

Lignes directrices multidisciplinaires sur la détermination, l'enquête et la prise en charge des cas présumés de traumatisme crânien non accidentel

Copyright © Société canadienne de pédiatrie, 2007
Tous droits réservés.
Première impression : Décembre 2007

ISBN 978-0-9781458-7-3

Société canadienne de pédiatrie
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8

Tél. : 613-526-9397
Télec. : 613-526-3332
www.cps.ca

Également publié en anglais sous le titre *Multidisciplinary Guidelines on the Identification, Investigation and Management of Suspected Abusive Head Trauma*

Réimpression et modalités d'utilisation

Pour obtenir l'autorisation de réimprimer ou de distribuer le présent document, écrivez à la Société canadienne de pédiatrie, à info@cps.ca, ou consultez le site www.cps.ca/francais/scp/DroitsAuteur.htm.

La production du présent document a été rendue possible en partie grâce à l'apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de Foresters.

Groupe de travail sur les lignes directrices (2004-2007)

(sous la direction de la section de la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents de la SCP)

Présidente

Susan Bennett, MB, ChB, FRCPC, chef, programme de protection des enfants et des adolescents, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; professeure agrégée de pédiatrie et de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Membres

Noreen Agrey, chargée de projets et de développement de programmes, *Saskatchewan Prevention Institute*, Saskatoon (Saskatchewan)

Linda Anderson, coordonnatrice, service des enfants maltraités, *Alberta Children's Hospital*, Calgary (Alberta)

Anne-Claude Bernard-Bonnin, MD, FRCPC, pédiatre, clinique de pédiatrie sociojuridique, département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine; professeure titulaire de pédiatrie clinique, Université de Montréal, Montréal (Québec)

Laurel Chauvin-Kimoff, MDCM, FRCPC, FAAP, **secrétaire du groupe de travail**, directrice médicale, protection de l'enfance, et présidente, comité de protection de l'enfant, L'Hôpital de Montréal pour enfants; professeure agrégée de pédiatrie, Université McGill, Montréal (Québec)

Neil Cooper, MD, FRCPC, directeur médical, service des enfants maltraités, *Alberta Children's Hospital*; professeur adjoint de clinique, département de pédiatrie, université de Calgary, Calgary (Alberta)

Lionel Dibden, MB, ChB, FRCPC, directeur médical de pédiatrie, *Child and Adolescent Protection Centre, Stollery Children's Hospital*, Edmonton (Alberta)

Gilles Fortin, MD, FRCPC, neurologue-pédiatre, département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine; professeur de pédiatrie clinique, Université de Montréal, Montréal (Québec)

Jeanette Lewis, M. Serv. soc., travailleuse sociale autorisée, MBA, directrice générale, Association ontarienne des sociétés d'aide à l'enfance, Toronto (Ontario)

Marcellina Mian, MDCM, FRCPC, membre, programme SCAN sur les cas présumés de violence et de négligence envers les enfants, division de pédiatrie, *The Hospital for Sick Children*; professeure de pédiatrie, université de Toronto, Toronto (Ontario)

Robert Morris, MD, FRCPC, professeur agrégé de pédiatrie, université Memorial de Terre-Neuve; programme de protection de l'enfant, *Janeway Children's Health & Rehabilitation Centre*, St. John's (Terre-Neuve)

Susan Patenaude, B. Éd., M, Éd., psych. (dip.), coordonnatrice provinciale du projet de prévention du bébé secoué, *Stollery Children's Hospital*, Edmonton (Alberta)

Michelle Shouldice, MD, FRCPC, directrice, programme SCAN sur les cas présumés de violence et de négligence envers les enfants, *The Hospital for Sick Children*; professeure adjointe, université de Toronto, Toronto (Ontario)

David Warren, MD, FCFP, FRCPC, FAAP, professeur agrégé de pédiatrie, université de Western Ontario, London (Ontario)

Remerciements

Les personnes suivantes formaient le premier groupe de travail sur les lignes directrices multidisciplinaires sur le syndrome du bébé secoué. Nous les remercions sincèrement du temps et des compétences qu'elles ont consacrés à l'élaboration de la première version du présent document.

Noreen Agrey, chargée de projets et de développement de programmes, *Saskatchewan Prevention Institute*, Saskatoon (Saskatchewan)

Linda Anderson, présidente du groupe de travail, coordonnatrice, service des enfants maltraités, *Alberta Children's Hospital*, Calgary (Alberta)

Lynn Barry, coordonnatrice de formation, protection de l'enfance, *Rocky View Child and Family Services*, Calgary (Alberta)

Neil Cooper, pédiatre, service des enfants maltraités, *Alberta Children's Hospital*, Calgary (Alberta)

Lionel Dibden, directeur médical de pédiatrie, *Child and Adolescent Protection Centre, Stollery Children's Hospital*, Edmonton (Alberta)

Bruce Hoddinott, sergent, équipe d'intervention auprès des enfants en péril, services de police d'Edmonton, Edmonton (Alberta)

Linda McConnan, coordonnatrice, *Child and Adolescent Protection Centre, Stollery Children's Hospital*, Edmonton (Alberta)

Ann Schulman, directrice générale (2003), *Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps*, Saskatoon (Saskatchewan)

Craig Smith, GRC (retraité), *C.B. Smith Training & Consulting*, Nanaimo (Colombie-Britannique)

Organisations solidaires

Les organisations suivantes ont révisé et approuvé le présent document :

Association canadienne des chefs de services de police

Association canadienne de santé publique

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Collège des médecins de famille du Canada

Coroners en chef et médecins légistes en chef du Canada

Institut canadien de la santé infantile

Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada

Saskatchewan Prevention Institute

Table des matières

Introduction	4
Mission	5
Public visé.....	5
Définition	5
Terminologie	6
Principes directeurs.....	6
Organisation d'une démarche multidisciplinaire concertée devant un cas présumé de traumatisme crânien non accidentel.....	6
Rôles et responsabilités.....	6
Information applicable à toutes les disciplines	7
Principes orientant l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille	8
Secteur de la santé.....	9
Personnel médical, chirurgical et infirmier.....	9
Intervenants psychosociaux (<i>intervenants sociaux, psychologues, conseillers spirituels</i>).....	11
Services de protection de l'enfance	13
Services de police	15
Médecins légistes et coroners.....	16
Procureurs de la Couronne.....	18
Futures orientations	19
Glossaire	20

Introduction

La première conférence canadienne sur le syndrome du bébé secoué a eu lieu en mai 1999 à Saskatoon, en Saskatchewan. C'est là qu'a été élaboré le cadre de la Stratégie nationale sur le syndrome du bébé secoué, divisée en trois éléments : la Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué, les présentes Lignes directrices multidisciplinaires et un réseau de communications sur les traumatismes crâniens non accidentels.

Le *Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps* a assuré la direction initiale par l'élaboration des trois éléments de la stratégie nationale. De nombreux autres organismes et particuliers ont fourni une aide inestimable, transformant ainsi l'élaboration de la stratégie en un véritable effort pancanadien. La section de la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents de la Société canadienne de pédiatrie, créée en juin 2004, s'est engagée à réviser et à diffuser les présentes lignes directrices. Pour y parvenir, la section a formé le groupe de travail actuel.

Depuis 1999, on utilise de moins en moins le terme « syndrome du bébé secoué », pour lui préférer le terme « traumatisme crânien non accidentel », plus universel. Cependant, d'autres termes sont également d'usage courant (voir les rubriques « Définition » et « Terminologie » aux pages 5 et 6).

Les *Lignes directrices multidisciplinaires sur la détermination, l'enquête et la prise en charge des cas présumés de traumatisme crânien non accidentel* feront connaître les traumatismes crâniens non accidentels. S'appuyant sur la Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*, les lignes directrices permettront aux professionnels du milieu de la santé et d'autres milieux de mieux déterminer les traumatismes crâniens non accidentels. Les lignes directrices aideront ces professionnels à adopter la démarche pertinente lorsqu'ils soupçonneront un traumatisme crânien non accidentel.

Les *Lignes directrices multidisciplinaires sur la détermination, l'enquête et la prise en charge des cas présumés de traumatisme crânien non accidentel* sont rédigées afin d'aider les divers milieux à élaborer des protocoles locaux pour prendre en charge les cas de traumatisme crânien non accidentel. Elles ne visent pas à dicter aux diverses disciplines un mode de fonctionnement rigide à l'égard d'un cas présumé de traumatisme crânien non accidentel, mais se veulent plutôt assez globales pour que les petites et les grandes collectivités puissent les utiliser pour mettre sur pied des mesures adaptées à leur situation.

* accessibles aux adresses www.phac-aspc.gc.ca/dca-deal/prenatal/shaken_f.html (version française) et www.phac-aspc.gc.ca/dca-deal/prenatal/shaken_e.html (version anglaise)

Mission

Les présentes lignes directrices sont conçues pour doter le secteur de la santé, les forces de l'ordre, les services de protection de l'enfance et les autres disciplines ou secteurs en cause d'un outil pour repérer les cas présumés de traumatisme crânien non accidentel, mener des enquêtes à cet égard et en assurer la prise en charge initiale.

L'information contenue dans le présent document se fonde sur les connaissances les plus récentes et les meilleures pratiques en vigueur au moment de la publication.

Public visé

Les professionnels qui travaillent dans les secteurs de la santé, des services de garde et de l'éducation, de la protection de l'enfance, des services de police et du système judiciaire.

Définition

Le traumatisme crânien non accidentel (TCNA) est une forme précise de traumatisme crânien qui, sur le plan médical, se définit par une constellation de symptômes et de signes physiques, de résultats de laboratoire et d'imageries pathologiques. Il est imputable à des secousses violentes, à un impact ou à une combinaison de ces deux éléments. Les lésions caractéristiques, qui ne sont pas nécessairement présentes chez chaque enfant, sont des saignements à l'intérieur et autour du cerveau (hémorragie intracrânienne), des saignements dans la rétine (hémorragie rétinienne) et des lésions cérébrales. On peut également observer des fractures du crâne, des côtes ou des os longs. On peut remarquer ou non des signes extérieurs de traumatisme. On observe généralement le TCNA chez les nourrissons et les jeunes enfants, mais il se produit aussi chez les enfants plus âgés.

La détermination de la nature traumatique d'une lésion repose sur l'évaluation médicale de l'enfant et constitue un diagnostic médical. Les circonstances de la lésion et ses aspects cliniques peuvent permettre de confirmer la présence clinique d'un traumatisme crânien non accidentel. Il est important de posséder les données médico-légales et psychosociales obtenues grâce à l'enquête des services de police et de la protection de l'enfance pour élucider les circonstances entourant l'incident. Elles permettent de mieux comprendre le milieu physique et psychosocial de l'enfant au moment de la consultation et auparavant. L'intégralité du processus d'enquête, qui peut inclure les délibérations des tribunaux, déterminera si les événements qui ont donné lieu aux lésions étaient de nature non accidentelle. En matière juridique, c'est le système judiciaire qui est responsable de repérer les enfants qui ont besoin de protection et de déterminer si le TCNA constitue un acte criminel.

Terminologie

Une énorme controverse entoure la terminologie utilisée pour décrire cet ensemble d'observations cliniques. Pour les besoins du présent document, on a retenu le terme « traumatisme crânien non accidentel ». Cette préférence par rapport à l'expression « syndrome du bébé secoué » ne s'est pas imposée pour mettre en doute les secousses comme cause de traumatisme crânien infligé chez l'enfant, mais plutôt pour éviter de limiter les présentes lignes directrices à ce seul mécanisme de lésion. D'autres termes sont également d'usage fréquent : syndrome d'impact par secousse (*shaken impact syndrome*), lésion crânienne infligée (*inflicted head injury*), lésion crânienne non accidentelle (*non-accidental head injury*), traumatisme crânien infligé (*intentional head injury ou abusive head injury*), lésion par accélération-décélération (*acceleration-deceleration injury*), lésion par force rotatoire (*rotational force injury*) et syndrome du nourrisson secoué avec coup de fouet cervical (*whiplash-shaken infant syndrome*).

Principes directeurs

- Les présentes lignes directrices sont conçues pour servir l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Une démarche multidisciplinaire permet de partager des perspectives, des rôles et des mandats complémentaires, qui donnent lieu à un plan d'intervention intégré.
- Le fait d'aviser rapidement les autorités favorise une collaboration efficace dans le cadre de l'enquête et de la prise en charge des cas présumés de traumatisme crânien non accidentel.
- Le partage de l'information entre tous les professionnels qui collaborent au cas est encouragé afin de garantir l'intérêt supérieur de l'enfant. Les professionnels devraient savoir qu'ils doivent toutefois respecter les lois applicables, y compris la Charte canadienne des droits et libertés et les lois provinciales et territoriales sur la protection des enfants, la divulgation de renseignements et la protection des renseignements personnels.
- Bien que les besoins de l'enfant soient prioritaires, toutes les interactions devraient tenir compte du principe de diversité sur le plan de la famille, de la culture, de la langue et des aptitudes.

Organisation d'une démarche multidisciplinaire concertée devant un cas présumé de traumatisme crânien non accidentel

Il faut admettre et respecter les compétences des diverses disciplines pour parvenir à une démarche multidisciplinaire concertée.

Selon la collectivité et le cas sous enquête, les professionnels en cause font généralement partie des personnes suivantes :

- des médecins, notamment des cliniciens, des pathologistes ou des pathologistes médicoolégaux,
- des infirmières,
- des intervenants psychosociaux,
- des intervenants en protection de l'enfance,
- des policiers,
- des médecins légistes, des coroners,
- des procureurs de la Couronne, des juges.

Rôles et responsabilités

Les rôles et les responsabilités dépendent en grande partie des lois provinciales, territoriales et fédérales, telles que :

- les lois sur la protection de l'enfance des diverses provinces,
- les lois sur la santé des diverses provinces,
- les lois sur les coroners des diverses provinces¹,
- la *Loi sur les enquêtes en cas de décès*,
- la *Loi sur la liberté de l'information* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*,
- le *Code criminel*.

Chaque discipline offre un domaine de compétence spécialisé. Les présentes lignes directrices visent à faire ressortir les méthodes de collaboration optimales entre les diverses disciplines, afin de protéger l'enfant. Il est entendu que dans certains cas, les rôles des professionnels se chevaucheront.

¹ Au Québec, il s'agit de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, de la *Loi sur la santé et les services sociaux* et de la *Loi sur la recherche des causes et circonstances de décès*.

Information applicable à toutes les disciplines

Il arrive que le mode de présentation d'un traumatisme crânien non accidentel ne soit pas spécifique. Il faut envisager la possibilité de traumatisme crânien infligé chez tout enfant dont l'état de conscience est perturbé pour une autre raison qu'une cause probable évidente, comme une méningite ou une lésion découlant d'une chute ou d'une collision. Si on oublie d'envisager le TCNA dans le diagnostic différentiel, on ne décèlera pas tous les cas.

En présence d'un cas présumé de traumatisme crânien non accidentel, même s'il n'est pas encore confirmé, les intervenants sont tenus d'aviser rapidement les services de protection de l'enfance afin que ceux-ci entreprennent leur enquête par la collecte des renseignements généraux pertinents.

Il faudrait nommer un membre de l'équipe de soins responsable de transmettre l'information et, de préférence, convoquer une conférence de cas dans les plus brefs délais avec toutes les personnes participant à l'évaluation médicale initiale, à l'enquête des services de protection de l'enfance et à l'enquête criminelle. Cette conférence de cas vise à permettre d'analyser l'information et à coordonner les rôles et responsabilités à l'égard de l'enquête et de la prise en charge du cas.

Il est possible que les priorités des divers membres de l'équipe multidisciplinaire s'opposent. Il faut en discuter dans le cadre d'une communication ouverte et respectueuse. L'intérêt supérieur de l'enfant prime dans la résolution de tels conflits.

Les intervenants de la santé et les enquêteurs devraient envisager d'autres explications et ne pas chercher uniquement à confirmer une présomption initiale de traumatisme crânien non accidentel. Ils procèdent à une évaluation multidisciplinaire complète afin d'établir si la lésion crânienne est un TCNA. Le diagnostic médical se fonde sur l'évaluation des éléments cliniques et des circonstances disponibles. En matière juridique, c'est le système judiciaire qui est responsable de repérer les enfants qui ont besoin de protection et de déterminer si le TCNA constitue un acte criminel.

Tous les professionnels qui interviennent dans un cas présumé de TCNA devraient faire preuve de prudence lorsqu'ils fournissent de l'information au sujet des mécanismes possibles du traumatisme aux personnes qui s'occupent de l'enfant. Il est préférable d'affirmer que les lésions de l'enfant sont causées par un traumatisme, sans élaborer plus avant. Il est également préférable qu'une seule personne soit désignée pour transmettre l'information médicale, en consultation avec les autres membres de l'équipe.

Les membres de l'équipe devraient savoir que leurs déclarations et leurs gestes peuvent avoir une incidence sur le déroulement ou le résultat de l'enquête. Les membres de l'équipe multidisciplinaire participent à l'enquête et devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter de contaminer la preuve.

Tous les professionnels devraient être conscients du stress découlant d'un diagnostic éventuel de TCNA pour la famille et leur dispenser les mêmes soins empathiques qu'à toute autre famille dans laquelle il n'est pas question de maltraitance.

Les membres de l'équipe devraient consigner les commentaires ou les comportements des membres de la famille, des personnes qui s'occupent de l'enfant et d'autres personnes s'ils sont liés aux événements relatifs à l'état de l'enfant.

Les professionnels qui interviennent pour la première fois dans un cas présumé de TCNA sont invités à consulter des collègues expérimentés et avertis.

Tous les professionnels susceptibles d'intervenir dans des cas de TCNA devraient obtenir une formation pertinente et lire les publications à jour sur le sujet.

Principes orientant l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille

- Les besoins de protection de l'enfant et des autres enfants de la famille sont prioritaires.
- L'enfant recevra la meilleure qualité de soins médicaux disponible.
- L'approche des familles se fonde sur la compassion et le respect, mais l'intérêt supérieur de l'enfant demeure toujours prioritaire.
- Il est impératif d'éviter que la famille soit soumise à un traumatisme émotif pendant la durée de l'intervention.
- La famille recevra les ressources et les soutiens opportuns.
- Les résultats de l'enquête des services de protection de l'enfance et de l'enquête criminelle devraient se fonder sur l'information la plus exacte et la plus complète qui soit disponible et sur les meilleures pratiques des disciplines en cause.

Secteur de la santé

Personnel médical, chirurgical et infirmier

La présente rubrique ne se veut pas un manuel complet sur le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des cas présumés de traumatisme crânien non accidentel, mais vise à fournir de vastes lignes directrices aux professionnels de la santé.

I. La détermination

Il faut toujours envisager la possibilité d'un traumatisme crânien non accidentel chez les nourrissons sans diagnostic précis, afin de permettre de constater plus rapidement la présentation initiale souvent non spécifique de cette pathologie.

Les symptômes incluent de la léthargie, une baisse d'appétit, de l'irritabilité, des vomissements, une détresse respiratoire, de l'apnée, des convulsions ou une perturbation de l'état de conscience. La personne qui accompagne l'enfant n'est peut-être pas au courant de la cause de symptômes de l'enfant ou ne raconte peut-être pas les circonstances détaillées et exactes de la situation.

Il faut envisager de procéder à un bilan diagnostique complet de TCNA, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants qui présentent :

- une lésion aiguë ou chronique dont l'explication est insatisfaisante, contradictoire ou changeante ou qui n'est pas expliquée;
- une grave lésion crânienne découlant soi-disant d'une petite chute ou d'un traumatisme mineur;
- une lésion crânienne symptomatique inexplicée chez un enfant qui n'avait pas de problème la dernière fois qu'on l'a vu;
- une hémorragie sous-durale, une hémorragie rétinienne, des fractures des côtes, du crâne ou métaphysaire.

Tous les intervenants de la santé qui participent à l'évaluation d'un cas présumé de traumatisme crânien non accidentel devraient faire preuve de prudence lorsqu'ils discutent des mécanismes possibles des lésions avec les membres de la famille ou les personnes qui s'occupent de l'enfant. S'ils suggèrent par inadvertance un mécanisme éventuel, ils risquent d'influer sur le processus ou le résultat de l'enquête des services de protection de l'enfance et de l'enquête criminelle.

II. L'évaluation

Il est essentiel de procéder à un examen physique complet pour vérifier la présence des signes indicateurs d'une blessure ou d'un autre diagnostic. Il faut se rappeler que, dans bien des cas, aucune lésion externe n'est visible, ce qui n'écarte toutefois pas la possibilité de traumatisme crânien non accidentel.

Il faut s'attarder à l'examen du système nerveux et des yeux. Il est essentiel qu'un ophtalmologiste effectue un examen de la rétine après dilatation des pupilles et au moyen d'un ophtalmoscope indirect afin d'explorer et de documenter les pathologies de la rétine.

En présence d'un cas présumé de TCNA, il est recommandé de procéder aux examens diagnostiques suivants en laboratoire :

- un hémogramme complet avec numération plaquettaire,
- des analyses de la coagulation.

Il peut être indiqué d'effectuer d'autres examens afin de confirmer ou d'infirmer d'autres diagnostics, y compris, sans s'y limiter, un bilan biochimique sanguin, tel que le glucose et les électrolytes, un dépistage métabolique ainsi que des études toxicologiques et microbiologiques.

Il faut procéder rapidement à un examen d'imagerie crâniocérébrale pour évaluer un cas présumé de TCNA, afin de rechercher la présence de saignements intracrâniens ou d'œdème cérébral. La tomographie axiale est indiquée dans les cas aigus. L'IRM peut fournir de l'information complémentaire utile pour circonscrire la présence ou l'étendue des lésions intracrâniennes.

Il est indispensable de procéder à une série squelettique pour déceler les atteintes osseuses possibles en cas de TCNA. Le babygramme ne peut PAS remplacer la série squelettique. La scintigraphie osseuse radio-isotopique peut faciliter le dépistage des lésions osseuses discrètes et de certaines lésions osseuses récentes. Une autre solution consiste à procéder à un deuxième examen radiologique du squelette, effectué de dix à 14 jours plus tard.

Secteur de la santé

Dans les cas présumés de TCNA, il peut être utile de consulter rapidement les personnes suivantes afin de faciliter le diagnostic ;

- un médecin possédant de l'expérience en maltraitance d'enfants;
- un ophtalmologiste qui, de préférence, a des compétences en pédiatrie, afin de dépister et de documenter les constatations rétiniennes par des photographies, dans la mesure du possible;
- un neurochirurgien ou un neurologue qui, de préférence, a des compétences en pédiatrie;
- un radiologiste ou un neuroradiologiste qui a des compétences en pédiatrie;
- d'autres spécialistes, selon l'état clinique de l'enfant.

Un rétinoshisis traumatique est fortement indicateur de TCNA. En l'absence d'antécédents de traumatisme accidentel grave ou de pathologie médicale explicative, un enfant qui présente des hémorragies rétiniennes multicouches et un hématome sous-dural est nécessairement présumé avoir subi un traumatisme crânien non accidentel.

III. La prise en charge

On n'aborde pas la prise en charge médicale de l'enfant victime de traumatisme crânien dans les présentes lignes directrices. L'ampleur des soins est déterminée par la gravité de la lésion cérébrale et peut inclure un transfert à un hôpital de soins tertiaires. Le suivi constant des enfants ayant un traumatisme crânien s'impose.

Toutes les données cliniques doivent être précises, faciles à comprendre et inscrites au dossier médical dans les plus brefs délais. Il est préférable de les détailler et de les accompagner de diagrammes et de photographies pour clarifier et étayer un témoignage éventuel devant les tribunaux. Il faut également éviter de proférer des affirmations catégoriques sur la cause des lésions avant d'avoir terminé l'évaluation.

Le personnel soignant doit savoir que lorsqu'on craint qu'un enfant soit victime de maltraitance, sa fratrie ou d'autres jeunes enfants peuvent aussi être à risque. Il faut prévoir procéder à l'évaluation de ces enfants. L'ampleur de l'évaluation dépend de leur âge, de leur histoire et de leur examen physique. Chez les nourrissons à risque, l'évaluation devrait inclure un examen des yeux, une imagerie crâniocérébrale et une série squelettique, même si l'examen physique initial est normal.

Dans le cadre de son rôle, le médecin communique avec la famille et maintient des discussions constantes avec les enquêteurs. Il transmet ainsi l'information médicale et est au courant, s'il y a lieu, des restrictions visant le droit de garde, de visite et de congé hospitalier.

Un médecin désigné devrait s'assurer de transmettre aux enquêteurs toute l'information tirée des examens médicaux et de l'avis des consultants. Au besoin, ce médecin interprétera également l'information ou mettra les spécialistes requis en communication avec les enquêteurs pour la leur expliquer. Il doit transmettre les constatations médicales dans des termes compréhensibles pour le personnel non médical. De plus, il devrait énoncer clairement aux enquêteurs que, de l'avis des médecins, l'enfant souffre d'un traumatisme crânien et peut-être d'un TCNA et leur préciser dans quelle mesure les médecins sont convaincus du caractère non accidentel de l'incident.

Il faut planifier le congé en consultation avec les services de protection de l'enfance.

Si l'enfant meurt, il faudra envisager une autopsie conformément aux lois ou aux lignes directrices en vigueur à l'égard des décès d'enfants dans des circonstances suspectes (voir la rubrique sur les médecins légistes et les coroners).

Le partage d'information entre les professionnels responsables du cas améliore l'enquête menée par les services de protection de l'enfance et l'enquête criminelle. Il est impératif, mais il doit respecter le cadre législatif en place.

Secteur de la santé

Les membres de l'équipe soignante doivent savoir que leurs déclarations et leurs gestes peuvent avoir une incidence sur le déroulement ou le résultat de l'enquête. S'ils se demandent quelle information transmettre à la famille ou lui cacher, il est préférable qu'ils consultent d'autres intervenants qui participent à l'enquête.

Les membres de l'équipe soignante doivent également savoir qu'ils risquent d'éprouver des sentiments contradictoires en raison de leur double rôle, celui de dispenser des soins cliniques à l'enfant et celui de participer à l'évaluation des causes non accidentelles possibles de la lésion.

Les professionnels de la santé peuvent être tenus de témoigner au sujet de leur évaluation devant un tribunal pénal ou un tribunal de la famille.

Intervenants psychosociaux

(intervenants sociaux, psychologues, conseillers spirituels)

Il faut établir clairement le rôle du personnel hospitalier tout au long du déroulement de l'enquête, de la prise en charge et du suivi.

Dans certaines collectivités, d'autres professionnels de la collectivité assument le rôle des intervenants psychosociaux en milieu hospitalier.

Dans les cas présumés de TCNA, les divers intervenants psychosociaux peuvent partager certaines responsabilités.

I. La détermination

Les intervenants psychosociaux sont parfois en mesure de soulever la possibilité de TCNA, alors qu'elle n'a été ni présumée ni envisagée auparavant. Ils devraient faciliter les communications entre l'hôpital, les services de protection de l'enfance et les services de police et s'assurer que toutes les personnes en cause ont l'information dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée.

II. L'évaluation

Les intervenants psychosociaux participent à l'évaluation :

- de la capacité des parents ou des tuteurs;
- des besoins de la famille, y compris ceux de la fratrie et d'autres enfants;
- du danger pour l'enfant, sa fratrie et d'autres enfants.

Les intervenants psychosociaux peuvent être responsables de favoriser une meilleure coordination des interventions, notamment en organisant une conférence en milieu hospitalier avec tous les professionnels travaillant au cas.

Secteur de la santé

III. La prise en charge

Les intervenants psychosociaux participent à la prise en charge des cas présumés de TCNA chez un enfant, comme suit :

- Ils procurent un soutien affectif, physique, financier et spirituel au réseau familial élargi.
- Ils organisent les conférences de cas et y participent, y compris la séance bilan une fois l'ensemble des évaluations effectué.
- Ils assurent les communications avec la famille.
- Ils facilitent des communications constantes avec l'équipe d'enquête des services de protection de l'enfance et des services de police.
- Ils planifient le congé, en coordination avec les agences externes, notamment en ce qui a trait au placement et au suivi de l'enfant, de la fratrie ou d'autres enfants;
- Ils offrent des services d'aiguillage vers des organismes capables d'aider la famille, l'enfant, la fratrie ou d'autres enfants.

Les intervenants psychosociaux doivent consigner rapidement toutes les interactions dans le dossier de l'hôpital. Ils devraient détailler leurs notes afin de garantir une bonne communication à mesure qu'évolue le cas et d'étayer un témoignage éventuel devant les tribunaux.

Le partage d'information entre les professionnels responsables du cas améliore l'enquête menée par les services de protection de l'enfance et l'enquête criminelle, mais il doit respecter le cadre législatif en place.

Les intervenants psychosociaux doivent savoir que leurs déclarations et leurs gestes peuvent avoir une incidence sur le déroulement ou le résultat de l'enquête. Ils peuvent être appelés à expliquer l'information médicale à des professionnels non médicaux. Ils le font alors avec prudence, sans dépasser leur niveau de compréhension. S'ils se demandent quelle information transmettre à la famille ou lui cacher, il est préférable qu'ils consultent d'autres intervenants qui participent à l'enquête.

Les intervenants psychosociaux doivent également savoir qu'ils risquent d'éprouver des sentiments contradictoires en raison de leur double rôle, celui de dispenser des soins cliniques à l'enfant et celui de participer à l'évaluation de la cause non accidentelle possible de la lésion. Dans la mesure du possible, l'intervenant psychosocial qui assure le soutien direct à la famille peut demander à un consœur ou un confrère de gérer l'aspect médico-légal du cas. Il peut aider l'équipe soignante à demeurer compatissante et respectueuse si elle éprouve des réactions négatives envers la famille en raison des soupçons de maltraitance.

Les intervenants psychosociaux peuvent être tenus de témoigner au sujet de leur évaluation devant un tribunal pénal ou un tribunal de la famille.

Services de protection de l'enfance

I. La détermination

Lorsqu'ils sont saisis d'un cas présumé de TCNA, les services de protection de l'enfance avisent immédiatement les services de police et collaborent avec eux dans le cadre d'une enquête conjointe.

Pour garantir une pratique exemplaire, les services de protection de l'enfance et les services de police collaborent dès le départ à une enquête conjointe.

II. L'enquête

Tout au long de l'enquête, c'est la sécurité de l'enfant qui prime. Les intervenants en protection de l'enfance s'assurent d'abord de la protection de l'enfant, tandis que les services de police dirigent l'enquête criminelle. Leurs besoins peuvent être très éloignés, mais une démarche coopérative et concertée permettra de toujours respecter l'objectif de protection.

Dès le départ, les services de protection de l'enfance et les services de police devraient entreprendre une enquête conjointe et concertée. Les deux services n'ont toutefois pas besoin d'aborder l'interrogatoire ensemble et de la même façon. Tous ceux qui ont accès à l'enfant sont des suspects potentiels. Les services de police sont les principaux responsables des interrogatoires, mais les intervenants en protection de l'enfance peuvent avoir besoin d'information relative à la sécurité de tous les enfants concernés. Ces intervenants devraient donc déterminer, en concertation avec les services de police, quelles personnes ils interrogeront et à quel moment.

Lorsque la sécurité de l'enfant est en jeu, les intervenants en protection de l'enfance peuvent être forcés d'intervenir, quelle que soit l'étape de l'enquête criminelle. Ils doivent savoir que l'enfant signalé n'est peut-être pas le seul à être en danger. Ils devraient discuter des plans d'intervention avec les professionnels de la santé qui s'occupent de l'enfant et avec les services de police avant de les mettre en œuvre.

L'échange rapide d'information entre les professionnels est essentiel pour l'enquête des services de protection de l'enfance, car les intervenants en protection de l'enfance dépendent des professionnels de la santé pour obtenir l'information médicale, et des services de police pour la majeure partie des renseignements obtenus par interrogatoire.

Il est essentiel que les intervenants en protection de l'enfance participent aux conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire afin d'obtenir toute l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées et planifier le déroulement de l'enquête. Ils devraient comprendre les facteurs qui permettent de distinguer un traumatisme accidentel d'un traumatisme non accidentel, compte tenu du mécanisme utilisé, de la force déployée ou de la séquence des événements.

L'information mise au jour par l'équipe d'enquête permettra de comprendre les circonstances entourant les lésions de l'enfant et les facteurs de risque, et elle influera sur la décision relative au placement de l'enfant au moment du congé. Il faut transmettre aux professionnels de la santé les nouvelles données reliées aux circonstances du traumatisme présumé, car celles-ci peuvent avoir une incidence sur le diagnostic médical. Les services de protection de l'enfance doivent absolument comprendre à la fois les conclusions de l'évaluation médicale et dans quelle mesure l'équipe soignante est convaincue du caractère non accidentel du traumatisme crânien.

III. La prise en charge

Le rôle des intervenants en protection de l'enfance consiste à faciliter l'évaluation des besoins familiaux, y compris le danger que représentent les parents ou les tuteurs, l'évaluation de leur capacité et leur traitement, selon le cas. Il faut planifier la transition de la famille ou de l'enfant d'un travailleur en protection de l'enfance à un autre.

Le partage d'information entre les professionnels responsables du cas améliore l'enquête menée par les services de protection de l'enfance et l'enquête criminelle. Il est impératif, mais il doit respecter le cadre législatif en place.

Les intervenants en protection de l'enfance sont responsables de la protection de l'enfant et ne doivent pas la déléguer au personnel hospitalier. Ils doivent transmettre directement à la famille les décisions reliées au statut de l'enfant, aux droits de visite, à la supervision et au placement au congé et en informer le personnel hospitalier. Ils DOIVENT mettre en œuvre les mesures de protection retenues en consultation avec le personnel hospitalier, afin de perturber le moins possible l'enfant, la famille, les autres patients et le fonctionnement habituel de l'hôpital.

Services de protection de l'enfance

Les intervenants en protection de l'enfance, conjointement avec les tribunaux, déterminent la garde, les soins et la supervision de l'enfant ainsi que le droit de visite des personnes qui s'occupaient de lui. Ils peuvent prendre ces décisions en consultation avec le personnel hospitalier ou les services de police. Ils tiendront compte des antécédents familiaux et des interventions antérieures des services de protection de l'enfance.

Les intervenants en protection de l'enfance doivent savoir que leurs gestes peuvent avoir une incidence sur le déroulement ou le résultat de l'enquête criminelle.

Les intervenants en protection de l'enfance peuvent être tenus de témoigner devant un tribunal pénal ou un tribunal de la famille.

Services de police

I. La détermination

Lorsqu'ils sont saisis d'un cas présumé de TCNA, les services de police avisent immédiatement les services de protection de l'enfance et collaborent avec eux dans le cadre d'une enquête conjointe.

Pour garantir une pratique exemplaire, les services de police et les services de protection de l'enfance collaborent dès le départ à une enquête conjointe.

II. L'enquête

Tout au long de l'enquête, c'est la sécurité de l'enfant qui prime. Les services de police dirigent l'enquête criminelle, mais ils devraient maintenir les communications avec les services de protection de l'enfance et les professionnels de la santé désignés tout au long de l'enquête. Il arrive que les services de protection de l'enfance aient à se pencher sur des questions qui ne sont pas très pertinentes pour l'enquête criminelle (p. ex., obtenir de l'information afin de garantir la sécurité des autres enfants à risque). Dans de tels cas, les deux systèmes doivent discuter de leurs besoins respectifs et parvenir à une solution mutuellement satisfaisante.

Dès le départ, les services de police et les services de protection de l'enfance devraient entreprendre une enquête conjointe et concertée. Les services de police sont les principaux responsables de l'interrogatoire des suspects et témoins potentiels. Compte tenu des besoins de protection de l'enfant et afin d'obtenir l'information nécessaire à leur enquête, les services de police devraient déterminer, en concertation avec les services de protection de l'enfance, quelles personnes ils interrogeront et à quel moment.

Les services de police sont responsables de l'examen approfondi de la scène.

Il est essentiel que les services de police participent aux conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire afin d'obtenir toute l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées et planifier le déroulement de l'enquête. Ils devraient comprendre les facteurs qui permettent de distinguer un traumatisme accidentel d'un traumatisme non accidentel, compte tenu du mécanisme utilisé, de la force déployée ou de la séquence des événements.

L'information mise au jour par l'équipe d'enquête permettra de comprendre les circonstances entourant les lésions. Il faut transmettre aux professionnels de la santé les nouvelles données reliées aux circonstances du traumatisme présumé, car celles-ci peuvent avoir une incidence sur le diagnostic médical. Les policiers doivent absolument comprendre à la fois les conclusions de l'évaluation médicale et dans quelle mesure l'équipe soignante est convaincue du caractère non accidentel du traumatisme crânien.

III. La prise en charge

Les services de police, souvent en collaboration avec les procureurs de la Couronne, ont à déterminer s'ils porteront des accusations criminelles. Ils servent de messagers et de coordonnateurs entre les procureurs de la Couronne et les autres professionnels en cause.

Le partage d'information entre les professionnels responsables du cas améliore l'enquête. Il est impératif, mais il doit respecter le cadre législatif en place. En cas de décès, il se peut que les services de police ne puissent transmettre toute l'information, mais cette limite ne doit pas empêcher les services de protection de l'enfance de protéger d'autres enfants vulnérables.

Les policiers doivent savoir que leurs gestes peuvent avoir une incidence sur le déroulement ou le résultat de l'enquête.

Les policiers peuvent être tenus de témoigner au sujet de leur évaluation devant un tribunal pénal ou un tribunal de la famille.

Médecins légistes et coroners

Le 22 juin 2001 à Yellowknife, dans les Territoires du Nord-Ouest, les médecins légistes en chef et les coroners en chef des provinces et des territoires du Canada ont approuvé les Best Practice Guidelines for Child Death Investigation and Review. Les renseignements suivants sont traduits de ces lignes directrices et sont modifiés compte tenu de données scientifiques plus récentes.

I. La détermination

Ce sont les lois provinciales et territoriales en place qui régissent la déclaration des décès d'enfants.

Il faut aviser l'agence ou le ministère responsable des services à l'enfance et à la famille de la province ou du territoire de tous les décès d'enfants inexplicables ou inattendus afin de déterminer si les services à l'enfance et à la famille ont déjà eu à intervenir auprès d'eux. De même, il faut demander aux forces publiques de vérifier les archives judiciaires.

Puisque l'enfant ou sa famille a pu avoir des contacts avec les services d'aide à l'enfance d'autres provinces ou territoires, il serait utile de relier les dossiers provinciaux et territoriaux ou de fournir autrement un mode de vérification complet et rapide des antécédents d'interventions d'autres services d'aide à l'enfance auprès de l'enfant décédé.

II. L'enquête

Dans la mesure du possible et dans les limites de la loi, les provinces et les territoires devraient chercher à utiliser des méthodes de collecte de données uniformes afin de faciliter le partage, la comparaison et la diffusion de l'information.

Il faut pratiquer une autopsie sur tous les enfants de moins de deux ans qui meurent de manière subite, inexplicable ou inattendue. Cette autopsie devrait être complète, incluant l'examen des trois cavités corporelles, la neuropathologie (de préférence avec l'exérèse, la conservation et l'examen des yeux et de la moelle épinière en plus du cerveau), l'histologie, une série squelettique et un dépistage toxicologique.

Toutes les autopsies d'enfants devraient être regroupées dans un seul établissement et confiées au pathologiste le plus expérimenté en autopsies médico-légales d'enfants. Dans les milieux où les ressources sont limitées, il faut privilégier des méthodes favorisant le partage des ressources professionnelles.

Les personnes qui enquêtent sur les décès devraient toutes recevoir une formation et un perfectionnement précis sur les enquêtes de décès d'enfants. Cette formation devrait inclure les modalités habituelles quant à la conduite à tenir sur la scène du crime, le processus pour obtenir les données historiques, environnementales et médicales au sujet de la personne décédée et de sa famille, les exigences médico-légales des rapports d'autopsie et les politiques en matière de collaboration et de rapports interorganismes.

III. La prise en charge

Chaque province ou territoire devrait élaborer des politiques, des protocoles ou des ententes interorganismes sur le partage d'information et la collaboration à l'enquête sur les décès d'enfants. Ces ententes devraient définir les mandats et les responsabilités des organismes respectifs à l'égard de l'enquête et de l'examen du décès d'enfant, ainsi que le processus et l'autorité en matière de partage d'information et de collaboration.

D'ordinaire, les médecins légistes ou les coroners fournissent les résultats de leur évaluation aux services de police qui font enquête. Dans les cas présumés de maltraitance d'enfants où d'autres enfants partageaient l'environnement de l'enfant décédé, ces résultats peuvent être importants pour déterminer le plan de protection des autres enfants. L'obligation de signaler demeure, et il faut prendre toutes les mesures qui s'imposent pour fournir aux services de protection de l'enfance l'information dont ils ont besoin pour planifier la sécurité des enfants survivants.

Médecins légistes et coroners

Chaque province devrait se doter d'un organisme ou d'une équipe multidisciplinaire pour analyser tous les décès suspects ou inattendus d'enfants. Grâce à la création d'un groupe d'experts de divers domaines, tels que la protection de l'enfance, les forces de l'ordre et le milieu de la santé (p. ex., cliniciens ayant des compétences en maltraitance d'enfants), pour examiner le décès, on peut parvenir à une meilleure compréhension de la cause ou des circonstances des décès d'enfants. Ce groupe permet également d'élargir les connaissances et l'expérience tirées de cet exercice, sans compter que les représentants des diverses disciplines ont l'occasion d'apprendre les pratiques, les objectifs, les besoins et les responsabilités des autres agences à l'égard de l'examen des décès d'enfants.

Il est conseillé de publier un rapport annuel sur les décès d'enfants afin de dégager les tendances éventuelles, d'intégrer les résultats aux registres publics, de s'assurer du respect des recommandations et de faciliter la comparaison, tant au sein des territoires de compétence qu'entre eux.

Les pathologistes médico-légaux peuvent être tenus de témoigner au sujet de leur évaluation devant un tribunal pénal ou un tribunal de la famille.

Procureurs de la Couronne

I. La détermination

Dans la mesure du possible, ce sont des procureurs de la Couronne expérimentés dans les cas de TCNA qui dirigent la poursuite.

II. L'enquête

Les procureurs de la Couronne examinent les données relatives au cas, en consultation avec les services de police et des professionnels sélectionnés.

III. La prise en charge

Il incombe au procureur de la Couronne de déterminer si la preuve est suffisante pour intenter un procès.

Les procureurs de la Couronne devraient communiquer avec le personnel médical, les services de protection de l'enfance et les services de police responsables du cas afin d'examiner la preuve. Ils peuvent également discuter des questions relatives à la prise en charge avant le procès, telles que la caution, le droit de visite ou de contact de l'enfant ou les conditions de visite et de contact.

Avant le procès, il faut inciter les procureurs de la Couronne à trouver et à préparer des témoins experts possédant de l'expérience dans le domaine des TCNA. Ils devraient bien les informer des enjeux propres au cas cité à procès (p. ex., les symptômes de l'enfant ou la date des lésions) afin de bien les préparer à leur témoignage. Les procureurs devraient bien comprendre la preuve que présentera l'expert, y compris les caractéristiques du cas de TCNA sur lesquelles l'expert fonde son avis médical, de même que toute autre explication susceptible de justifier l'état de l'enfant. Il incombe au tribunal de déterminer que le traumatisme crânien constitue un acte criminel.

Avant le début du procès, les procureurs de la Couronne devraient bien comprendre le mécanisme du traumatisme, les constatations et les controverses médicales entourant les TCNA. Avec l'aide des témoins experts et des services de police, ils prendront toutes les mesures à leur disposition pour présenter le TCNA et les constatations pertinentes se dégageant de l'examen de l'enfant en cause, de manière compréhensible pour le juge et le jury. Pour ce faire, ils peuvent utiliser des moyens visuels.

Les procureurs de la Couronne sont invités à lire les publications médicales, à se tenir au courant des recherches à jour sur le TCNA et à assister aux congrès connexes organisés par les services de police et les professionnels de la santé.

Futures orientations

Pour que les présentes lignes directrices soient implantées avec efficacité, il faut offrir une formation et un perfectionnement professionnel continu. Les écoles professionnelles doivent intégrer l'information sur les TCNA et leur prise en charge au programme de formation de toutes les disciplines participant à la prévention, à la détermination et à la prise en charge des enfants maltraités.

Il est recommandé de créer une base de données nationale des cas de TCNA. Cette base de données permettra de mieux comprendre l'épidémiologie de ce phénomène. Elle pourra également être utilisée pour les besoins de la recherche, contribuer à l'élaboration des pratiques exemplaires et de réseaux de consultation tout en facilitant l'obtention de subventions.

Il est également conseillé de mettre sur pied une banque de données centralisée des documents pertinents au sujet des TCNA à l'intention des procureurs, notamment la jurisprudence, les publications médicales et l'information au sujet des témoins experts.

Il est recommandé d'élaborer, d'implanter et d'évaluer une stratégie nationale de prévention des traumatismes crâniens non accidentels.

Glossaire

Apnée : Suspension de la respiration pendant plus de 20 secondes.

Babygramme : Radiographie de tout le corps sur un seul cliché.

Équipe d'enquête : Personnel des services de protection de l'enfance et des services de police.

Fontanelle : Espace mou compris entre les os du crâne des nouveau-nés, qui s'ossifie au cours de la croissance.

Hématome : Accumulation localisée de sang.

Hématome sous-dural : Accumulation de sang dans l'espace entre le cerveau et la couche membraneuse située juste au-dessous de la masse osseuse du crâne.

Hémorragie : Saignement.

Hémorragie rétinienne : Saignement dans les tissus à l'arrière de l'oeil.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) : Technique d'imagerie qui donne des images détaillées du cerveau et des structures environnantes en coupes virtuelles.

Intracrânien : À l'intérieur de la boîte crânienne.

Œdème cérébral : Accumulation de liquide dans le tissu du cerveau.

Ophthalmologiste : Spécialiste des yeux.

Règles en matière de preuve : Exigences juridiques requises pour que la preuve soit admise devant un tribunal.

Rétinoschisis : Déchirure des couches de la rétine.

Série squelettique : Examen radiographique comptant de 12 à 18 clichés présentant une image de tous les os du corps, chaque cliché détaillant une zone distincte.

Scintigraphie osseuse : Méthode d'exploration par imagerie nucléaire qui consiste à injecter un isotope radioactif dans le sang pour mettre en évidence des foyers d'activité osseuse accrue, notamment les plaques de croissance ou les zones de cicatrisation.

Tomographie axiale : Technique d'imagerie utilisée pour visualiser des coupes virtuelles du cerveau et des structures environnantes.



2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397
Télec. : 613-526-3332
www.cps.ca