



Traumatismes crâniens secondaires à une maltraitance (violence ou négligence) présumée envers un enfant

PROTOCOLES

Investigatrice principale

Morag Mackay

Directrice, Plan-it-Safe, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, 401, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; courriel : m.mackay@childsafetysysteme.org

Co-investigateurs

Susan Bennett, MB, ChB, chef du programme de protection de l'enfance et de la jeunesse, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Tammy Clifford, Ph. D., Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Gilles Fortin, MD, services de protection de l'enfance et de la jeunesse, Hôpital Sainte-Justine

Jim King, MD, chef, unité de médecine pédiatrique, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Amy Plint, MD, département d'urgence, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Michelle Ward, MD, Programme de protection de l'enfance et de la jeunesse, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

Historique

Même si le terme « syndrome de l'enfant maltraité » a été utilisé pour la première fois en anglais en 1962, l'étude de la maltraitance des enfants en est encore à ses balbutiements au Canada. C'est avéré, même si la maltraitance constitue une cause importante de mortalité et de morbidité pour les enfants et les adolescents canadiens. Même les questions les plus fondamentales sur la maltraitance au Canada commencent à peine à trouver réponses. Le portrait du nombre d'enfants qui sont violentés ou négligés est incomplet, et le portrait de la gravité des dommages qu'ils subissent ainsi que de la manière dont les professionnels de la santé repèrent les enfants vulnérables et le processus qu'ils respectent pour les protéger l'est tout autant.

Sur la scène internationale, les données d'incidence publiées sur la maltraitance des enfants sous-estiment la portée du problème, car elles diffèrent considérablement des études de cas bien réelles déclarées par l'entremise des systèmes judiciaires ou



médicaux. Ces différences peuvent être attribuées à plusieurs facteurs, y compris la crainte de la divulgation (stigmata, crainte des conséquences potentielles) et le défaut par les professionnels de dépister et de signaler la maltraitance des enfants. Jusqu'à récemment, plus de 90 % de la documentation médicale au sujet de la prévalence de la maltraitance des enfants provenait des États-Unis, et la plus grande partie du reste de cette documentation émanait du Royaume-Uni et de l'Australie. Jusqu'à présent, deux tentatives ont été faites pour quantifier la question au Canada.

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) a permis de colliger de l'information directement auprès des enquêteurs en protection de la jeunesse pendant trois mois en 1998. Cette étude a révélé que 2,1 % des enfants faisaient l'objet d'une enquête pour maltraitance, laquelle était corroborée dans près de la moitié des cas. Des dommages corporels étaient documentés dans 18 % des 3 780 cas corroborés de violence. Les auteurs, par extrapolation, estimaient que ce résultat reflétait la présence de 61 156 cas au pays en 1998. Cependant, des soins médicaux n'ont été demandés que dans 4 % de ces cas, et dans moins de 1 % les demandait-on en raison de fractures ou de traumatismes crâniens. Ces résultats ont été remis en question parce que les dommages corporels avaient été déterminés par des intervenants en protection de la jeunesse plutôt que par des dispensateurs de soins, et qu'à la première présentation, même des médecins peuvent omettre de déceler l'infliction d'un traumatisme crânien. L'ECI procure les premières évaluations nationales de violence et de négligence envers les enfants, déclarés et faisant l'objet d'une enquête par un travail coopératif au sein de la collectivité intéressée par la maltraitance des enfants. L'ECI comporte d'autres limites, soit son coût élevé et le recours à un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés (en raison de la variation et de la complexité à laquelle la violence faite aux enfants est déclarée et fait l'objet d'enquêtes dans chaque province ou territoire), qui exige une extrapolation pour dériver des évaluations nationales de l'incidence de maltraitance des enfants. Par conséquent, les besoins d'information des médecins ne sont pas respectés.

La deuxième étude canadienne, récemment publiée, portait sur une révision des dossiers de 364 cas de syndrome du bébé secoué (SBS) répartis sur dix ans, traités dans 11 centres pédiatriques canadiens. Dans 40 % des cas, on ne remarquait aucun signe de lésion externe à la présentation. Cette étude excluait les cas de lésions infligées qui ne comportaient pas de traces de secousses et n'incluait que les cas de SBS vus à l'hôpital, ce qui limite la généralisabilité des résultats.

Bien qu'ils soient rares, les cas d'infliction de traumatismes crâniens sont d'une grande importance clinique, car une forte proportion d'entre eux s'associent à des déficits neurologiques permanents (19 % des enfants inclus dans l'analyse du SBS sont décédés, et 78 % souffraient d'une invalidité au moment de leur congé de l'hôpital). Par conséquent, un grand soutien est accordé pour retracer ces traumatismes, et dans la *Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*, il est recommandé de surveiller et de colliger les données reliées au SBS. Ainsi, la présente étude vise à procéder à la surveillance active des traumatismes crâniens chez les enfants, découlant d'une maltraitance (violence ou négligence *) présumée envers un enfant canadien. Par conséquent, afin d'obtenir le portrait le plus complet possible et de sensibiliser les médecins à cette possibilité chez les enfants plus âgés, l'étude inclura les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 14 ans. Il s'agit là d'un âge de suivi raisonnable pour les pédiatres, qui permettra également de recourir aux groupements d'âge standard utilisés par Statistique Canada au moment de l'analyse.



Traumatismes crâniens secondaires à une maltraitance (violence ou négligence) présumée envers un enfant (suite)

Méthodologie

Grâce à la participation de 2 500 pédiatres et pédiatres avec surspécialité qui remettent des rapports mensuels au PCSP, des données seront recueillies sur les caractéristiques des patients, la présentation et les caractéristiques de l'événement ayant donné au traumatisme, la prise en charge et l'issue.

Définition de cas

Tous les nouveaux cas d'enfants jusqu'à 14 ans, inclusivement, qui manifestent un mécanisme de traumatisme crânien ou cérébral compatible avec la violence ou la négligence* (p. ex., secousse, impact, suffocation) et qui ont été signalés à l'agence de la protection de la jeunesse de la province ou du territoire. Vous devez déclarer le cas, que vous l'ayez ou non signalé vous-même à l'agence.

Critères d'inclusion

- Preuves diagnostiques objectives de traumatisme crânien ou cérébral. Elles peuvent inclure des constatations radiologiques, ophtalmologiques ou médico-légales, telles qu'une fracture du crâne, une contusion cérébrale, une hémorragie sous-durale, épidurale ou sous-arachnoïdienne, un œdème cérébral ou des hémorragies rétiniennes.

OU

- Preuves cliniques de traumatisme crânien ou cérébral important (p. ex., grave traumatisme des tissus mous de la tête, altération du niveau de conscience, convulsions, constatations neurologiques focales).

* Définition de négligence tirée de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) :

Négligence/défaut de protéger

L'enfant a subi des sévices ou sa sécurité ou son développement ont été compromis en raison du fait que la ou les personnes qui en prennent soin ne l'ont pas protégé ou ne lui ont pas procuré ce dont il avait besoin. Le terme « négligence » n'est pas employé dans certaines lois provinciales ou territoriales, mais les concepts comparables sont notamment : le défaut de prendre soin et de procurer ou de superviser et protéger; ne pas donner ou refuser de donner un traitement, ou ne pas être disponible pour y consentir ou capable d'y consentir.

a. Défaut de superviser ou protéger entraînant des sévices physiques : L'enfant souffre ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Par défaut de protéger on entend les situations dans lesquelles un enfant subit des sévices ou est mis en danger en raison de la conduite de la personne qui en prend soin (p. ex., la personne conduit avec des facultés affaiblies lorsqu'un enfant est avec elle ou elle se livre à des activités criminelles dangereuses avec un enfant).

b. Négligence physique : L'enfant a été ou est exposé à un risque élevé de sévices physiques parce que la personne qui en prend soin ne le supervise pas ou ne le protège pas suffisamment. Cette forme de négligence englobe une alimentation et/ou des vêtements non appropriés et des conditions de vie insalubres et/ou dangereuses. Il faut pouvoir prouver ou présumer que la personne prenant soin de l'enfant est au moins partiellement responsable de la situation.



Objectifs

L'étude sur les traumatismes crâniens secondaires à une maltraitance (violence ou négligence) présumée envers un enfant permettra de :

- décrire l'incidence canadienne;
- décrire l'incidence des groupes vulnérables parmi la population pédiatrique canadienne;
- repérer la présentation, les profils et le fardeau du traumatisme crânien;
- transmettre les stratégies visant à améliorer la protection de l'enfance et de l'adolescence et donner l'occasion d'informer les professionnels de la santé.

Durée

De mars 2005 à février 2007 (renouvelable)

Nombre prévu de cas

Puisque l'étude du SBS a permis de repérer moins de 400 cas sur une période de dix ans, on prévoit au moins 40 cas par année.

Approbation déontologique

Conseil d'éthique en recherche de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa

Analyse et publication

Les résultats d'incidence seront présentés sous forme de taux par rapport à 1 000 enfants par année, calculés d'après les données démographiques publiées par Statistique Canada. Tous les traumatismes crâniens seront analysés, y compris les sous-ensembles d'impact, les traumatismes causés par une secousse ou sans impact et les profils de traumatismes par sous-ensembles d'âge (moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans). Les investigateurs ne colligeront pas de données détaillées dans des tableaux qui comptent moins de cinq cas. Les résultats des données seront soumis à un journal révisé par des pairs en fin d'étude. De plus, les investigateurs s'assureront de la distribution des résultats aux personnes responsables de la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la maltraitance des enfants, au moyen de divers mécanismes de communications.

Références bibliographiques

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert Se, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999;281(7):621-2.

King WJ, MacKay M, Sirmick A, with the Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003;168(2):155-9.

Santé Canada. *Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*, ministre des Travaux publics et services gouvernementaux, Ottawa, 2001.

Trocme N, MacMillan H, Fallon B, DeMarco R. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: Results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ* 2003;169(9):911-5.

Ward MGK, Bennett S. Studying child abuse and neglect in Canada: We are just at the beginning. *CMAJ* 2003;169(9):919-20.