

Déclaration conjointe

sur le syndrome
du bébé secoué :

Document de
référence

Préparé par le *Saskatchewan Institute on
Prevention of Handicaps, 2001*

Financé par Santé Canada, 2001



Non seulement est-il dangereux de secouer un bébé, mais cela peut provoquer le syndrome du bébé secoué, une tragédie pourtant évitable. Le syndrome du bébé secoué peut se produire à n'importe quel âge, mais surtout chez les nourrissons de moins d'un an. C'est une pathologie qui survient lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est secoué violemment, habituellement par un parent ou par une gardienne, et qui peut être associée à un traumatisme crânien par impact. Secouer violemment un enfant est reconnu comme une agression, c'est-à-dire une forme de violence faite aux enfants et une infraction criminelle. Chaque année au Canada, au moins six bébés sont tués (Statistique Canada, 1999) et beaucoup d'autres subissent des lésions permanentes (King et MacKay, 2000) par suite de cette manifestation tragique de violence faite aux enfants.

La terminologie

Le syndrome du bébé secoué est une forme grave et bien définie de violence faite aux enfants (American Academy of Pediatrics, 2001). Il correspond à un ensemble d'observations cliniques sur un bébé ou un tout-petit qui a été secoué violemment (Lancon et coll., 1998). Parmi les lésions caractéristiques du syndrome du bébé secoué, soulignons une hémorragie intracrânienne (saignement à l'intérieur et autour du cerveau), une hémorragie rétinienne (saignement dans la rétine de l'œil) et des fractures des côtes ou de l'extrémité des os longs (David, 1999). Un traumatisme par impact peut aussi causer d'autres lésions, telles des ecchymoses, des lacérations ou des fractures. Il peut n'y avoir aucun signe externe de traumatisme crânien (American Academy of Pediatrics, 1993; Haviland et Russell, 1997; Atwal et coll., 1998; Lancon et coll., 1998). Des études confirment que la plupart des bébés secoués, mais pas la totalité, présentent aussi des signes évidents de lésions par impact (Gilliland, 1998; David, 1999).

En 1972, J. Caffey fut le premier à parler de syndrome du bébé secoué avec coup de fouet cervical. D'autres descriptions sont également privilégiées, dont syndrome d'impact par secousse (Bruce et Zimmerman, 1989, Duhaime et coll., 1998), traumatisme crânien par suite d'acte violent (Starling et coll., 1995), syndrome du nourrisson secoué avec coup de fouet cervical (Bonnier et coll., 1995), traumatisme crânien non accidentel (Giles et Nelson, 1998) et lésion crânienne non accidentelle (Barlow et Minns, 1999). Une controverse existe sur la nécessité que la tête d'un nourrisson heurte une surface pour que le cerveau subisse des lésions crâniennes graves (Duhaime et coll., 1987; Krous et Byard, 1999). La plupart des chercheurs sont toutefois d'avis que le seul fait de secouer un bébé peut provoquer une lésion cérébrale (Carty et Ratcliffe, 1995; Gilliland et Folberg, 1996; Atwal et coll., 1998; Barlow et coll., 1999).



Le mécanisme de lésion

Le syndrome du bébé secoué s'associe au fait qu'un agresseur (habituellement un adulte) secoue violemment un nourrisson. Selon certaines études, ces secousses peuvent être très brèves. Elles peuvent ne se produire qu'une fois et entraîner des conséquences fatales presque immédiates ou s'intégrer à une série de mauvais traitements infligés en l'espace de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois (Lancon et coll., 1998).

La tête d'un bébé secoué violemment peut heurter un objet immobile ou en mouvement. La tête du nourrisson effectue des mouvements en coup de fouet et est soumise aux forces de rotation, d'accélération et de décélération (Carty et Ratcliffe, 1995; Massagli et coll., 1996; David, 1999). Dans certains cas, on peut observer des lésions cervicales. En plus de secouer le bébé, l'agresseur peut aussi infliger des lésions secondaires, telles que des torsions ou des tractions violentes des extrémités, des brûlures intentionnelles ou des volées de coups (Lancon et coll., 1998).

La force requise pour donner lieu au syndrome du bébé secoué est telle que des activités normales comme le jeu, les gestes de la vie quotidienne ou des tentatives de réanimation ne peuvent en être responsables. Secouer un enfant au point de provoquer des lésions est un acte tellement violent que même des observateurs non avertis en reconnaîtraient immédiatement le danger (American Academy of Pediatrics, 1993; Carty et Ratcliffe, 1995).

Les causes des lésions

En général, la personne qui secoue un nourrisson l'attrape par la poitrine, les bras ou les épaules, et lui inflige un mouvement de va-et-vient qui provoque de violents mouvements en coup de fouet de la tête du nourrisson. Les nourrissons sont particulièrement vulnérables aux lésions crâniennes en raison de la dimension relativement imposante de leur tête et de la faiblesse des muscles de leur cou (Swenson et Levitt, 1997).

Le cerveau d'un nourrisson secoué effectue des rotations à l'intérieur de son crâne. Les veines pontantes, qui évacuent le sang et représentent le seul lien entre le cerveau et le crâne, sont étirées et risquent de se déchirer. Le sang s'accumule alors pour former un hématome sous-dural, ce qui constitue un point de repère pour établir que le bébé a été secoué. Les nerfs du cerveau peuvent être endommagés ou détruits, ce qui entraîne une dysfonction cérébrale qui peut se manifester de différentes façons. Des convulsions peuvent se produire, un oedème cérébral peut apparaître dans les heures suivant la lésion, ce qui entraîne des lésions cérébrales permanentes ou la mort cérébrale en l'espace de quelques jours (Swenson et Levitt, 1997; Reese et Kirshner, 1998; Driver, 1999).



La cause des lésions oculaires n'est pas claire, mais elle est probablement liée au mouvement violent du contenu orbital qui se produit pendant que l'enfant est secoué (Levin, 2000). De même, les torsions et les tractions des os longs des membres, infligées par l'agresseur, entraînent des fractures des plaques motrices. Quant aux côtes, elles peuvent être fracturées parce que l'agresseur serre la poitrine du bébé et exerce un mouvement de va-et-vient pour le secouer.

Les caractéristiques du syndrome

Les nourrissons atteints du syndrome du bébé secoué présentent un large éventail de symptômes, tels l'apnée, les vomissements, l'irritabilité, l'apathie, la léthargie, les convulsions et une mauvaise alimentation. Des ecchymoses peu visibles, un œdème cérébral, une anémie, une hypothermie ainsi que des fractures des côtes ou des os longs peuvent également s'observer. Les nourrissons qui ont été secoués peuvent présenter des symptômes semblables à ceux d'une maladie virale, comme de l'irritabilité ou une léthargie et des vomissements, des convulsions ou des pertes de conscience entraînant un arrêt respiratoire ou un décès. Les médecins traitants savent rarement si l'enfant a déjà été secoué. De plus, l'absence de signes physiques de traumatisme accroît la difficulté d'établir un diagnostic juste (Swenson et Levitt, 1997). Parmi les signes du syndrome de bébé secoué, citons (Chiocca, 1995) :

1. des hémorragies rétiniennes,
2. des fractures des côtes ou des os longs, nouvelles ou en voie de guérison,
3. des hémorragies intracrâniennes décelées par imagerie cérébrale.

Des signes externes de traumatisme peuvent s'observer ou non, selon la gravité de la lésion par impact, s'il y a lieu.

Il se peut que la personne qui amène le bébé secoué en consultation médicale ne déclare aucun antécédent de lésion ou qu'elle fournisse un compte rendu vague ou incompatible avec les signes physiques observés.

Les outils diagnostiques comprennent le tomodensitomètre, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un examen du squelette. Les yeux devraient être examinés pour écarter la présence d'hémorragies rétiniennes (American Academy of Pediatrics, 1993; Swenson et Levitt, 1997; Lancon et coll., 1998).

Une démarche multidisciplinaire

L'évaluation médicale d'un enfant atteint d'un syndrome du bébé secoué présumé requiert la participation d'une équipe multidisciplinaire composée de membres compétents en matière de syndrome du bébé secoué dans les domaines de la neurochirurgie, de la neurologie, de l'ophtalmologie, de l'orthopédie, de la pathologie, de la radiologie et des professions paramédicales. Il se peut que ces professionnels ne soient tous pas appelés à évaluer un cas particulier.



Les professionnels qui s'occupent du décès d'enfants devraient posséder la formation requise et travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire afin que les décès liés au syndrome du bébé secoué soient différenciés de la mort subite du nourrisson (American Academy of Pediatrics, 1994). Il est prouvé que certains cas de syndrome du bébé secoué ont été confondus avec le syndrome de mort subite du nourrisson (Bass et coll., 1986; Byard et Krous, 1999).

Le dépistage, l'évaluation, l'étude, la prise en charge et la prévention du syndrome du bébé secoué exigent une démarche multidisciplinaire qui respecte les compétences de chaque discipline. Les professionnels des diverses disciplines associées à la santé, à la protection de l'enfance, aux services policiers et aux services sociaux, aux tribunaux, à l'éducation et l'ensemble de la collectivité doivent tous s'engager à cet égard (Ludwig, 1981; Kovitz et coll., 1984; Hochstadt et Harwicke, 1985).

En raison des répercussions juridiques du syndrome du bébé secoué, la police judiciaire et les services d'aide à l'enfance mènent une enquête, qui sert à déterminer si les enfants seront en sécurité avec leur gardien et si des accusations de voies de fait ou d'homicide seront portées (Brown et Minns, 1993; Luerssen et coll., 1993; Lancon et coll., 1998).

Les issues

Dans l'ensemble, la gravité des lésions et des issues consécutives à un traumatisme crânien par suite d'acte violent chez les nourrissons est pire que dans tous les autres types de lésion crânienne chez l'enfant (Goldstein et coll., 1993; DiScala et coll., 2000). Les issues découlant du fait d'être secoué violemment peuvent varier de l'absence d'effet apparent à une incapacité cérébrale permanente, y compris un retard du développement, des convulsions ou la paralysie, la cécité même de la mort. Les conséquences des lésions neurologiques chez les survivants peuvent beaucoup tarder à se manifester et entraîner un éventail de déficits tout au long de la vie, y compris des troubles de comportement et un déficit cognitif (Chiocca, 1995).

D'après de récentes données canadiennes sur les enfants hospitalisés à cause du syndrome du bébé secoué, 19 % d'entre eux sont décédés, 22 % semblaient guéris au moment de leur congé et 59 % accusaient un déficit neurologique ou visuel ou d'autres troubles de santé (King et MacKay, 2000).

L'évaluation soutenue des survivants du syndrome du bébé secoué s'impose. D'importants troubles neurologiques peuvent être décelés plusieurs années après la lésion. Dans le cadre d'un suivi effectué auprès de 14 enfants hospitalisés après avoir été secoués, sept souffraient d'une invalidité grave, deux étaient atteints d'une invalidité modérée, et trois avaient dû redoubler à l'école, avaient eu besoin de cours particuliers ou avaient présenté des troubles de comportement (Duhaime et coll., 1998). Dans un autre groupe de 13 enfants, un est décédé et six sont atteints d'invalidité grave et permanente. Les six autres enfants semblent s'être tout à fait rétablis. Cependant, tous ces enfants, sauf un, ont été frappés d'une incapacité entre six mois et cinq ans plus tard. Parmi les effets différés, citons des retards psychomoteurs, surtout pour ce qui est du langage, de l'adaptabilité et du comportement social (Bonnier et coll., 1995).



Les conséquences sur la collectivité

La plupart des survivants du syndrome du bébé secoué auront probablement besoin de services spéciaux tout au long de leur vie, notamment des soins de santé physique et mentale, des services d'orthophonie, de stimulation précoce, d'éducation spécialisée et de réadaptation. D'autres services pourraient également être requis, comme le placement en établissement, le logement adapté et les services d'accès au marché du travail (Zeneah et Larrieu, 1998). Les familles biologiques, les familles adoptives et les foyers d'accueil d'enfants présentant le syndrome du bébé secoué subissent ces effets à long terme. Les parents non violents auront peut-être besoin d'aide additionnelle de la part des services sociaux, juridiques et de santé (D'Lugoff et Baker, 1998).

Les connaissances actuelles

Le nombre d'enfants touchés par le syndrome du bébé secoué

On ne connaît pas le nombre d'enfants touchés par le syndrome du bébé secoué au Canada. Un rapport produit récemment par la *Canadian Collaborative Study on Shaken Impact Syndrome* révèle que, de 1988 à 1998, 364 enfants de moins de cinq ans ont été hospitalisés à cause du syndrome du bébé secoué (King et MacKay, 2000). Les données concernent les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux qui sont traités dans des hôpitaux pédiatriques, mais bien des cas moins graves sont exclus des données (Driver, 1999).

L'incidence du syndrome du bébé secoué pourrait être grandement mésestimée en raison d'une absence de dépistage ou d'une sous-déclaration. Une récente étude américaine indique que dans plus de 30 % des cas de traumatisme crânien découlant d'un acte de violence sur un nourrisson, le syndrome du bébé secoué n'a pas été dépisté (Jenny et coll., 1999).

Les facteurs associés au syndrome du bébé secoué

Pourquoi secoue-t-on un bébé? Les pleurs d'un bébé peuvent exaspérer ou épuiser certaines personnes, qui réagissent alors violemment et secouent l'enfant de façon impulsive. D'autres situations déclenchent aussi cette réaction, telles que des difficultés à nourrir ou à nettoyer le bébé. Des cas de grossière négligence pour la sécurité de l'enfant ou de secousses répétées démontrent parfois l'intention qu'a la personne à charge de blesser gravement le bébé, voire de le tuer (American Academy of Pediatrics, 1993).

Le syndrome du bébé secoué semble s'observer dans tous les groupes socio-économiques et dans toutes les cultures (Brown et Minns, 1993; Kivlin, 1999). Parmi les facteurs de risque les plus associés à la violence faite aux enfants, y compris le syndrome du bébé secoué, soulignons (Swenson et Levitt, 1997) :

1. l'isolement parental,
2. la violence familiale,
3. l'abus d'intoxicants,
4. les troubles psychiatriques,
5. une méconnaissance du développement de l'enfant,
6. des liens fragiles ou inexistantes entre le parent et l'enfant.



Le syndrome du bébé secoué peut aussi se produire dans des familles qui ne présentent aucun facteur de risque apparent.

Selon la *Canadian Collaborative Study*, 56 % des nourrissons secoués sont des garçons, et leur âge médian est de 4,6 mois (entre 7 jours et 58 mois) (King et MacKay, 2000). Dans 34 % des cas, la personne responsable n'est pas précisée dans le dossier médical. Dans 64 % des cas où le coupable est désigné, ce sont les pères biologiques (52 %), les partenaires masculins des mères biologiques (20 %), les gardiennes (15 %) et les mères biologiques (12,5 %) qui sont responsables des sévices ou soupçonnés de l'être (King et MacKay, 2000).

La prévention

La forme de violence faite aux enfants que constitue le syndrome du bébé secoué est une question complexe, qui requiert un mode intersectoriel de prévention et d'intervention. Les collectivités peuvent créer des programmes pour informer les parents, les futurs parents et les gardiens ou les éducateurs des étapes du développement et des besoins des nourrissons. Les interventions auprès des familles à risque exigent la participation de nombreux groupes et organismes, notamment le milieu de la santé, des services sociaux, de l'éducation et des services communautaires. Les familles touchées par le syndrome du bébé secoué doivent pouvoir compter sur des services qui les aideront à répondre aux besoins ininterrompus de l'enfant blessé et à protéger les autres enfants de la famille.

La prévention primaire commence par l'éducation de tous les nouveaux parents, les futurs parents, les gardiennes ou les éducateurs et le grand public quant aux stratégies pour affronter les pleurs des bébés et les comportements difficiles des tout-petits. Les parents, les gardiennes et les éducateurs doivent être informés des étapes du développement normal d'un enfant ainsi que des dangers de secouer un bébé (Butler, 1995). Les ressources d'information devraient contenir des renseignements sur le syndrome du bébé secoué.

Des interventions de **prévention secondaire** devraient être assurées auprès des familles qu'on estime exposées à la violence à cause de leurs attentes irréalistes face à leurs enfants ou de leur ignorance au sujet du développement normal d'un enfant (Showers, 1991; Butler, 1995). Il est démontré que les programmes de visites à domicile par des infirmières ont réussi à réduire les sévices dans des familles à très haut risque (American Academy of Pediatrics, 1993; Olds et coll., 1997; MacMillan, 1998; Olds et coll., 1997, 1999). Les gardiennes et les éducateurs devraient recevoir une formation pertinente sur les soins des nourrissons et devraient subir une surveillance et une évaluation régulières.



Le message : Il ne faut jamais secouer un bébé!

Il faut concevoir des stratégies pour renseigner toute la population (autant les adultes que les jeunes) au sujet des dangers de perdre le contrôle lorsqu'on a la charge d'un nourrisson. Les principaux messages doivent expliquer que les pleurs du bébé sont souvent l'élément déclencheur qui pousse une personne à secouer l'enfant et que la discipline physique n'a pas sa place dans les soins aux bébés (Bruce et Zimmerman, 1989), qu'il existe d'autres moyens de composer avec l'épuisement et la frustration face à un bébé et qu'il faut faire preuve de prudence lorsque vient le moment de choisir une gardienne ou des services de garde. Des démarches axées sur des interventions de prévention devraient être offertes aux familles considérées comme exposées à la violence. Tous les messages de prévention devraient converger vers le fait qu'il est dangereux de secouer un bébé. Ces messages doivent souligner qu'il ne faut jamais secouer un bébé.

Les messages précédents diffusés par des organisations professionnelles ou des campagnes de sensibilisation publique, de programmes d'éducation parentale, des réseaux d'entraide pour les parents, des programmes scolaires et d'autres méthodes comme les messages d'intérêt public.

Sources

American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. "Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome from child abuse fatalities." *Pediatr* 1994;94:124126.

American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. "Shaken Baby Syndrome: Inflicted cerebral trauma (RE9227)." *Pediatr* 1993;92:872875.

Atwal GS, Ruttly GN, Carter N, Green MA. "Bruising in non-accidental head injured children; a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases." *Forensic Sci* 1998;96:215230.

Banaschak S, Brinkmann B. "The role of clinical forensic medicine in cases of sexual child abuse." *Forensic Sci Int* 1999;99:8591.

Barlow KM, Minns RA. "The relation between intracranial pressure and outcome in non-accidental head injury." *Dev Med Child Neur* 1999;41:220225.

Barlow KM, Gibson RJ, McPhillips M, Minns RA. "Magnetic resonance imaging in non-accidental head injury." *Acta Paediatr* 1999;88:734740.

Bass M, Kravath RE, Glass L. "Death-scene investigation in sudden infant death." *New Engl J Med* 1986;315:100105.

Beckman CR, Groetzingler LL. "Treating sexual assault victims. A protocol for health professionals." *Physician Assist* 1990; 14:128130.

Bonnier C, Nassogne MC, Evrard P. "Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome; late consequences after a symptom-free interval." *Dev Med Child Neurol* 1995;37:943956.

Brewster AL, Nelson JP, Hymel KP, et coll. "Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force." *Child Abuse Negl* 1998;22:91101.

Brown JK, Minns RA. "Non-accidental head injury, with particular reference to whiplash shaking injury and medico-legal aspects." *Dev Med Child Neurol* 1993;35:849869.

Bruce DA, Zimmerman RA. "Shaken impact syndrome." *Pediatr Ann* 1989;18:482494.

Butler GL. "Shaken baby syndrome." *J Psychosoc Nurs* 1995;33:4750.

Byard RW, Krous HF. "Suffocation, shaking or sudden infant death syndrome: Can we tell the difference?" *J Pediatr Child Health* 1999;35:432433.

Caffey J. "On the theory and practice of shaking infants." *Am J Dis Child* 1972;124:161169.

Association médicale canadienne. "Infants dead on arrival." *Guides de pratique, Infobanque AMC*, <http://www.cma.ca/cpgs>, 1999.

Carty H, Ratcliffe J. "The shaken infant syndrome: Parents and other carers need to know of its dangers." *Br Med J* 1995;310:344345.

Chabrol B, Decarie JC, Fortin G. "The role of cranial MRI in identifying patients suffering from child abuse and presenting with unexplained neurological findings." *Child Abuse Negl* 1999;23:217228.

Chabrol B, Fortin G, Bernard-Bonnin AC, et coll. « Prise en charge et prévention de la maltraitance au Québec : programme de pédiatrie sociojuridique de l'hôpital Sainte-Justine B Montréal ». *Arch Pediatr* 1998;5:13661370.

Chadwick DL, Kirschner RH, Reese RM, et coll. "Shaken baby syndrome A forensic pediatric response." *Pediatr* 1998;101:321323.

Chiocca EM. "Shaken baby syndrome: A nursing perspective." *Pediatr Nurs* 1995;21:3338.

Collins KA, Nichols CA. "A decade of pediatric homicide: A retrospective study at the Medical University of South Carolina." *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20:169172.

Committee on Child Abuse and Neglect, 1993-1994. "Shaken baby syndrome: Inflicted cerebral trauma." *Del Med J* 1997;69:365370.

Conway EE Jr. Nonaccidental head injury in infants: "the shaken baby syndrome revisited." *Pediatr Ann* 1998;27:677690.

Coody D, Brown M, Montgomery D, et coll. "Shaken baby syndrome: Identification and prevention for nurse practitioners." *J Pediatr Health Care* 1994;8:5056.

Crocker D. "Innovative models for rural child protection teams." *Child Abuse Negl* 1996;20:205211.

David TJ. "Shaken baby (shaken impact) syndrome: Non-accidental head injury in infancy." *J Royal Soc Med* 1999;92:556561.

DiScala CM, Sege R, Li G, Reece RM. "Child abuse and unintentional injuries: A 10-year retrospective." *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1622.

D'Lugoff MI, Baker DJ. "Case study: Shaken baby syndrome One disorder with two victims." *Public Health Nurs* 1998;15:243249.

Driver D. "Too many shaken babies in Canada, doc says." *The Medical Post*, 14 septembre 1999:60.

Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. "Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome." *Pediatr Neurosurg* 1998;4:292298.

Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants The "shaken baby syndrome." *New Engl J Med* 1998;338:18221829.

Duhaime AC, Gennarelli TA, Bruce DA, et coll. "The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study." *J Neurosurg* 1987;66:409415.

Fitzpatrick D. "Shaken baby syndrome fatalities in the United States." *National Information, Support and Referral Service on Shaken Baby Syndrome* 1998;Autumn.

Giles EE, Nelson MD. "Cerebral complications of nonaccidental head injury in childhood." *Pediatr Neurol* 1998;19:119128.

Gilliland MG, Folberg R. "Shaken babies Some have no impact injuries." *J Forensic Sci* 1996;41:114116.

Gilliland MG. "Interval duration between injury and severe symptoms in nonaccidental head trauma in infants and young children." *J Forensic Sci* 1998;43:723725.

Goldstein B, Kelly MM, Bruton D, Cox C. "Inflicted versus accidental head injury in critically injured children." *Crit Care Med* 1993;21:13281332.

Grey TC. "Shaken baby syndrome: Medical controversies and their role in establishing "reasonable doubt." *National Information, Support, and Referral Service on Shaken Baby Syndrome* 1998;Spring:45.

Haviland J, Russell RI. "Outcome after severe non-accidental head injury." *Arch Dis Child* 1997;77:504507.

Health Risk Resources International, Newcastle-upon-Tyne. "Best practice guidelines." *Br J Nurs* 1999;8:293294.

Herman-Giddens ME, Brown G, Verviest S, et coll. "Underascertainment of child abuse mortality in the United States." *JAMA* 1999;282(5):463467.

Hochstadt NJ, Harwicke NJ. "How effective is the multidisciplinary approach? A follow-up study." *Child Abuse Negl* 1985;9:365372.

Holloway M, Bye AM, Moran AK. "Non-accidental head injury in children." *Med J Aust* 1994;160:786789.

Jayawant S, Rawlinson A, Gibbon F, et coll. "Subdural haemorrhages in infants: Population based study." *Br Med J* 1998;317(7172):15581561.

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. "Analysis of missed cases of abusive head trauma." *JAMA* 1999;28:621626.

King J, MacKay M. "A 10-year retrospective review of shaken baby syndrome in Canada." *Pediatr Res* 2000;47:202A.

Kivlin JD. "A 12-year ophthalmologic experience with the shaken baby syndrome at a regional children's hospital." *Tr Am Ophth Soc* 1999;XCVII:545581.

Kovitz KE, Dougan P, Riese R, Brummitt JR. "Multidisciplinary team functioning." *Child Abuse Negl* 1984;8:353360.

Krous HF, RW Byard. "Shaken infant syndrome: Selected controversies." *Pediatr Dev Pathol* 1999;2:497498.

Lancon JA, Haines DE, Parent AD. "Anatomy of the shaken baby syndrome." *Anat Rec* 1998;253:1318.

Lazoritz S, Baldwin S, Kini N. "The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Has Caffey's syndrome changed or have we changed his syndrome?" *Child Abuse Negl* 1997;21:10091014.

Leventhal JM. "The challenges of recognizing child abuse: Seeing is believing." *JAMA* 1999;281:657659.

Levin AV. "Retinal haemorrhages and child abuse." Chapter 10 (pp. 151219) dans *Recent Advances in Paediatrics*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2000.

Ludwig S. "A multidisciplinary approach to child abuse." *Nurs Clin North Am* 1981; 16:161165.

Luerssen TG, Bruce DA, Humphreys RP. "Position statement on identifying the infant with nonaccidental central nervous system injury (the whiplash-shake syndrome)." The American Society of Pediatric Neurosurgeons. *Pediatr Neurosurg* 1993;19:170.

MacMillan HL. "Child abuse: A community problem." *JAMC*, 1998;158:1301-1302.

Massagli TL, Michaud LJ, Rivara FP. "Association between injury indices and outcome after severe traumatic brain injury in children." *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:125132.

Mills M. "Funduscopy lesions associated with mortality in shaken baby syndrome." *JAAPOS* 1998;2:6771.

Morton R, Benton S, Bower E, et coll. [Letter] "Multidisciplinary appraisal of the British Institute for Brain Injured Children, Somerset, UK." *Dev Med Child Neurol* 1999;41:211212.

Nashelsky MB, Dix JD. "The time interval between lethal infant shaking and onset of symptoms. A review of the shaken baby syndrome literature." *Am J Forensic Med Pathol* 1995;16:154157.

Olds DL, et coll. "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial." *JAMA* 1997;278:637643.

Olds DL, et coll. "Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings." *The Future of Children* 1999;9:4465.

Onyskiw JE, Harrison MJ, Spady D, McConnan L. "Formative evaluation of a collaborative community-based child abuse prevention project." *Child Abuse Negl* 1999;23:10691081.

Parrish R. "The proof is in the details: Investigation and prosecution of shaken baby cases." *National Information, Support and Referral Service on Shaken Baby Syndrome* 1998;Winter:45.

Plunkett J. "Shaken baby syndrome and the death of Matthew Eappen: A forensic pathologist's response." *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20:1721.

Reese RM, Kirschner RH. "Shaken baby syndrome/shaken impact syndrome." *National Information, Support and Referral Service on Shaken Baby Syndrome* 1998;Summer:45.

Sadler DW. "The value of a thorough protocol in the investigation of sudden infant deaths." *J Clin Pathol* 1998;51:689694.

Sanders R, Jackson S, Thomas N. "The balance of prevention, investigation, and treatment in the management of child protection services." *Child Abuse Negl* 1996;20:899906.

Shannon P, Smith CR, Deck J, et coll. "Axonal injury and the neuropathology of shaken baby syndrome." *Acta Neuropathol* 1998;95:625631.

Showers J. "Don't shake the baby: The effectiveness of a prevention program." *Child Abuse Negl* 1992;16:1118.

Showers J. "Behaviour management cards as a method of anticipatory guidance for parents." *Child Care, Health and Development* 1989;15:401415.

Showers J. "Child behaviour management cards: Prevention tools for teens." *Child Abuse Negl* 1991;15:313316.

Showers J. *The National Conference on Shaken Baby Syndrome: A Medical, Legal, and Prevention Challenge*. Executive Summary. National Association of Children's Hospitals and Related Institutions. 1998.

Spaide RE, Swengel RM, Scharre DW, Mein CE. "Shaken baby syndrome." *Am Fam Physician* 1990;41:11451152.

Starling SP, Holden JR, Jenny C. "Abusive head trauma: The relationship of perpetrators to their victims." *Pediatr* 1995;95:259262.

Statistique Canada. « Statistiques sur les homicides. » *Le Quotidien*, Jeudi 7 octobre 1999.

Swenson MS, Levitt C. "Shaken baby syndrome: Diagnosis and prevention." *Minnesota Med* 1997;80:4144.

The Lancet. "Editorial." 1998;352:9125.

Zeneah CH, Larrieu JA. "Intensive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care." *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7:357371.