langues.

Il a été recommandé de modifier la terminologie du *syndrome du bébé secoué*, tel que décrit dans le présent document. La terminologie a été choisie dans le cadre d'un processus itératif qui tient compte des significations des divers termes utilisés dans la documentation à ce jour et à la façon dont ces termes sont interprétés dans différentes disciplines et différents secteurs. On croit que le terme TC-ME reflète le langage actuel utilisé par les professionnels de la santé (traumatisme crânien) et aide à distinguer le diagnostic (traumatisme crânien) de l'opinion sur la cause de la blessure (maltraitance des enfants). Cette question sera abordée plus en détail dans un document d'accompagnement.

Le TC-ME peut entraîner un handicap permanent ou la mort. Ces conséquences pour les familles et la société sont graves et peuvent être évitées.

Le Comité consultatif d'experts a formulé une série d'énoncés fondamentaux qui résument les éléments de consensus et servent d'assise aux professionnels qui travaillent avec des enfants et des familles touchés par le TC-ME. Une série de recommandations ont également été formulées afin de favoriser les travaux futurs et la mise en application de la déclaration conjointe sur le TC-ME.



ÉNONCÉS FONDAMENTAUX

i. Termes et définitions

- > La définition du terme « TC-ME » englobe les traumatismes crâniens (blessure au crâne et/ou cerveau et/ou structures intracrâniennes), associés ou non à des blessures au visage, au cuir chevelu, aux yeux, au cou, et à la colonne vertébrale, dont la cause est l'application d'une force externe liée à la maltraitance des enfants.
- > TC-ME est le terme privilégié au Canada dans le cadre des initiatives de recherche, de santé publique, d'élaboration de politiques et de prévention.
- > Les cliniciens peuvent utiliser le terme « traumatisme crânien » et dresser la liste des observations médicales importantes (p. ex., hématome au cuir chevelu, fracture du crâne, hémorragie sous-durale) lorsqu'ils inscrivent un diagnostic dans un dossier médical.
- > Un diagnostic de traumatisme crânien peut être accompagné d'une note indiquant qu'il pourrait s'agir d'un TC-ME et les autres diagnostics différentiels pertinents (traumatisme ou problème médical) devraient être indiqués. Le TC-ME ne devrait pas être officiellement diagnostiqué uniquement selon les renseignements médicaux initiaux.

- > L'utilisation du terme TC-ME dans un diagnostic final pour un cas particulier ne convient que si ce diagnostic est fondé sur une combinaison de renseignements provenant du secteur médical, du secteur de la protection de l'enfance ou du secteur juridique.

ii. Épidémiologie

- > Le TC-ME est relativement peu fréquent au Canada et n'est présent que dans une petite proportion des cas de maltraitance d'enfant. Toutefois, le TC-ME entraîne une morbidité et une mortalité élevée.
- > Il est souvent difficile d'identifier le TC-ME. Il arrive parfois que les cas de TC-ME ne soient pas reconnus ou soient mépris pour un autre type de blessure à la tête. Il est probable que les statistiques sur la fréquence du TC-ME minimisent l'étendue du problème.
- > Généralement, le TC-ME est diagnostiqué chez des enfants de moins d'un an, mais il est aussi présent chez les enfants plus vieux.

iii. Causes, blessures et résultats

- > Le TC-ME peut être causé par un choc brutal ou une force de compression, d'écrasement, de pénétration ou d'inertie (secousses ou coup de fouet cervical).
- > Une variété de blessures à la tête, aux yeux, au cou et à la colonne vertébrale sont retrouvées dans le TC-ME. Bien que certaines blessures sont plus susceptibles d'être causées par la maltraitance, aucune d'entre elles, seule ou en combinaison, n'est pathognomonique du TC-ME.
- > Des blessures au cerveau et aux yeux peuvent être le résultat du traumatisme (effet principal), de la réaction du corps au traumatisme (effet secondaire) ou des deux. Les conséquences sur la santé, y compris la mort, peuvent aussi être causées par une combinaison des effets primaires et secondaires d'un TC-ME.
- > Les conséquences du TC-ME peuvent être graves et comprennent souvent la mort et l'invalidité à long terme. Les enfants qui survivent au TC-ME peuvent avoir besoin de réhabilitation à long terme ainsi que de soutien médical, éducatif, social, juridique et en matière de protection de l'enfance. Leurs familles peuvent également avoir besoin de tels services et mesures de soutien.

iv. Prévention

- > Il est essentiel que tous les secteurs concernés reconnaissent l'importance de la prévention du TC-ME. Le déploiement et l'évaluation des efforts de prévention actuels et à venir devraient être fondés sur les données probantes et devraient considérer la prévention de la maltraitance dans le contexte de l'atteinte d'un niveau de santé et de bien-être optimal des enfants et des familles.
- > Pour l'instant, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander des programmes et des stratégies spécifiques pour la prévention de la maltraitance des enfants. Pendant que l'on continue d'acquérir des connaissances à ce sujet, les programmes qui reconnaissent les facteurs de risque et de prévention, qui favorisent l'intervention précoce, qui fournissent un soutien supplémentaire aux familles et qui réduisent les facteurs de stress pour les familles peuvent s'avérer utiles.
- > Le TC-ME peut être associé à la façon dont le fournisseur de soins réagit aux pleurs de l'enfant. Les programmes d'éducation pour les nouveaux parents sur les pleurs des bébés et les façons de les apaiser peuvent être efficaces pour informer les parents, mais il est incertain si ces connaissances réduisent l'incidence du TC-ME.

v. Rôle des professionnels

- > Selon les exigences législatives, c'est la responsabilité de tous au Canada, y compris les professionnels, de communiquer avec des organismes de protection de l'enfance si l'on soupçonne qu'un enfant subit ou est à risque de subir de la maltraitance.
- > Les professionnels de tous les secteurs ont des rôles importants et complémentaires dans les cas de TC-ME. Peu importe le secteur de travail, ils doivent donner une définition claire de leur rôle et respecter les limites de leurs domaines d'expertise. De plus, ils devraient travailler en collaboration avec leurs collègues des autres secteurs tout en reconnaissant que la santé et le bien être des enfants sont au cœur de leur travail.
- > La recherche sur le TC-ME a permis de répondre à de nombreuses questions scientifiques à son sujet. Par contre, il y a toujours des questions qui demeurent sans réponse, car la recherche à leur égard est moins certaine ou n'a pas été assez approfondie. Il est important que les professionnels qui participent à la recherche, à l'analyse et à la gestion dans le domaine du TC-ME prennent en compte et communiquent les forces, les limites et les incertitudes quant à l'ensemble de connaissances scientifiques qui évolue sans cesse.
- > Lorsqu'un professionnel de la santé soupçonne que la maltraitance est la cause d'une blessure à la tête d'un enfant, il doit fonder son opinion à l'aide de preuves scientifiques à jour. Les médecins doivent avoir reçu une formation adéquate et posséder des connaissances et une expérience appropriées pour pouvoir formuler des opinions d'expert sur le TC-ME. Ils doivent aussi bien connaître leur rôle par rapport au système de protection de l'enfance et au système juridique et participer aux examens par les pairs et/ou aux pratiques d'assurance de la qualité.



RECOMMANDATIONS

1. Adopter une terminologie et des définitions normalisées pour le TC-ME et les blessures connexes afin d'assurer une communication claire entre les secteurs et permettre une identification constante du TC-ME aux fins de la recherche et de l'évaluation de la qualité.
2. Les professionnels et les organisations professionnelles des secteurs concernés doivent reconnaître que la santé et le bien-être des enfants sont au cœur du processus et des activités menées dans le cadre de leur travail concernant le TC-ME, et doivent utiliser des pratiques qui réduisent au minimum les effets adverses pour les enfants.
3. Continuer d'élaborer, d'évaluer rigoureusement et de prioriser les programmes de prévention du TC-ME.
4. Encourager la poursuite de la recherche sur le TC-ME et la maltraitance des enfants. Cela pourrait inclure la recherche scientifique, l'évaluation de programmes et/ou l'analyse juridique, inter ou intrasectorielle.
5. Bien éduquer et former les professionnels travaillant dans le domaine du TC-ME et de la maltraitance des enfants pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs rôles et responsabilités.
6. Les professionnels qui travaillent dans le domaine du TC-ME doivent collaborer davantage et participer à des formations multisectorielles pour bien comprendre les rôles et les responsabilités des professionnels des autres secteurs concernés.
7. Utiliser la présente déclaration conjointe sur le TC-ME dans tous les secteurs en adaptant son contenu afin d'orienter les pratiques et les activités relatives aux services cliniques, la recherche, la pratique juridique, l'élaboration de politiques, de la sensibilisation du public, la prévention et la promotion de la santé à l'égard du TC-ME.

RÉFÉRENCES ET RESSOURCES CLÉS

Les références et ressources suivantes comprennent des directives cliniques, des examens narratifs, des études d'évaluation, des perspectives internationales et d'autres sujets d'intérêt pour les lecteurs et ne reflètent pas toute la portée de la documentation pertinente.

1. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance <https://cwrp.ca/fr/survol-deci>
2. Christian CW, Block R. Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009; 123(5): 1409–11
3. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, Moreno JA, Dias MS, Christian CW, Nelson MD Jr, Silvera VM, Palasis S, Raissaki M, Rossi A, Offiah AC. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*. 2018; 48(8):1048–1065.
4. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015; 135(5): e1336–1354
5. Euser S, Alink LRA, Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*. 2015; 15:1068
6. Frasier LD, Kelly P, Al-Eissa M, Otterman GJ. International issues in abusive head trauma. *Pediatr Radiol* 2014; 44 (S4):S647-S653
7. Greeley CS. Abusive head trauma: a review of the evidence base. *Am J Roentgen* 2015; 204(5): 967–973
8. Iacobucci F, Hamilton G. The Goudge Inquiry and the role of medical expert witnesses. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 182(1): 53–56
9. Laurent-Vannier A, Nathanson M, Quiriau F, Briand-Huchet E, Cook J, Billette de Villemeur T, et al. A public hearing “Shaken baby syndrome: guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social service staff”. Guidelines issued by the Hearing Commission. *Ann Phys Rehab Med* 2011; 54: 600–625
10. Leventhal JM, Ashes AG, Pavlovic L, Moles RL. Diagnosing abusive head trauma: the challenges faced by clinicians. *Pediatr Radiol* 2014; 44(Supp 4):S537-S542
11. Lopes NR, Williams LC. Pediatric abusive head trauma prevention initiatives: A literature review. *Trauma Violence Abuse*. 2018; 19(5):555–566
12. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009; 373(9659): 250–66.

13. Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009; 94: 860–867
14. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ.* 2009; 87(5): 353–61
15. New South Wales Department of Health, Government, Australia. Policy Directive: Children and Infants – Acute Management of head injury. 2011. https://www1.health.nsw.gov.au/PDS/pages/doc.aspx?dn=PD2011_024#
16. Parks SE, Annett JL, Hill HA, Karch DL. *Pediatric Abusive Head Trauma: Recommended Definitions for Public Health Surveillance and Research*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2012. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/pedheadtrauma-a.pdf>
17. Piteau SJ, Ward MGK, Barowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review. *Pediatrics* 2012; 130(2): 315–323
18. Public Health Agency of Canada. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2008: Major findings. Ottawa, 2010. www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/injury-child-maltreatment-section/child-maltreatment/canadian-incidence-study-reported-child-abuse-neglect-major-findings-2003/canadian-incidence-study-reported-child-abuse-neglect-2008.html
19. Royal College of Paediatrics and Child Health: Child Protection Evidence <http://rcpch.ac.uk>.
20. Watts P and Child maltreatment guideline working party of the Royal College of Ophthalmologists UK. Abusive head trauma and the eye in infancy. *Eye (Lond)* 2013; 27(10): 1227–1229

ANNEXE A

Remerciements

La présente déclaration conjointe sur le TC-ME est le résultat d'une collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada et la Société canadienne de pédiatrie. Voici la liste des membres du *Comité consultatif d'experts* :

D^{re} Michelle Ward (coresponsable médicale et auteure)

Vice-présidente, Section de la Prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents, Société canadienne de pédiatrie

Chef, Division de la protection des enfants et des jeunes, Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario

Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

D^{re} Michelle Shouldice (coresponsable médicale auteure)

Ancienne présidente, Section de la Prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents, Société canadienne de pédiatrie

Chef, Division de la médecine pédiatrique, Hospital for Sick Children

Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto

Noreen Agrey

Directrice générale,
Saskatchewan Prevention Institute

D^r Thambirajah Balachandra

Médecin légiste en chef,
ministère de la Justice, province du Manitoba

D^r Matthew Bowes

Médecin légiste en chef,
Service du médecin légiste
de la Nouvelle-Écosse

Mike Darling

Détective et agent de police,
Groupe intégré des crimes majeurs
de l'île de Vancouver

D^r Lionel Dibden

Child Adolescent Protection,
Alberta Stollery Children's Hospital

Monsieur le juge Stephen Goudge

Cour d'appel de l'Ontario,
Paliare Roland Barristers

D^r Dirk Huyer

Coroner en chef,
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

D^{re} Harriet MacMillan

Psychiatrie et neurosciences comportementales,
Université McMaster

D^{re} Amy Ornstein

Équipe de protection de l'enfance,
Département de pédiatrie,
Centre de santé IWK

D^r Michael Pollanen

Pathologiste judiciaire en chef,
Centre for Forensic Science & Medicine,
Université de Toronto

Pendant plusieurs années, le Comité consultatif d'experts a reçu des conseils d'experts internationaux, nationaux et régionaux grâce à deux tribunes : un [comité multisectoriel d'examen et un groupe de travail sur le langage et la terminologie](#). Des représentants du secteur médical (pédiatrie, médecine familiale, ophtalmologie, pathologie judiciaire, médecine nordique, systèmes de coroner et de médecins légistes, psychiatrie, soins infirmiers, recherche médicale et prévention) ainsi que des secteurs juridique, de l'application de la loi, judiciaire, des services de protection de l'enfance, de la santé publique et de la promotion de la santé ont apporté leur contribution.