

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
CLIPP



LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

BILAN DE CONNAISSANCES

2^e édition revue et augmentée



FÉVRIER 2005
Mise à jour Mars 2009

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2005 Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Le syndrome du bébé secoué Montréal : CLIPP.

ISBN 978-2-922914-31-3

CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES

555, Boul. René-Lévesque Ouest, Bureau 1200, Montréal (Québec) H2Z 1B1 Canada.

Téléphone : (514) 393-4666 Télécopieur : (514) 393-9843

Courriel : info@clipp.ca Internet : www.clipp.ca

Recherche : Marianne Saint-Onge

Rédaction : Nicole Lemire

Mise à jour : Renée Latulippe, M.A.

Édition : CLIPP

TABLE DES MATIÈRES

MÉTHODOLOGIE -----	2
DESCRIPTION DU SYNDROME -----	2
INCIDENCE -----	4
CONSÉQUENCES DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ-----	4
LES FACTEURS DE RISQUE -----	5
Les agresseurs -----	5
Les victimes -----	6
Le contexte -----	7
MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE SECOUER -----	8
Et si votre bébé est inconsolable ?-----	9
RÉFÉRENCES-----	10

Le présent document propose un tour d'horizon des connaissances scientifiques qui, dans une perspective psychosociale, concernent le syndrome du bébé secoué.

MÉTHODOLOGIE

Une recherche dans les banques de données bibliographiques *PsycInfo*, *Medline*, *Current Content*, *Eric*, *Francis*, *Pais International* et *Social Science Index* a été effectuée en utilisant les mots clés français « syndrome du bébé secoué », « bébé secoué », « traumatisme crânien » et « mort subite », ainsi que les expressions anglaises « *shaking baby syndrome* », « *shaken baby syndrome* », « *shaking infant syndrome* », « *shaken impact syndrome* », « *brain trauma* », « *brain injuries* », « *whiplash injuries* », « *filicide* » et « *sudden infant death* ». Deux cent quarante-huit références ont ainsi été obtenues. Les revues de littérature disponibles ont d'abord été consultées. Par la suite, des articles individuels ont été retenus et consultés en fonction de leur pertinence ou de leur apport particulier. Ainsi, plusieurs articles d'ordre strictement médical ou médico-légal n'ont pas été retenus.

Pour la mise à jour de ce document, une deuxième recherche bibliographique a été effectuée dans les banques de données suivantes : *Cinahl*, *Eric*, *Francis*, *Medline via PubMed*, *PsycINFO*, *Re-père*, *Social Services Abstracts*, *Social Work Abstracts*, *Social Sciences Index*, *Web of Science*, afin de recenser les articles récents (2007-2009).

DESCRIPTION DU SYNDROME

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est la principale cause de mortalité due à des mauvais traitements physiques envers les enfants (Reece, 2001). La première description de ce syndrome a été formulée en 1974 par Caffey; c'est lui qui a inventé l'expression « syndrome du bébé secoué » pour décrire le tableau clinique suivant : hématome sous-dural, hémorragies rétiniennes et absence de toute lésion traumatique externe.

Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un jeune enfant est violemment secoué alors qu'il est tenu par le tronc, les épaules ou les bras. Les mouvements rapides d'accélération et de décélération ainsi générés sont transmis à la tête du nourrisson et peuvent occasionner des lésions graves, et en particulier une déchirure des vaisseaux sanguins cervicaux, créant ainsi l'apparition d'un hématome sous-dural et des hémorragies rétiniennes.

Des ecchymoses évoquant des marques de doigts peuvent se présenter aux endroits où l'enfant a été saisi. La compression du thorax et les mouvements de va-et-vient des extrémités peuvent occasionner des fractures au niveau des côtes et des os longs (Labbé & Fortin, 2004). Enfin, un trauma avec impact peut causer d'autres lésions, telles des lacérations ou des fractures du crâne.

Les enfants qui ont été secoués peuvent présenter différents symptômes : irritabilité, léthargie, somnolence, vomissements, convulsions ou coma. Dans les cas les plus sévères, l'enfant perd conscience immédiatement et souffre rapidement de dysfonction au niveau du système nerveux central; il peut alors arriver que la personne qui s'occupe de lui le mette au lit en espérant qu'il ira mieux lorsqu'il se réveillera, ce qui peut faire diminuer ses chances de survie (*American Academy of Pediatrics* [AAP], 2001). Lorsqu'il y a décès de l'enfant à la maison, on peut confondre la situation avec un cas de mort subite.

Même les enfants qui n'ont pas été fortement secoués peuvent manifester des symptômes non spécifiques. Et il peut arriver que les médecins attribuent ces symptômes à des coliques, à de la malnutrition ou à un virus (Jenny, Hymel, Ritzen, Reinert, & Hay, 1999). La difficulté à obtenir une information valable sur l'incident fait augmenter le risque d'un mauvais diagnostic. Une étude portant sur 71 cas de bébés secoués (Lazorit, Baldwin & Kini, 1997) indique que 34 % des personnes qui ont rapporté un tel événement ont nié avoir infligé le traumatisme à l'enfant, alors que 13 % l'ont avoué. Dans les cas de négation, les justifications les plus fréquentes étaient que l'enfant était tombé par terre (36 %) ou qu'il avait été frappé à la tête (13 %). Un plus petit nombre prétendait que l'enfant avait été jeté ou échappé par terre, ou qu'il avait été frappé sur une partie du corps autre que la tête. D'autre part, si les parents sont absents lors de l'incident, ils peuvent ne pas être au courant de ce qui est réellement arrivé (AAP, 2001).

INCIDENCE

Bien qu'on ne dispose d'aucun chiffre officiel sur le nombre de bébés secoués au Canada, une étude effectuée entre 1988 et 1998 dans 11 centres hospitaliers (dont, au Québec, l'Hôpital Ste-Justine et le *Montreal Children's Hospital*) indique que 364 cas d'enfants secoués (dont 55 dans les deux centres québécois) ont été rapportés durant cette période (King, MacKay, & Sirnack, 2003). On peut par contre aujourd'hui évaluer qu'au Canada, un peu plus de 100 cas d'enfants secoués sont rapportés annuellement (Barr, Barr, Fujiwara, Conway, Catherine & Brant, 2009; Statistique Canada 2008). D'autre part, selon les plus récentes études québécoises et canadiennes sur l'incidence des mauvais traitements, la problématique du bébé secoué représente 1 % des cas de mauvais traitements physiques signalés aux services de la protection de la jeunesse (Tourigny et al., 2002; Trocmé et al., 2001).

Cependant, ces chiffres ne représentent probablement que la pointe de l'iceberg, puisque les cas les moins sévères ne sont généralement pas référés aux médecins et, par conséquent, ne sont pas diagnostiqués. Seul un très faible pourcentage de parents avoue avoir secoué leur enfant, ce qui complique le diagnostic et le traitement adéquat de celui-ci. Réalisée en 2000, une enquête sur la violence familiale au Québec (Clément, Bouchard, Jetté, & Laferrière) souligne que 5 % des Québécoises ont témoigné que leur enfant de moins de deux ans avait été secoué au moins une fois au cours de l'année précédant l'étude, mais que 1 % d'entre elles ont rapporté qu'il l'avait été six fois ou plus. D'autres études ont évalué à environ 30 % les cas de SBS qui n'ont pas été diagnostiqués lors d'une première consultation (Conway, 1998; Jenny et al., 1999; Kivlin et al., 2000).

CONSÉQUENCES DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Les conséquences du syndrome du bébé secoué sont souvent désastreuses puisque de 20 à 25 % des nourrissons en meurent (Frasier LD. 2008 ; King et al., 2003 ; Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P. 2004). Qui plus est, environ 50 à 60 % (Frasier LD. 2008 ; King et al., 2003 ; Starling SP, et al. 2004) de ces enfants manifestent des problèmes au niveau neurologique ou sur le plan de leur développement, tels un retard mental, des paralysies,

des problèmes de motricité ou des cécités (Altimier L. 2008 ; Barr RG et Runyan DK.2008; Couser, 1993; Duhaime et al., 1987; Ewing-Cobbs et al., 1998; Haviland & Russel, 1997; Loh, Chang, Kuo, & Howng, 1998; Ludwig & Warman, 1984; Prasad, Ewing-Cobbs, Swank, & Kramer, 2002; Sinal & Ball, 1987; Stipanovic A, Nolin P, Fortin G, Gobeil MF. 2008). Il faut également mentionner qu'entre 20 et 25 % des enfants présenteront possiblement des retards de développement à long terme (retard de développement, troubles d'apprentissage, difficultés de raisonnement, de langage ou de prise de décision, difficulté comportementale, problèmes d'épilepsie) et ce, même s'ils semblent guéris au moment de leur sortie de l'hôpital (Altimier L.2008 ; Barr RG et Runyan DK.2008, Bonnier, Nassogne, et Evrard, 1995; Stipanovic A et al.2008).

LES FACTEURS DE RISQUE

Outre les facteurs de risque associés de façon générale à la maltraitance et aux abus physiques envers les enfants, la littérature fait état de certaines données spécifiques au syndrome du bébé secoué.

Les agresseurs

La plupart des victimes de SBS sont agressées par des hommes. En effet, dans 50 % des cas, les agresseurs sont les pères des enfants agressés et, dans 20 % des cas, ce sont les beaux-pères ou les compagnons de la mère des enfants (King et al., 2003; Starling et al., 2004, Starling, Suzanne P. (1); Sirotnak, Andrew P. (2); Heisler, Kurt W., 2007). Les enfants peuvent également être secoués par leurs mères, qui représentent environ 12 % des agresseurs recensés (King et al., 2003; Starling et al., 2004, Starling et al. 2007).

Finalement, dans 18 % des cas il s'agit d'une personne qui s'occupait de l'enfant (grand parent, gardienne, frère/sœur) (King et al., 2003; Starling et al., 2004, Starling et al. 2007). Toute personne qui s'occupe d'un enfant est à risque de perdre le contrôle et de secouer celui-ci. Starling suggère que dans le cas de jeunes gardiennes adolescentes, cela peut s'expliquer par leur immaturité, leur manque d'expérience, ou encore par le fait qu'elles ne connaissent pas les dangers qu'il y a à secouer un bébé (Starling et al., 1995). Mais dans tous les cas, le délai qui s'écoule entre le

moment de l'agression par la gardienne et le moment où les parents s'aperçoivent que l'enfant ne réagit plus de la même manière qu'auparavant peut avoir des conséquences importantes sur les chances de survie de l'enfant (Fulton, 2000; Showers, 2001).

Les personnes les plus à risque de secouer leurs jeunes enfants sont :

- les jeunes parents (Goldstein, Kelly, Bruton, & Cox, 1993; Overpeck, Brenner, Trumple, Trifiletti, & Berendes, 1998);
- les parents qui ont des attentes irréalistes envers leur enfant, ce qui est souvent le cas des nouveaux parents qui ne sont pas familiers avec les étapes du développement de l'enfant (AAP, 2001; Carty & Ratcliffe, 1995; Coody, Brown, Montgomery, Flynn, & Yetman, 1994);
- les parents qui s'attendent à ce que leur enfant comble leurs besoins (AAP, 1993; Chiocca, 1995; Spaide, Swengel, Scharre, & Mein, 1990; Swenson & Levitt, 1997);
- les parents qui vivent de la violence conjugale (AAP, 2001);
- les parents qui vivent des situations stressantes tels des problèmes financiers ou émotionnels, de la maladie ou un manque de soutien à la maison (AAP, 1993 ; Carty & Ratcliffe, 1995 ; Chiocca, 1995; Coody et al., 1994; Spaide et al., 1990); et
- les parents qui consomment des drogues ou de l'alcool (AAP, 2001 ; Chiocca, 1995 ; Coody et al., 1994; Dashti et al., 1999; Fulton, 2000).

De plus, une forte corrélation a été observée entre les traumatismes crâniens infligés aux enfants et la présence d'un faible niveau éducatif et socioéconomique chez l'agresseur (Dashti et al., 1999; Goldstein et al., 1993; Overpeck et al., 1998).

Les victimes

Plusieurs études démontrent que les enfants secoués sont plus souvent des garçons que des filles, et cette proportion varie de 56 à 66 % selon les études (Dashti et al., 1999; King et al., 2003; Kivlin et al., 2000; Starling et al., 1995). Les enfants de moins d'un an sont les plus vulnérables et plusieurs victimes ont moins de six mois (Dashti et al., 1999; Duhaim, Christian, Moss, & Seidl, 1996; Spaide et al., 1990; Starling et al., 1995). L'anatomie des nourrissons les rend en effet plus

vulnérables à cause de la taille relative de leur tête, du poids de leur cerveau, du fait que leur tissu cérébral est peu myélinisé et de la faiblesse des muscles de leur cou. Mais les enfants plus vieux peuvent également souffrir de graves blessures s'ils sont secoués avec violence (Alexander et al., 1990; Ludwig et Warman, 1984).

Les enfants prématurés ou handicapés seraient particulièrement à risque d'être secoués soit parce qu'ils ne répondent pas toujours aux attentes de leurs parents, soit à cause du surplus de travail qu'ils occasionnent, soit parce qu'ils pleurent fréquemment (AAP, 1993; Coody et al., 1994; Duhaime et al., 1998; Kivlin et al., 2000). De même, les jumeaux pourraient être particulièrement à risque du fait qu'ils représentent aussi un surcroît de travail pour les parents (Becker, Liersch, Tautz, Schlueter, & Andler, 1998).

Le contexte

La présence de pleurs continus chez l'enfant est souvent l'élément déclencheur dans le processus qui amène à secouer cet enfant (Carty & Ratcliffe, 1995; Showers, 2001). L'exaspération face à un nourrisson qui semble inconsolable, souvent jumelée à un manque de sommeil prolongé, peut amener certains parents à réagir violemment (Golberg & Goldberg, 2002). Selon un sondage mené en 2003 par la maison CROP, 61 % des Québécois estiment avoir tendance à perdre patience après plus de 30 minutes de pleurs de leur enfant (Fondation Marie Vincent, 2003). D'ailleurs, pour certains parents, il apparaît plus acceptable de secouer leur enfant que de le frapper lorsque ses cris créent une tension qui devient difficile à gérer (Coody et al., 1994; Golberg & Goldberg, 2002; Thomas, 1994). C'est probablement parce que, comme 27 % des Québécois, ils ignorent que le fait que secouer un bébé peut provoquer des lésions au cerveau (Fondation Marie Vincent, 2003).

Des difficultés à nourrir le bébé, ainsi que des problèmes liés à l'entraînement à la propreté peuvent aussi provoquer des incidents. D'autre part, un certain nombre de cas de SBS s'est produit lorsque le visionnement d'une émission de télévision par un adulte a été interrompu par un enfant, et plus particulièrement, le visionnement d'événements sportifs (Showers, 2001). Enfin, l'isolement social a également été identifié comme un facteur de risque pour l'apparition du syn-

drome du bébé secoué (Coody et al., 1994; Milner & Dopke, 1997). Il faut enfin souligner que le syndrome du bébé secoué peut aussi survenir dans des familles qui ne présentent aucun facteur de risque apparent (Santé Canada, 2001).

MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE SECOUER

Selon l'*American Academy of Pediatrics* (2001), le fait de faire sauter un enfant sur ses genoux, de le lancer dans les airs ou de jouer avec lui un peu brusquement ne provoque pas le SBS et par conséquent ne devrait pas être mentionné comme cause du SBS de façon à ne pas culpabiliser les parents qui jouent ainsi avec leurs enfants. Mais d'autres auteurs, tels Major, Deerinwater, Cowan, & Brandt (2001), et Showers (2001) n'adhèrent pas à cette position.

Selon Showers (2001), puisqu'il n'existe aucune donnée scientifique permettant de déterminer l'intensité de secousses qu'un enfant peut tolérer sans qu'il en soit affecté, il est préférable de proscrire toute secousse. Selon cet auteur, le mot d'ordre à faire circuler ne peut contenir aucune ambiguïté : aucun bébé ou jeune enfant ne devrait jamais être secoué. En plus de diffuser largement ce message, Showers suggère de discuter ouvertement des enjeux associés au SBS. Les parents et les gardiens devraient être informés qu'ils pourront, à certains moments, se sentir frustrés ou être en colère, à cause de préoccupations issues de leur vie personnelle, ou suite aux comportements de l'enfant. Idéalement, ils devraient identifier les éléments de leur vie qui risquent de les rendre moins aptes à s'occuper d'un enfant de façon sécuritaire et prévoir un plan qu'ils mettront à exécution s'ils se sentent exaspérés (demander de l'aide à quelqu'un en qui ils ont confiance, se retirer de la situation, appeler un numéro d'urgence, ou autre). Pour cela, tout parent doit reconnaître qu'il peut ne pas être, dans certaines circonstances, la meilleure personne pour s'occuper de son enfant. Il est également crucial d'enseigner aux parents qu'ils ne doivent jamais toucher leur enfant lorsqu'ils sont fâchés. La meilleure solution, dans les cas où la frustration et la colère se manifestent, consiste à laisser l'enfant dans un endroit sécuritaire et à se retirer, le temps de reprendre ses esprits. Enfin, il importe de rappeler aux parents de bien choisir leurs gardiennes et d'être très prudents lorsqu'ils laissent leur enfant sous la charge de personnes peu ou pas du tout expérimentées.

Et si votre bébé est inconsolable !

Assurez-vous :

- qu'il est nourri, a fait son rot et est propre
- qu'il n'a ni trop froid, ni trop chaud
- que ses vêtements ne sont pas trop serrés

Il pleure toujours :

- tenez-le contre vous, caressez-lui le dos
- bercez-le, chantez-lui une chanson, promenez-vous en le tenant dans vos bras
- faites-lui faire un tour de poussette ou d'auto
- offrez-lui sa suce
- créez un environnement calme et tamisé

Il pleure encore et encore :

- déposez-le dans son berceau
- prenez une grande respiration
- soyez patient et comptez jusqu'à 10
- appelez quelqu'un qui peut vous aider
- une fois l'enfant sous surveillance, allez prendre de l'air seul

Enfin, la règle d'or de la prévention demeure la plus simple :

Ne jamais jamais jamais secouer un enfant !

RÉFÉRENCES

- Alexander, R., Crabbe, L., Sato, Y., Smith, W., & Bennett, T. (1990). Serial abuse in children who are shaken. *American Journal of Diseases of Children*, 144(1), 58-60.
- Altimier L.(2008). Shaken baby syndrome. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(1):68-76; quiz 77-8.
- American Academy of Pediatrics. (1993). Shaken baby syndrome: Inflicted cerebral trauma. *Pediatrics*, 92(6), 872-875.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries [Technical report]. *Pediatrics*, 108(1), 206-210.
- Barr, RG, Carr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N. & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome ? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*; 180. DOI:10.1503/cmaj.081419.
- Barr RG, Runyan DK.(2008). Inflicted childhood neurotrauma: the problem set and challenges to measuring incidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(4 Suppl):S106-11.
- Becker, J. C., Liersch, R., Tautz, C., Schlueter, B., & Andler, W. (1998). Shaken baby syndrome: Report on four pairs of twins. *Child Abuse and Neglect*, 22(9), 931-937.
- Bonnier, C., Nassogne, M. C., & Evrard, P. (1995). Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome: Late consequences after a symptom-free interval. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37(11), 943-956.
- Caffey J. (1974). The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*, 54(9), 396-403.
- Carty, H., & Ratcliffe, J. (1995). The shaken infant syndrome: Parents and other carers need to know of its dangers. *British Medical Journal*, 310(6976), 344-345.
- Chiocca, E. M. (1995). Shaken baby syndrome: A nursing perspective. *Pediatric Nursing*, 21(1), 33-38.
- Clément, M. E., Bouchard, C., Jetté, M., & Laferrière, S. (2000). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999. Québec, QC : *Institut de la statistique du Québec*.
- Conway, E. E. J. (1998). Non accidental head injury in infants: The shaken baby syndrome revis-

- ited. *Pediatric Annals*, 27(10), 677-690.
- Coody, D., Brown, M., Montgomery, D., Flynn, A., & Yetman, R. (1994). Shaken baby syndrome: Identification and prevention for nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 8(2), 50-56.
- Couser, S. (1993). Shaken baby syndrome. *Journal of Pediatric Health Care*, 7(5), 238-239.
- Dashti, S. R., Decker, D. D., Razzaq, A., & Cohen, A. R. (1999). Current patterns of inflicted head injury in children. *Pediatric Neurosurgery*, 31(6), 302-306.
- Duhaime, A. C., Christian, C., Moss, E., & Seidl, T. (1996). Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. *Pediatric Neurosurgery*, 24(6), 292-298.
- Duhaime, A. C., Gennarelli, T. G., Thibault, L. E., Bruce, D. A., Margulies, S. S., & Wisner, R. (1987). The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *Journal of Neurosurgery*, 66, 409-415.
- Ewing-Cobbs L., Kramer, L., Prasad, M., Canales, D. N., Louis, P. T., Fletcher, et al. (1998). Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and non-inflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics*, 102(2), 300-307.
- Fondation Marie Vincent. (2003). Pour deux Québécois sur trois, l'endurance aux pleurs de l'enfant ne dépasse pas 30 minutes: Avec un bébé, perdre les pédales peut s'avérer fatal. [Enquête CROP]. Montréal, QC : Fondation Marie-Vincent.
- Frasier LD.(2008). Abusive head trauma in infants and young children: a unique contributor to developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 55(6):1269-85.
- Fulton, D. R. (2000). Shaken baby syndrome. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 43-50.
- Gilliland, M. G., & Folberg, R. (1996). Shaken babies - Some have no impact injuries. *Journal of Forensic Sciences*, 41(1), 114-116.
- Goldberg, K. B., & Goldberg, R. E. (2002). Review of shaken baby syndrome. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 40(4), 38-41.
- Goldstein B., Kelly, M. M., Bruton D., & Cox C. (1993). Inflicted versus accidental head injury in children. *Critical Care Medicine*, 21(9), 1328-1332.
- Haviland, J., & Russell, R. I. R. (1997). Outcome after severe non-accidental head injury. *Archives of Disease in Childhood*, 77(6), 504-507.
- Jenny, C., Hymel, K. P, Ritzen, A., Reinert, S. E., & Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 621-626.

- King, W. J., MacKay, M., & Sirnick, A. (2003). Shaken baby syndrome in Canada: Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*, 168(2), 155-159.
- Kivlin, J. D., Simons, K. B., Lazoritz, S., & Ruttum, M. S. (2000). Shaken baby syndrome. *Ophthalmology*, 107(7), 1246-1254.
- Labbé J., & Fortin, G. (2004). Le syndrome du bébé secoué (SBS) : l'identifier et le prévenir. *MedActuel FMC*, 4(11), 17-23.
- Lazoritz, S., Baldwin, S., & Kini, N. (1997). The whiplash shaken infant syndrome: Has Caffey's syndrome changed or have we changed his syndrome? *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 1009-1014.
- Loh, J. K., Chang, D. S., Kuo, T. H., & Howng, S. L. (1998). Shaken baby syndrome. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 14(2), 112-116.
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaken baby syndrome: A review of 20 cases, *Annals of Emergency Medicine*, 13(2), 104-107.
- Major, V., Deerinwater, J. L., Cowan, J. S., & Brandt, E. N. Jr. (2001). The prevention of shaken baby syndrome. *Journal - Oklahoma State Medical Association*, 94(11), 512-515.
- Milner J. S., & Dopke C. (1997). Child physical abuse: Review of offender characteristics. In D. A. Wolf, R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 27-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Overpeck, M., Brenner, R., Trumble, A., Trifiletti, L., & Berendes, H. (1998). Risk factors for infant homicide in the United States. *New England Journal of Medicine*, 339(17), 1211-1216.
- Prasad, M. R., Ewing-Cobbs, L., Swank P. R., & Kramer L. (2002). Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. *Pediatric Neurosurgery*, 36(2), 64-74.
- Reece, R. M. (2001). Controversies in shaken baby/shaken impact syndrome. S.E.P.V.J.E. In S. Lazoritz & V.J. Palusci (Eds.), *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach* (pp. 367-388). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Santé Canada. (2001). Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. Ottawa, ON : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Showers, J. (2001). Preventing shaken baby syndrome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5(1), 349-365.

- Sinal S. H., & Ball M. R. (1987). Head trauma due to child abuse: serial computerized tomography in diagnosis and management. *Southern Medical Journal*, 80, 1505-1512.
- Spaide, R. F., Swengel, R. M., Scharre, D. W., & Mein, C. E. (1990). Shaken baby syndrome. *American Family Physician*, 41(4), 1145-1152.
- Starling, S. P., Holden, J. R., & Jenny, C. (1995). Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Paediatrics*, 95(2), 259-262.
- Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P.(2004). Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 58(5):454-8.
- Starling, Suzanne P. (1); Sirotnak, Andrew P. (2); Heisler, Kurt W. (2007) Inflicted skeletal trauma : The relationship of perpetrators to their victims. *Child abuse & neglect*, vol. 31, no. 9, pp. 993-999.
- Statistique Canada (2008). Naissance 2006. Statistique Canada, Division de la statistique de la santé. Septembre 2008.
- Stipanovic A, Nolin P, Fortin G, Gobeil MF. (2008). Comparative study of the cognitive sequelae of school-aged victims of Shaken Baby Syndrome. *Child Abuse & Neglect*; 32(3):415-28.
- Swenson, J., & Levitt, C. (1997). Shaken baby syndrome. Diagnosis and prevention. *Minnesota Medicine*, 80(6), 41-44.
- Thomas, N. (1994). Shaking infants: a case for public education? *Professional Care of Mother & Child*, 4(3), 59-60.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). Montréal, QC : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, et al. (2001). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final. Ottawa, ON : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.