

# TRAUMATISMES CRÂNIENS SECONDAIRES À UNE MALTRAITANCE (VIOLENCE OU NÉGLIGENCE) PRÉSUMÉE ENVERS UN ENFANT (TC)

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa ON K1G 4J8  
Tél. : (613) 526-9397, poste 239  
Télec. : (613) 526-3332  
Courriel : [pcsp@cps.ca](mailto:pcsp@cps.ca)  
Site Web : [www.cps.ca/francais/pcsp](http://www.cps.ca/francais/pcsp)

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	_____
Mois de déclaration	_____
Province	_____
Date du jour	_____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DE CAS DE TRAUMATISMES CRÂNIENS SECONDAIRES À UNE MALTRAITANCE (VIOLENCE OU NÉGLIGENCE) PRÉSUMÉE ENVERS UN ENFANT (TC)

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, épurale 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).

\* Voir la définition de négligence dans le protocole.

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

- 1.1 Date de naissance :      /      /               1.2 Sexe : Masculin  Féminin   
  JJ                MM                AAAA
- 1.3 Province ou territoire de résidence : \_\_\_\_\_
- 1.4 Nombre d'enfants dans la maisonnée (y compris le patient) : \_\_\_\_\_  
Précisez le nombre par groupe d'âge : <1 an  1 à 4 ans  5 à 9 ans  10 à 14 ans  > 14 ans

## SECTION 2 – MALTRAITANCE ENVERS UN ENFANT

- 2.1 Première présentation à : un médecin de famille  un pédiatre  un urgentologue  autre
- 2.2 Date de la présentation initiale des blessures :      /      /       
  JJ                MM                AAAA
- 2.3 Présentation initiale (cochez toutes les réponses applicables) : Irritabilité  Léthargie  Vomissements   
Difficulté respiratoire  Apnée  Convulsion  Traumatisme des tissus mous  Altération du niveau  
de conscience  Autre (précisez) \_\_\_\_\_
- 2.4 Date de la présentation courante :      /      /       
  JJ                MM                AAAA

**SECTION 2 – MALTRAITANCE ENVERS UN ENFANT (suite)**

2.5 Présentation courante (cochez toutes les réponses applicables) : Irritabilité \_\_\_ Léthargie \_\_\_ Vomissements \_\_\_  
Difficulté respiratoire \_\_\_ Apnée \_\_\_ Convulsions \_\_\_ Traumatisme des tissus mous \_\_\_ Altération du niveau  
de conscience \_\_\_ Autre (précisez) \_\_\_\_\_

2.6 Hospitalisation : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
Dans l'affirmative : Date de l'hospitalisation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA  
Date du congé de l'hôpital : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA

2.7 Hospitalisation à l'USIN : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_  
Dans l'affirmative : Durée du séjour à l'USIN (en jours) \_\_\_\_\_

2.8 Équipe de protection de l'enfance de l'hôpital en cause : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_

2.9 Police en cause : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_

2.10 A déjà été sous enquête par la protection de la jeunesse : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_

2.11 Causes des traumatismes (par exemple : a glissé ou trébuché • chute d'un même plan • chute d'un meuble •  
chute de plus de 90 cm • chute d'un escalier • collision avec un objet • frappé par un objet •  
frappé ou poussé par quelqu'un • secoué par quelqu'un • aucun compte rendu de traumatisme)

**Description du traumatisme** (joindre l'information non nominative pertinente, si elle est disponible) :

---



---



---



---



---



---



---

2.12 Informateur(s) : mère \_\_\_ père \_\_\_ gardienne \_\_\_ autre(s) (précisez) : \_\_\_\_\_

2.13 Date estimative des traumatismes : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
JJ MM AAAA

2.14 Antécédents médicaux (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Prématurité (< 36 semaines)	___ Maltraitance antérieure	___ Apnée
___ Retard de développement	___ Pleurs excessifs	___ Autre (précisez)
___ Trouble prémorbide (précisez)	___ Coliques	_____
_____	___ Difficultés à s'alimenter	_____

2.15 Résultats cliniques (cochez toutes les réponses applicables) :

___ Hématome sous-dural	___ Hémorragie rétinienne	___ Traumatisme abdominal (précisez)
___ Hématome sous-arachnoïdienne	___ Fracture(s) du crâne	_____
___ Hématome épidural	___ Traumatisme de la colonne cervicale	___ Ecchymoses
___ Œdème cérébral	___ Fracture(s) des côtes	___ Abrasions
___ Infarctus ou contusion cérébral	___ Fracture(s) des os longs	___ Classification de Glasgow ___ / ___ (pire lecture)
___ Convulsions	___ Autre(s) fracture(s)	___ Autre (précisez)
___ Constatations neurologiques localisées	___ Brûlures	_____

**SECTION 2 – MALTRAITANCE ENVERS UN ENFANT (suite)**

- 2.16 Explorations effectuées (cochez toutes les réponses applicables) :
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie de la tête                  | <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse                       | <input type="checkbox"/> Bilan métabolique des os |
| <input type="checkbox"/> IRM de la tête                                | <input type="checkbox"/> Examen ophtalmologique                      | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____   |
| <input type="checkbox"/> Radiographie crânienne                        | <input type="checkbox"/> Imagerie abdominale                         | _____   |
| <input type="checkbox"/> Examen du squelette<br>(p. ex., radiographie) | <input type="checkbox"/> Dépistage des troubles de<br>la coagulation |   |
- 2.17 Type de violence ou de négligence présumée :  
 Syndrome du bébé secoué  Autre violence physique  Négligence
- 2.18 État de santé au moment du congé (s’il est disponible) :  
 Normal  Séquelles neurologiques (précisez si elles sont bénignes, modérées ou graves) \_\_\_\_\_  
 Enfant décédé
- 2.19 Statut social au moment du congé : Famille d’accueil  Sous la responsabilité de la famille   
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_

<p><b>SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR L’AGRESSEUR</b>                  Présumé <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>3.1 Âge (en années) : _____</p> <p>3.2 Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>3.3 Lien avec le patient : _____</p> <p>3.4 Situation familiale : _____</p> <p>3.5 Niveau d’instruction atteint : _____</p> <p>3.6 Emploi : _____</p> <p>3.7 Antécédents de facteurs de risque (cochez toutes les réponses applicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abus d’alcool</td> <td><input type="checkbox"/> Abus de drogues</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Activité criminelle</td> <td><input type="checkbox"/> Peu de soutien social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violence conjugale</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> <p>3.8 Habite avec l’enfant: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social	<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre	<p><b>SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRINCIPAL RESPONSABLE DE L’ENFANT, s’il diffère de l’agresseur</b></p> <p>4.1 Âge (en années) : _____</p> <p>4.2 Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Lien avec le patient : _____</p> <p>4.4 Situation familiale : _____</p> <p>4.5 Niveau d’instruction atteint : _____</p> <p>4.6 Emploi : _____</p> <p>4.7 Antécédents de facteurs de risque (cochez toutes les réponses applicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abus d’alcool</td> <td><input type="checkbox"/> Abus de drogues</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Activité criminelle</td> <td><input type="checkbox"/> Peu de soutien social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violence conjugale</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> <p>4.8 Habite avec l’enfant: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social	<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues																
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique																
<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social																
<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre																
<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues																
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique																
<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social																
<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre																

**SECTION 5 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d’avoir rempli ce formulaire.**

**Veillez conserver ce rapport dans votre classeur du PCSP. Si vous avez besoin de plus de renseignements ou de clarifications, téléphonez à Sue Bennett, au (613) 737-7600, poste 3626.**