



Le syndrome du bébé secoué : état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mis en place d'une prévention

Claudine Levet

► **To cite this version:**

Claudine Levet. Le syndrome du bébé secoué : état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mis en place d'une prévention. Gynécologie et obstétrique. 2012. <dumas-00767902>

HAL Id: dumas-00767902

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767902>

Submitted on 20 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne- UFR de Médecine

Le syndrome du bébé secoué:

**Etat des lieux des connaissances des sages femmes d'Auvergne et
mise en place d'une prévention.**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

LEVET Claudine

Née le 1^{er} mars 1987

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Dr Karen COSTE et ma sage femme référente Mme Verlaine DUVIGNAU pour leurs judicieux conseils et leur contribution à l'élaboration de ce travail.

A l'encadrement de l'Ecole de Sages Femmes pour son concours à ce mémoire.

A Mr Aurélien MULLIEZ pour son aide précieuse en statistique.

A Mme Candice PETINIOT et Mme Nicole BRAVARD pour leurs précisions notamment en matière juridique.

A Mme Catherine VIDALIN pour son aide et sa bienveillance.

A mes parents pour leur soutien indéfectible durant ces années d'études...

A mes amis et à ma famille.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
REVUE DE LA LITTERATURE	
1. La description du syndrome	8
2. La législation	14
3. La prévention	17
4. Le rôle de la sage femme	20
MATERIEL ET METHODES	
1. Les objectifs de l'étude	22
2. Le type d'étude	
3. Matériel	
4. Méthodes	23
5. Analyses statistiques	24
RESULTATS	
1. Les données générales	28
2. Les connaissances des sages-femmes	30
3. La prévention par les sages femmes	36
DISCUSSION	
1. Les forces et faiblesses de l'étude	41
2. Les données générales	
3. Les connaissances des sages femmes	43
4. La prévention par les sages femmes	45
5. Projet d'action	48
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	56

INTRODUCTION

Le syndrome du bébé secoué est une maltraitance physique appartenant aux traumatismes crâniens non accidentels ou infligés.

Il a été décrit pour la première fois en 1972 par John Caffey, radiologue, qui s'interroge sur des éléments cliniques montrant une disparité entre le degré des lésions intra crâniennes et celui des lésions externes chez certains nourrissons.

L'incidence du syndrome du bébé secoué (SBS) varie entre 15 et 40/ 100000 enfants de moins de 1 an. [1] Il n'existe pas de données épidémiologiques françaises ; on estime cependant le nombre de bébés secoués en France de 180 à 200 cas par an [2]

Ce chiffre est probablement sous évalué du fait de la difficulté à recenser tous les cas de maltraitance de ce type. Il est aussi sous estimé par la méconnaissance de ce syndrome, la difficulté de différenciation des traumatismes crâniens infligés (TCI) par rapport aux traumatismes crâniens accidentels (TCA), et par conséquent le diagnostic uniquement des cas les plus sévères

Ainsi les professionnels peuvent passer à coté de ce diagnostic .Toutefois il est possible de prévenir ce syndrome. Ce qui nous permet de nous interroger sur le rôle des sages femmes dans la détection de ce syndrome et de sa prévention auprès des femmes tant dans la période pré natale que la période post natale.

Au cours de ce mémoire nous nous interrogerons sur les éléments déclencheurs et les causes induisant le geste et aussi sur les moyens de prévention existants.

Il s'agira de voir comment cette prévention est organisée dans d'autres pays et en France pour proposer une démarche complémentaire visant à faire apparaître les différentes composantes du syndrome.

Nous avons choisi d'interroger les sages femmes d'Auvergne par un questionnaire afin d'évaluer les connaissances actuelles dans ce domaine et d'identifier quelle(s) prévention(s) auprès des patientes est possible.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Description du SBS

La Haute Autorité de Santé a établi une définition claire dans ses recommandations. Ainsi le syndrome du bébé secoué est un sous ensemble des traumatismes crâniens infligés appelés aussi traumatisme crânien non accidentel dans lequel c'est le secouement qui provoque ce traumatisme [3].

1. Mécanisme causal des lésions.

La plupart du temps le bébé est saisi par le thorax sur ou en dessous des bras. Les secousses violentes appliquées entraînent des mouvements rapides de la tête d'avant en arrière avec un effet de coup de fouet par un effet « accélération décélération ».

Ainsi la mobilisation du cerveau par rapport au crane entraine un phénomène de cisaillement et la rupture de veines superficielles cortico-durales appelées veines ponts qui drainent le sang vers les grands sinus veineux collecteurs [4]. Ceci engendre une hémorragie intra crânienne le plus fréquemment un hématome sous dural (HSD) qui constitue un élément du diagnostic.

De plus les conséquences de la secousse sont majorées chez le nourrisson du fait de la faible tonicité des muscles cervicaux, du non contrôle postural de la tête et de son poids.

Il a été démontré que l'impact sur une surface quelconque au moment de la secousse n'est pas nécessaire à la formation des lésions observées [5]

2. Les symptômes.

Les premiers symptômes apparaissent dès le secouement [6]; toutefois les manifestations ne sont pas spécifiques au syndrome. De plus elles ne sont pas toujours associées entre elles et peuvent se présenter sous différents modes ce qui rend leur détection particulièrement laborieuse.

Le mode de présentation évoque d'emblée une atteinte neurologique grave une crise conduisant à une hospitalisation en urgence en soins intensifs. Dans 53% des cas elle se manifeste par l'association d'une hypotonie axiale et une crise comitiale [2].

L'absence de clonie des membres la rend difficilement reconnaissable, elle est interprétée par les tiers comme un malaise [7].

L'état neurologique se détériore rapidement et s'accompagne d'apnées sévères éléments très spécifiques de TCI par rapport aux TCA, d'une cyanose, voire d'un arrêt respiratoire ou cardiaque.

Toutefois la symptomatologie peut être moins évidente, retarder le diagnostic ou passer inaperçue Il peut s'agir d'un changement de comportement (perte d'appétit, irritabilité, apathie), des vomissements qui orientent le diagnostic vers une origine digestive ou infectieuse [8].

L'atteinte encéphalique est évoquée par des troubles de la vigilance, un plafonnement du regard et une tension anormale de la fontanelle bregma.

Les ecchymoses sont très évocatrices de mauvais traitement, en l'absence de causes médicales, lorsque l'enfant ne se déplace pas seul. Toutefois la présence de lésions visibles sur la face ou le corps sont retrouvées uniquement dans 24% des cas.

L'association de ces symptômes non spécifiques oriente le diagnostic. Ci-dessous leur association et leur fréquence de survenue sont répertoriées dans le tableau suivant [2]

- *Hypotonie axiale et crise comitiale : 53,1%*
- *Crise comitiale et tension de la fontanelle : 46%*
- *Vomissements et hypotonie axiale : 34%*
- ***Vomissements et tension de la fontanelle : 38%***
- *Vomissements, hypotonie axiale et tension de la fontanelle : 23,4%*
- ***Cassure de la courbe de PC et tension de la fontanelle : 31%***
- *Vomissements et troubles de vigilance : 23,5 %*
- ***Vomissements, troubles de vigilance et tension de la fontanelle : 19%***
- *Vomissements, crise comitiale et tension de la fontanelle : 25%*

3. L'examen clinique.

Il doit être effectué sur un enfant dénudé .Il passe tout d'abord par la reconstitution des courbes staturo-pondérales et du périmètre crânien à la recherche d'une cassure ascendante ou d'un changement de couloir. Il comprend aussi la recherche des éléments suivants :

- un bébé algique
- des troubles de la vigilance (crise comitiale, somnolence, coma)
- des troubles respiratoires avec apnées
- des vomissements
- une pâleur
- une hypotonie axiale ou hypertonie,
- un plafonnement du regard,
- une fontanelle bombante

Dans le même temps les données le caractère infligé du traumatisme peut être déterminé par les éléments de l'anamnèse [9]. En effet cette dernière permet d'évoquer un TCI devant les éléments suivants en association avec les données cliniques précédentes.

Il s'agit :

- d'un retard de recours aux soins,
- de l'absence d'explication devant l'état clinique du nourrisson. En effet l'origine traumatique n'est pas décrite dans 71.6% des cas au cours de l'interrogatoire [2].
- d'une minimisation par les accompagnants du traumatisme réel du nourrisson

Une suspicion de SBS doit conduire le professionnel à hospitaliser l'enfant en urgence afin d'infirmier ou affirmer le diagnostic [3].

4. Diagnostic.

Le diagnostic se fait à partir des données du scanner et de l'IRM cérébral mais aussi à partir du fond d'oeil et d'une radiographie squelettique qui sont confrontées aux données de l'examen clinique et de l'anamnèse. Auparavant il est nécessaire d'éliminer les diagnostics différentiels : les troubles de l'hémostase, une cause malformative, un syndrome de fragilité osseuse ainsi que des troubles métaboliques (la galactosémie par exemple).

Les recommandations de bonne pratique établies par la HAS recensent 3 critères principaux qui permettent de poser le diagnostic :

- les hémorragies intracrâniennes plurifocales (HSD ou hématome sous arachnoïdien) en situation inter-hémisphérique ou localisées au niveau de la fosse postérieure majoritairement.
- les hémorragies rétiniennes profuses.
- histoire clinique absente, fluctuante ou incompatible avec les lésions cliniques ou l'âge de l'enfant.

Ces éléments entraînent une gradation du diagnostic :

- Il est qualifié de certain ou hautement probable lorsque ces trois éléments sont retrouvés.

- Le diagnostic de traumatisme crânien infligé par secouement est probable dès lors qu'un HSD plurifocal est présent avec une histoire clinique incohérente avec l'état du nourrisson.
- Ce diagnostic peut être écarté s'il y a présence d'un HSD unifocal, avec éventuellement la présence d'une fracture ou une ecchymose en regard et une histoire clinique constante, compatible avec les lésions et avec l'âge de l'enfant

Selon les recommandations dès lors que la probabilité d'un SBS est établi, un signalement est de rigueur.

5. Diagnostics différentiels.

Ces lésions observées ne sont pas spécifiques et plusieurs autres origines sont évoquées pour expliquer le traumatisme [3] Il s'agit :

- d'une chute de faible hauteur
- des manœuvres considérées comme des jeux
- de l'accouchement
- d'une manœuvre de réanimation
- d'une hypoxie
- d'un secouement par un enfant

Le mécanisme des chutes de faible hauteur (< 1,5 m) constitue le premier mécanisme allégué pour justifier les lésions constatées chez un nourrisson. Un hématome sous dural (HSD) après chute de faible hauteur est exceptionnellement retrouvé. De plus il est en regard d'un trait de fracture majoritairement et unifocal et non plurifocal comme dans le SBS, les hémorragies rétiniennes (HR) sont rares.

Concernant les manœuvres considérées comme un jeu il n'a pas été retrouvé dans la littérature ni de cas recensé par les experts de l'audition publique de lésions comparables au SBS. Des vidéos comparant les mécanismes du jeu et du secouement montrent des mouvements différents [10]. Ceux-ci sont de faibles amplitudes et inférieurs au seuil lésionnel lors du jeu.

Des HSD peuvent survenir au cours de l'accouchement après utilisation de ventouse (40 à 70%) ou forceps (33%) notamment. Ils correspondent à des phénomènes de compression et non liés à des impacts. Le nouveau né reste asymptomatique et les HSD disparaissent en moins de 1 mois. Les mêmes observations ont été faites pour les HR après l'accouchement.

Des manœuvres de réanimation cardio-respiratoire sont parfois évoquées, au moment d'un diagnostic d'HSD, comme pouvant être à l'origine du saignement. Aucune étude ne montre l'association entre HSD et réanimation cardio-respiratoire.

Les lésions constatées à la suite de réanimation sont liées à l'étiologie qui a nécessité cette prise en charge.

« L'hypoxie n'entraîne pas d'hématome sous dural chez des enfants de plus d'un mois de vie. Une hypoxie ne provoque pas d'hémorragie rétinienne » [3]

Enfin la force d'accélération et de décélération générée par un enfant de moins de 13 ans reste bien inférieure à celle d'un adulte et n'est pas retenue comme origine du secouement [3][11]

6. Les facteurs de risque

Le facteur de risque n'est pas l'agent causal. Par définition c'est une variable statistiquement associée à une pathologie sans en être la cause.

a) Le contexte

Le contexte de survenue le plus fréquent est un secouement de l'enfant, pour le faire taire, par un adulte excédé par ses pleurs. La signification que l'adulte leur donne varie avec l'avancée du développement [12].

De plus la fréquence des pleurs évoluent dans le temps : leur fréquence augmente le premier mois de vie avec un maximum au deuxième mois, elle diminue progressivement jusqu'au quatre mois du nourrisson.

L'étude de Barr en 2006 a cherché à vérifier ce postulat avec pour but d'évaluer les courbes de répartition par âge de l'hospitalisation dans le cas de SBS et la courbe de fréquence des cris des nourrissons. Ces 2 courbes ont le même profil avec un décalage des fréquences maximum des pleurs du nourrisson à 6 semaines de vie et du SBS à 13 semaines [13]

Ces constats ont été confirmés par la suite [14] [15] Toutefois ces études comportent plusieurs biais. Elles permettent cependant de conclure à un lien entre les pleurs et le secouement.

Selon un sondage effectué par la fondation Marie Vincent en 2003, 61 % des Québécois estiment avoir tendance à perdre patience après plus de 30 minutes de pleurs de leur enfant Or un bébé en bonne santé peut pleurer 2h à 3h par jour.

Le SBS est favorisé par le sentiment d'impuissance des personnes en charge de l'enfant. L'étude en 2002 de Golberg ajoute que le manque de sommeil prolongé

peut amener certains parents à réagir violemment. Cette étude démontre aussi une méconnaissance du danger de secouement des parents où il apparaît plus acceptable de secouer un enfant que de le frapper lorsque ses cris créent deviennent difficile à gérer.

Il est estimé que 25 à 50% de la population générale n'est pas au courant des dangers du secouement.[16]

Dans une étude portant sur 26 cas, 23 parents sur 26 ont consulté leur médecin ou un spécialiste pour des cris "excessifs" ou une "irritabilité", avant l'admission pour le secouement ou le décès.[14]

b) Chez l'enfant

La moyenne d'âge est variable selon les études elle varie de 3.9 à 5 mois [14] [15]. Les enfants secoués sont plus souvent des garçons que des filles, et cette proportion varie de 56 à 66 %.

D'autre part les enfants prématurés seraient particulièrement à risque d'être secoués soit à cause du surplus de travail qu'ils occasionnent, soit parce qu'ils pleurent plus fréquemment. Les mêmes raisons sont retrouvées pour les jumeaux.

c) L'agresseur

L'auteur du secouement est la plupart du temps un homme vivant avec la mère 70% des cas (qui peut être le père de l'enfant ou le compagnon de la mère). Les autres personnes gardant l'enfant sont en cause dans environ 1 cas sur 5.

Tous les milieux socio-économiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés, Cependant une histoire de consommation d'alcool, de drogue ou de violence familiale est un facteur de risque. De plus les auteurs du secouement méconnaissent les besoins ou les comportements normaux de leur enfant [3]

Il est important de souligner qu'un syndrome du bébé secoué peut survenir dans les familles qui ne présentent aucun facteur de risque cité précédemment

7. Le pronostic.

Le degré de lésions et le pronostic dépendent de la force utilisée et de la taille de l'enfant .

A court terme, les lésions cérébrales peuvent être délétères : 10% à 40% des bébés meurent à la suite d'un secouement

Dans la population de Barlow [17] admis dans un hôpital en Ecosse entre janvier 1997 et juillet 1999, avec un diagnostic de TCI : 68 % des enfants qui survivent initialement ont des séquelles liées au secouement telles que :

- une paralysie
- une cécité
- des crises d'épilepsie
- des troubles d'alimentation
- des troubles du sommeil.

En conséquences 40% d'entre eux sont restés dépendants d'une aide médicale.

Le secouement chez le nourrisson peut être à l'origine d'une destruction d'une partie du stock neuronal.

Ainsi l'enfant qui ne semble présenter aucune séquelle pourra révéler à l'âge scolaire des difficultés de mémorisation, de concentration, d'apprentissage et d'inhibition verbale [18].

Au final 20 à 25% des enfants présenteront des retards de développement à long terme.

II. La législation.

Le secouement constitue toujours une infraction pénale. C'est un geste volontaire qui génère un traumatisme crânien non accidentel.

1. Les droits de l'enfant secoué.

Le bébé secoué a le droit d'être reconnu et traité comme une victime d'une infraction pénale [19].

Il doit faire l'objet d'un signalement auprès du Procureur de la République, d'une enquête de police (recherche de la vérité) et de l'ouverture d'une procédure judiciaire.

Il a le droit d'être représenté et d'être assisté par un défenseur.

Il a aussi le droit à une indemnisation.

2. Les peines encourues.

Les peines encourues par les parents ou les personnes ayant autorité varient en fonction des conséquences du geste. Il s'agit soit d'un délit soit d'un crime et l'auteur encourt de 5 ans de prison à la réclusion criminelle à perpétuité.

Les peines principales encourues en cas de :

- meurtre (volonté de tuer l'enfant) : réclusion criminelle à perpétuité.
- violence volontaire ayant entraîné la mort sans intention de la donner : 20 ans de prison
- violence volontaire ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente : 20 ans de prison
- violence volontaire ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) de plus de 8 jours : 10 ans, de moins de 8 jours : 5 ans

Pour un bébé est considérée comme ITT la période d'hospitalisation et la période durant laquelle celui-ci n'a pas eu une activité conforme à celle qui pouvait être attendue pour son âge.

3. Le signalement

Dès que le diagnostic de secouement est probable un signalement au Procureur s'impose, c'est à dire lorsque sont retrouvés un hématome sous dural même sans aucune autre lésion et une histoire fluctuante ou incompatible avec les lésions ou l'âge de l'enfant.

Le signalement ne doit pas désigner l'auteur, c'est l'enquête qui le détermine ensuite. Ce signalement est nécessaire pour que l'enfant bénéficie d'une protection judiciaire, d'une enquête pénale et d'une indemnisation [20].

Le signalement enclenche une double procédure (annexe V) :

- une procédure civile avec délivrance d'une ordonnance de placement provisoire afin de protéger l'enfant.
- une procédure pénale avec le déclenchement d'une enquête pénale en vue de rechercher les auteurs.

Pour le médecin l'article 44 du code de déontologie médicale impose d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives en cas de sévices ou privation sur un mineur de moins de 15 ans, sinon il s'expose aux sanctions de l'article 223-6 du code pénal.

Concernant la profession de sage femme et selon l'article R4127-316 du CSP : « lorsque la sage femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou que son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les procédures les plus adéquates pour le protéger »

Il est à noter qu'il n'y a aucun risque pour les professionnels à signaler aux autorités compétentes même si ce signalement est infondé.

4. L'évolution depuis la réforme de la protection de l'enfance.

Depuis le 5 mars 2007 la loi a aménagé le secret professionnel pour autoriser le partage d'informations entre professionnels dans le cadre de la protection de l'enfant[20].

On utilise les termes d'information préoccupante et de signalement :

- Information préoccupante

C'est une transmission de tout élément d'information y compris médical laissant craindre qu'un enfant est dans une situation de danger, comme par exemple en cas de diagnostic possible de bébé secoué.

Elle peut être engagée par tout un chacun et permet l'ouverture d'une procédure administrative.

Elle est adressée par écrit à la cellule de recueil des informations préoccupantes qui transmet au service d'Aide Sociale à l'Enfance. Il est décidé notamment d'un suivi médico-social, de mesures de protection administrative et/ou d'une transmission de l'affaire au Parquet.

- Le signalement

Celui-ci est un acte professionnel écrit présentant après évaluation la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire. Il est réservé à la saisine du Procureur de la République. C'est une forme de prévention des récidives.

Le professionnel de santé n'est pas qualifié pour déterminer l'auteur des faits. Dans le cadre du bébé secoué il peut exister un conflit d'intérêt entre les parents et l'enfant. A ce titre un administrateur ad hoc est nommé afin de protéger les intérêts de ce dernier notamment concernant l'indemnisation du préjudice.

5. Les recommandations de la HAS

La HAS recommande depuis mai 2011 des conduites à tenir différentes selon la graduation du diagnostic. Lorsque celui-ci est possible l'IP est privilégiée, dans le cas où il est probable ou avéré c'est le signalement qui est retenu. De même elle recommande une décision collégiale avant d'entamer une procédure. Cette distinction est adaptée au secteur hospitalier. Enfin elle préconise en outre la création d'un protocole à ce sujet dans chaque établissement.

III. La Prévention

Les pleurs du bébé constituent le facteur déclenchant principal du SBS. Mais le degré de tolérance de l'adulte aux pleurs est très variable. Il est important d'informer l'adulte qu'on peut être excédé par les pleurs d'un bébé au point d'avoir envie de le secouer mais que secouer peut tuer ou handicaper à vie. De ce fait la prévention sur le syndrome du bébé secoué se révèle essentielle

1. La prévention à l'étranger

Le premier programme de prévention sur le SBS a débuté aux Etats Unis dans l'état de l'Ohio en 1990 nommé « don't shake a baby ». Une infirmière informait les parents à la naissance sur les pleurs du nourrisson et les stratégies pour y faire face.

Parallèlement une étude est réalisée dans six hôpitaux afin d'évaluer les connaissances et l'utilité des informations reçues en post natal. Un total de 15.708 parents de nouveaux nés a été inclus à l'étude sur une période d'un an. Le taux de réponse était de 21% correspondant à 3293 participants.

L'information a été jugée utile pour 75% d'entre eux et 49% des répondants affirme être moins enclin à secouer un bébé après informations. Au final 9 répondants sur 10 pensent que l'information devrait être systématique à la naissance.[21] Ce programme a été repris dans 18 villes de 13 états.

Dans la suite de l'étude de Showers, le programme Shaken Baby Syndrome Education Program a été initié dans les états de New York, de Pennsylvanie et du New Jersey.[22]

Les objectifs étaient d'informer tous les parents des nouveaux nés pour leur remettre l'information sur le SBS et de réduire son incidence de 50%. Les deux parents devaient signer un consentement contenant un questionnaire et ils étaient informés sur les dangers du secouement et les manières de réagir devant des pleurs avant la sortie de la maternité. Ils étaient recontactés après 7 mois.

Conjointement les cas de SBS ont été recensés. Sur les deux premières années la moyenne annuelle du SBS dans l'état New York (région western new york) a chuté de 6.5 à 2.5. Après 6ans (1997 2002) de la mise en place du programme l'incidence chuté de 47% en Pennsylvanie.

Dès 2004 le « National Center of Shaken Baby Syndrome » crée un programme appelé « Purple Crying » visant à permettre aux parents de comprendre la normalité des pleurs du nourrisson et le danger du secouement

Chaque lettre de l'acronyme PURPLE est utilisée pour décrire les caractéristiques des pleurs d'un nourrisson pendant la phase de « pleurs excessifs » qui commence autour de deux semaines d'âge, qui atteint son maximum vers deux mois. Un site internet lui est consacré et met en avant l'information des pères. (annexe I)

Une étude conduite par Barr de 2004 à 2009 a évalué l'efficacité de ce programme de prévention. Il a intégré 1500 mamans réparties en groupe contrôle et groupe ayant reçu l'information de prévention. Elle démontre une amélioration des connaissances du groupe « Purple Crying » (69,5% vs 63,3%). [5]

Au Québec, à l'hôpital Sainte Justine, les équipes ont empruntées le même processus d'information et d'évaluation. Ils y ont ajouté la démarche consistant à mettre en évidence la succession d'émotions dont de colère qu'éprouvent les parents. Basé sur une technique de coping elle permet aux parents de prendre du recul et de s'éloigner d'un bébé dont on ne supporte plus les pleurs avant de passer à un geste de violence.[23]

Ainsi l'hôpital à partir de 2002 met en place un programme en plusieurs phases (PPPSBS) dont une en post-partum qui informe dans un premier temps les deux parents sur les pleurs, les étapes émotionnelles conduisant au secouement (voir thermomètre de la colère) et le danger encouru. Par la suite une vidéo leur est montrée.

Enfin cette phase se termine par une discussion avec l'infirmière où les parents sont invités à décrire les ressources qu'ils doivent développer pour faire face aux pleurs à la maison[16].

2. La prévention en France,

En France, peu de préventions de dimension nationale ont été réalisées.

La première étude en date a été évaluée au CHU de Bordeaux en 2001 où 500 questionnaires ont été distribués et accompagnés d'une plaquette d'information dans le cadre du suivi de grossesse entre septembre et novembre 2001[24]

Parmi cette population 71% des personnes avaient déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué, 72% ne connaissaient pas ses conséquences. Cette étude fait aussi apparaître que 27% des futurs parents imaginaient pouvoir secouer leur bébé en cas de pleurs. De plus pour 80 % d'entre eux, la plaquette correspondrait au meilleur support d'information. Ils préféreraient être informés pendant la grossesse et par un pédiatre.

Cette étude a abouti à partir de 2004 à la communication d'une information de prévention (avec un support écrit) destinée aux parents et intitulée « votre bébé est fragile, bercez le, ne le secouez pas. »

De plus une prévention plus large a été organisée cette même année par le Conseil Général de la Gironde en intégrant ce message sur le carnet de santé.

Une autre étude a évalué la connaissance des parents concernant la maltraitance, le syndrome du bébé secoué et les soins du nouveau né.

Cette enquête a eu lieu en 2003 portant sur 203 femmes ayant accouchées dans les maternités de Paris et dirigée par le service Necker Enfants Malades. 39% ne connaissaient pas ce syndrome.

Les résultats mettaient en évidence une mauvaise appréciation de la dangerosité de certains traumatismes : 89% d'entre elles estimaient une chute de table à langer plus grave que le secouement, uniquement 54% des personnes appelaient les secours en cas de malaise grave du nourrisson. . [2]

Par la suite plusieurs brochures et affiches ont été distribuées en Ile de France .

Parmi celles-ci , une a été conçue lors de la campagne de prévention initiée par le Centre de Ressources Francilien du Traumatisme Crânien appelée « Il ne faut jamais secouer un bébé. Secouer peut tuer ou handicaper à vie. » (annexe III)

Cette prévention s'est propagée à l'échelle nationale par une campagne de sensibilisation en 2005 et a franchi les frontières suisses et belges. A l'issue de la campagne (annexe II) une baisse de l'incidence du syndrome a été observée à l'Hôpital Necker à Paris en 2006.

En 2006 l'information a été intégrée au carnet de santé sur le plan national.

En 2009 une audition publique a été organisée afin d'organiser des formations pour les professionnels de santé. Elle a été organisée par la Société Française de Médecine physique et de Réadaptation. Les conclusions du congrès ont été validées en 2011 par le rapport d'orientation de la HAS.

Plus récemment (2011), une étude effectuée dans le Val de Marne dans les hôpitaux de Saint Maurice corroborée par l'étude de 2004 « Purple Crying » confirme que l'information donnée à la naissance permet une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des pleurs du bébé et du problème du bébé secoué [25]

Ces données significatives ont été obtenues à partir de 2 questionnaires pré information et post information en maternité les premiers jours après accouchement.

IV. Le rôle des sages femmes.

L'exercice de la profession de sage femme comporte « la pratique des actes nécessaires au diagnostic à la surveillance de la grossesse à la PNP ainsi qu'à la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » selon l'article L4151-1 du CSP.

En outre l'accompagnement par la sage femme comporte des actions de prévention et d'éducation pour la santé ce qui fait d'elle un interlocuteur privilégié dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

La sage femme est habilitée à effectuer la visite postnatale lorsque la grossesse et l'accouchement ont été eutociques, elle permet une surveillance médicale de la mère et de l'enfant. Elle est aussi compétente concernant le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau né. (Article R4127-318 du CSP).

De plus jusqu'à cette visite la sage femme peut être amenée à prodiguer des soins aux nouveaux nés avec un examen clinique, une prescription médicale et/ou examens complémentaires dans le cadre des examens médicaux intercurrents [26].

Ceux-ci sont réalisés à la demande de la femme, pour l'évaluation d'un besoin supplémentaire ou lors de la survenue d'un événement non prévisible

Enfin le rôle de la sage femme peut se poursuivre sur la durée de l'allaitement et elle est autorisée à suivre l'évolution staturo-pondérale du nourrisson.

A contrario la sage femme ne peut prétendre à réaliser les examens obligatoires définis par l'article R.2132-1 du code de la santé publique qui sont le fait du médecin.

De ce fait la sage femme a un rôle majoritairement préventif dans le cadre de ce syndrome du bébé secoué mais c'est aussi une personne ressource en cas de signes d'appel d'une éventuelle maltraitance.

En conclusion la sage femme intervient de façon autonome dans les 8 premières semaines de vie du nourrisson au cours desquelles elle peut réaliser les examens cliniques et demander les examens complémentaires jusqu'au relais des pédiatres.

MATERIEL ET METHODES

I. Les objectifs de l'étude.

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne concernant le syndrome du bébé secoué.

Les objectifs secondaires étaient :

- connaître quelles sages femmes effectuent la prévention du SBS.
- évaluer quels sont les obstacles à la prévention selon les sages femmes.
- déterminer quels outils de prévention elles souhaiteraient utiliser.

II. Le type d'étude.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

III. Matériel.

1. Les critères d'inclusion.

- les sages-femmes exerçant en Auvergne.
- les sages-femmes hospitalières du secteur public et privé.
- les sages-femmes libérales
- les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile.

2. Les critères d'exclusion

Nous avons exclu les sages femmes exerçant uniquement en salle de naissances car c'est un service d'urgences où le temps nécessaire à la prévention est insuffisant.

3. Les règles éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Le consentement des sages-femmes cadres des maternités a été recueilli oralement par écrit après présentation du sujet et des méthodes de l'étude. L'anonymat des sages femmes ayant participé a été préservé.

IV. Méthodes.

1. Les critères de jugement.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses justes aux questions de connaissances.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- le taux de prévention du SBS selon le mode d'exercice.
- le score moyen de difficultés établi pour chaque thème relatif au SBS et selon le mode d'exercice.
- le pourcentage évaluant l'utilité de chaque outil de prévention.

2. Outil et méthode d'intervention.

a. Outil.

Notre étude a été effectuée à partir d'un questionnaire distribué aux sages femmes.

Il comprenait trois parties.

La première permettait de recueillir des renseignements généraux sur notre population. La seconde partie évaluait les connaissances des sages-femmes sur le syndrome du bébé secoué. Enfin la dernière partie était axée sur la délivrance d'une information de prévention par les sages femmes.

Ce questionnaire était composé de 30 questions dont 3 questions ouvertes.

b. Méthode de réalisation de l'étude.

Au total 294 questionnaires ont été envoyés. Un établissement n'a pas participé à l'étude.

Ainsi 274 questionnaires ont été distribués dans les services concernés. Chacun était accompagné d'une lettre présentant l'étude.

Les questionnaires destinés aux sages-femmes hospitalières ont été remis en main propre ou ont été envoyés par courrier aux sages-femmes cadres des maternités d'Auvergne qui ont ensuite assuré la distribution. Les questionnaires ont été envoyés par courrier pour interroger les sages femmes de PMI et les sages femmes libérales.

Afin de faciliter le retour des questionnaires des sages-femmes hospitalières, des pochettes réponses étaient à leur disposition au sein des différents services. Une enveloppe réponse affranchie était jointe au questionnaire.

La distribution a débuté le 26 décembre 2011 et les derniers questionnaires ont été récupérés le 5 février 2012.

V. ANALYSE STATISTIQUE.

Les données récoltées ont été saisies et analysées à partir du logiciel Microsoft Excel 2007.

La comparaison entre deux paramètres qualitatifs a été réalisée via le test du Chi2 lorsque les effectifs du tableau de contingence étaient supérieurs à 5 ou le test exact de Fisher le cas échéant.

Nous avons retenu une valeur de p inférieure ou égale à 0,05 comme valeur significative sur le plan statistique.

RESULTATS

I. Les données générales.

1. Le taux de participation à l'étude.

272 questionnaires ont été **distribués** :

- 212 aux sages-femmes (SF) hospitalières publiques.
- 47 aux SF libérales.
- 13 aux SF de PMI.

162 questionnaires ont été **récupérés** :

- 121 réponses des SF hospitalières publiques.
- 33 réponses des SF libérales.
- 8 réponses des SF de PMI.

Le **taux de réponse** était de **59.6%** pour l'ensemble de la population.

Avec 57.1% pour les sages femmes hospitalières, 70.2 % des sages femmes libérales et 61.5% des sages femmes de PMI

2. Les caractéristiques de la population.

1. Le département d'exercice.

Sur les 162 sages femmes ayant répondu, on compte:

- 87 sages femmes du Puy de Dôme
- 40 sages femmes de l'Allier
- 17 sages femmes de la Haute Loire
- 18 Sages Femmes du Cantal

2. L'année moyenne d'obtention du Diplôme d'Etat (DE).

Les sages femmes de l'étude étaient diplômées en moyenne depuis 14 ans.
L'année moyenne d'obtention du diplôme est 1998.

Les sages femmes hospitalières avaient obtenu le DE depuis 12 ans en moyennes

Les sages femmes libérales et de PMI étaient en moyenne les plus anciennement diplômées. Les sages femmes libérales étaient diplômées en moyenne depuis 21 ans et les sages femmes de PMI depuis 25ans.

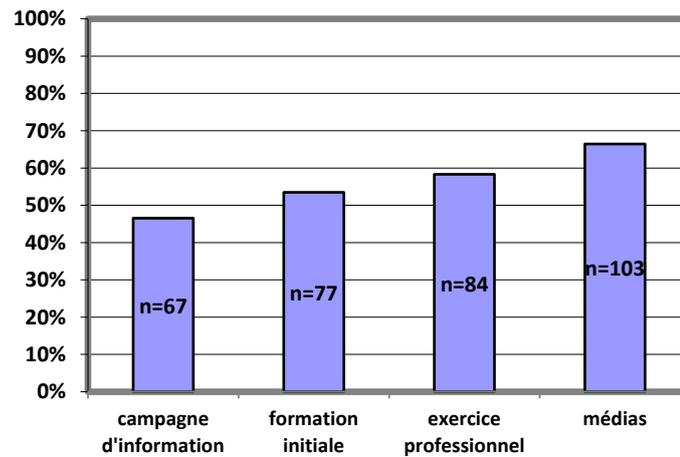
3. Le pourcentage de sages femmes, mères de famille.

Parmi les sages femmes interrogées 66.7% ont des enfants n=108

4. Les sources d'information sur le syndrome.

Parmi la population 95.1% (n=154) des sages femmes ont déjà reçu une information sur le SBS.

Les sources d'information sur le syndrome.



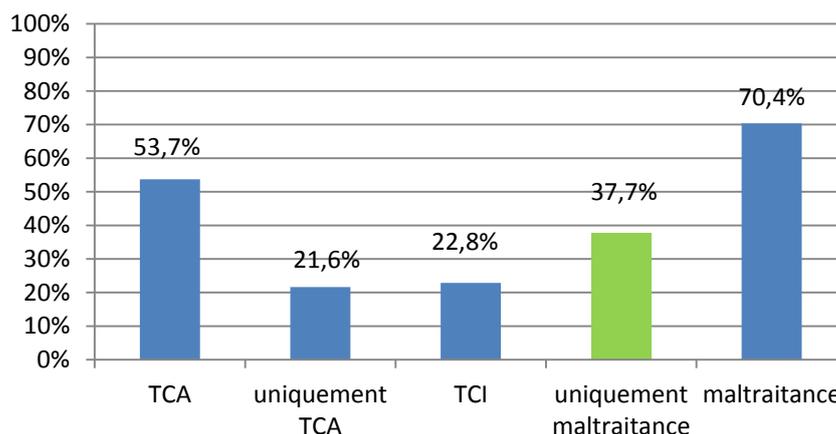
Parmi les réponses proposées, les sources d'information les plus souvent citées sont les médias n=103 (63.5% cités) et n= 84 et l'exercice professionnel. (51.9%).

77 sages femmes ont reçu une formation initiale sur le syndrome et 67 d'entre elles disent avoir été informé par une campagne d'information.

II. Les connaissances des sages femmes.

1. La définition du syndrome du bébé secoué.

La définition du SBS.



Le SBS peut se définir comme une maltraitance pour 70,4% des sages femmes. 37,7% des sages femmes (n=61) ont défini de façon adéquate le SBS par cette unique réponse.

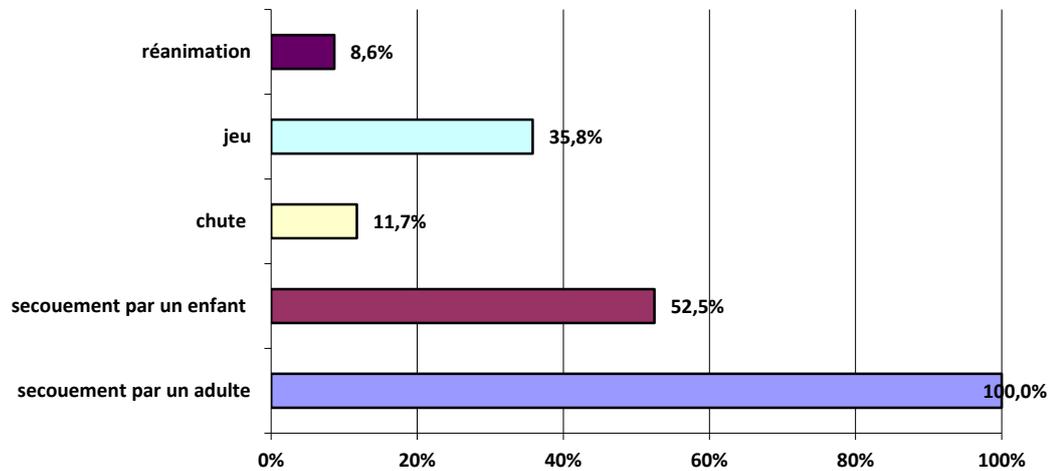
Pour 21,6% des SF (n=35) le SBS est considéré uniquement comme un traumatisme crânien accidentel. Le TCA est cité par 53,7% des sages femmes.

Le traumatisme crânien infligé est cité par 22,8% des sages femmes. Pour 27,8% des sages femmes (n=45) le SBS peut être à la fois une maltraitance et un traumatisme crânien.

D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence significative entre le taux de bonne réponse et le mode d'exercice (p=0.69).

2. Les circonstances de survenue du SBS.

Les origines du SBS selon les sages femmes.



Toutes les sages femmes reconnaissent la circonstance d'un secouement par un adulte dans l'origine du SBS. 39.5% des SF ont bien répondu en ne cochant que cet item.

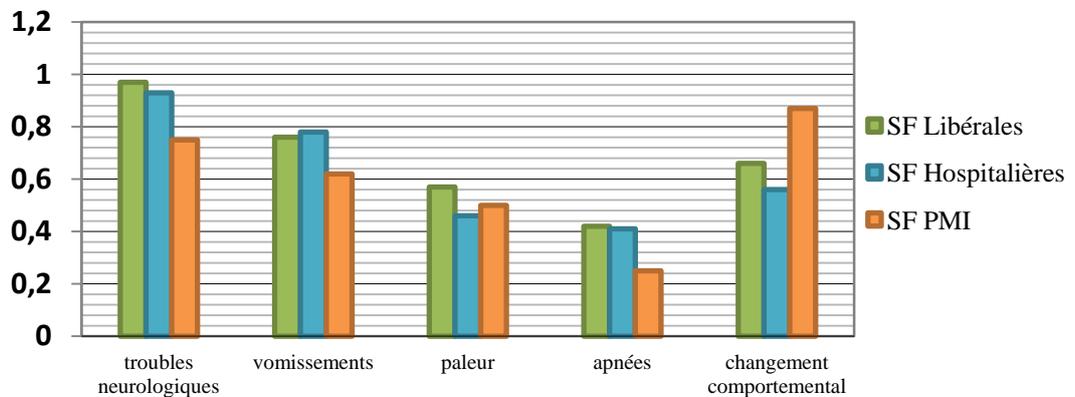
Les autres sages femmes attribuent aussi le syndrome à d'autre(s) origine(s) : Le secouement par une enfant est cité par 88 sages femmes, le jeu par 55 sages femmes. La réanimation et les chutes représentent 20.3% des réponses.

Les sages femmes de PMI ont le score le plus élevé. 75% d'entre elles connaissent le mode de survenue contre 42.4% des SF lib et 36.4 % des SF hospitalières.

D'après le test de Fisher il existe cette tendance est significative ($p= 0.09$).

3. La connaissance des symptômes.

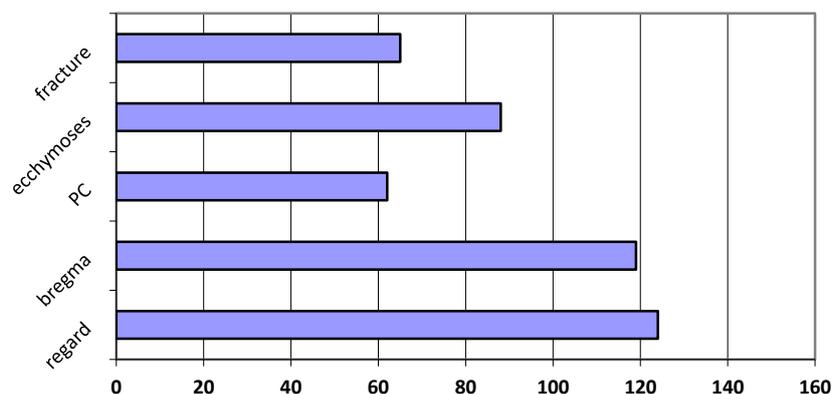
Les symptômes du SBS selon les sages femmes.



Parmi les sages femmes les éléments cliniques comme pâleur et apnées sont cités dans 72% et 66% des cas l'association des troubles neurologiques et des vomissements sont cités dans 40% des cas. Les sages femmes hospitalières ont le taux de bonne réponse le plus élevé ($p=0.03$).

4. La recherche des signes cliniques.

Les signes cliniques.

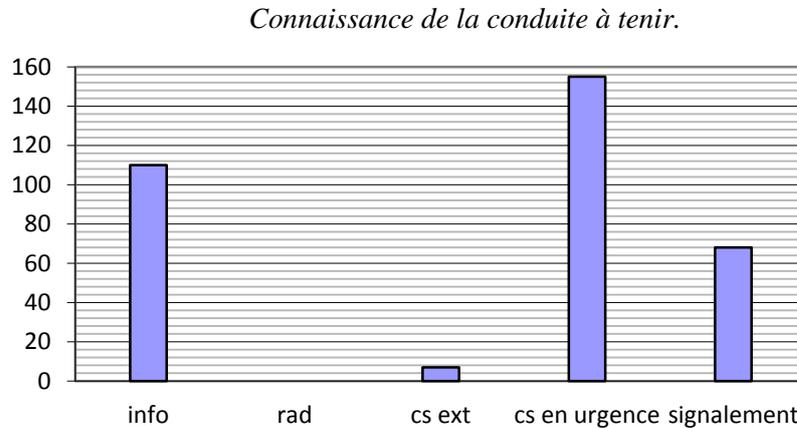


Seuls 20.4% des sages femmes recherchent l'ensemble de ces signes cliniques à l'examen en cas de suspicion de secouement

Les éléments les plus cités sont le plafonnement du regard et la tension de la fontanelle bregma ; la recherche du périmètre crânien est la donnée la moins fréquemment citée. La connaissance de cet item n'est pas liée au mode d'exercice ($p=0.47$).

5. Intervention des sages femmes.

✓ Connaissance de la conduite à tenir devant une suspicion de secouement.



Il apparaît que 30,2% des sages femmes ont donné une conduite à tenir correcte. 71,6% des sages femmes donnent une information aux parents sur l'état de l'enfant.

Le retour à domicile n'est jamais cité. 8 sages femmes orientent l'enfant vers une consultation externe en pédiatrie. 156 sur 162 sages femmes hospitalisent l'enfant en urgence. Sur l'ensemble de la population 64 sages femmes effectuent un signalement.

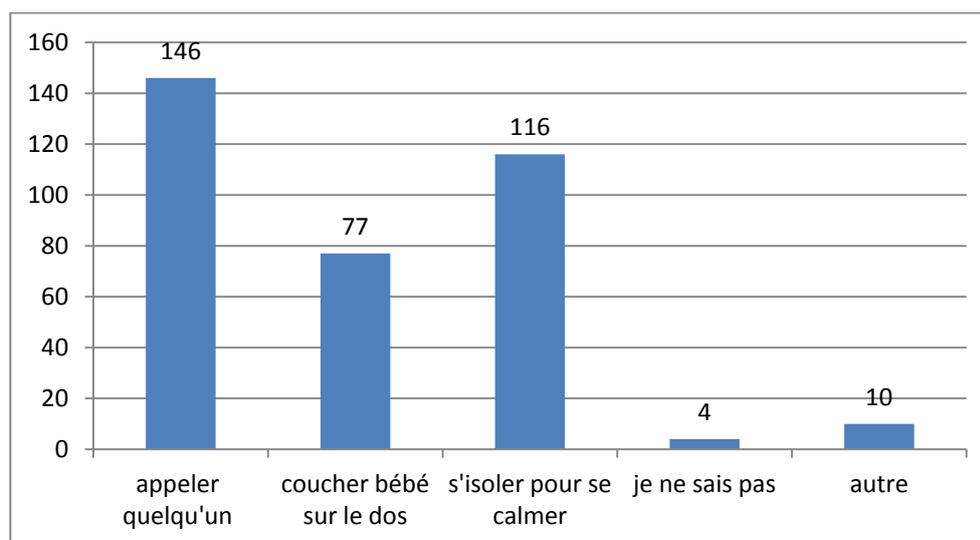
Parmi les sages femmes qui considèrent le SBS comme une maltraitance (n=114) 48% d'entre elles effectuent un signalement lorsqu'elles suspectent ce diagnostic. (39% des SF libérales, 37% des sages femmes de PMI 43% des SF Hospitalières)

✓ **Connaissance des conseils à donner aux parents.**

87.1% des sages femmes pensent qu'il est naturel d'être exaspéré par les pleurs de son nourrisson

Il était demandé aux sages femmes ce qu'elle conseilleraient à une mère de faire dans l'immédiat lorsqu'elle ne supporte plus les pleurs de son bébé.

Connaissance des conseils à donner aux parents.



37% des sages femmes (n=60) ont répondu les trois items.

Il n'y a pas de différence significative entre connaissance et mode d'exercice.

Il existe une valeur significative pour les sages femmes mères de famille $p=0.04$

5. Connaissance du contexte.

✓ **L'élément déclencheur.**

149 SF ont répondu à la question

Parmi elles 55% ont identifié les pleurs du nourrisson comme l'élément déclencheur principal du secouement. (n=82). Pour 14.8% d'entre elles l'énerverment seul amène à secouer un bébé. La fatigue est citée par 20 sages femmes.

✓ **Les facteurs de risque.**

Chez l'enfant.

	sages femmes identifiant l'item comme un facteur de risque (n total=159)
Sexe masculin	30 (18.5%)
Premier enfant	88 (55.3%)
Prématurité	62 (39%)
Grossesse multiple	64 (40%)
Nourrisson de moins de 6 mois	123 (77.4%)

Tous les facteurs cités sont des facteurs de vulnérabilité. Les facteurs : premier enfant et nourrisson de moins de six mois sont reconnus par au moins la moitié de la population étudiée.

Chez l'adulte.

	sages femmes identifiant l'item comme un facteur de risque (n total=159)
1. Méconnaissance des comportements de l'enfant	107 (67.3%)
2. Le niveau d'étude des parents	32 (20.1%)
3. Isolement familial	114 (71.7%)
4. Reprise du travail	79 (49.7%)
5. Conduite addictive des parents	115 (72.3%)

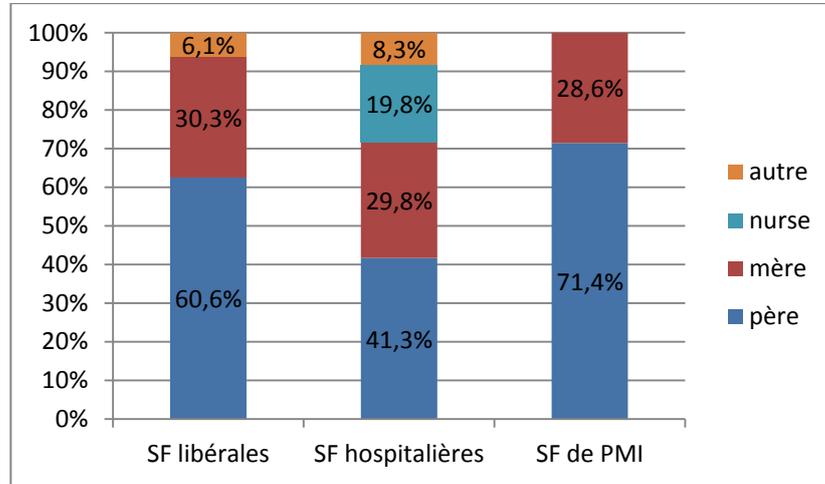
Les facteurs de risque chez l'adulte 1 3 et 5 sont reconnus en moyenne par 69.1% des sages femmes.

Le niveau d'étude des parents et la reprise du travail (ils n'interviennent pas dans la survenue du syndrome en l'état actuel des connaissances) sont cités respectivement par 20.1% et 49.7% des sages femmes

Le score moyen global pour ces deux items est de 5.2/8 avec un écart type de 1.2. Il n'y a pas de tendance significative selon le mode d'exercice.

✓ **L'agresseur.**

Le type d'agresseur selon les sages femmes.

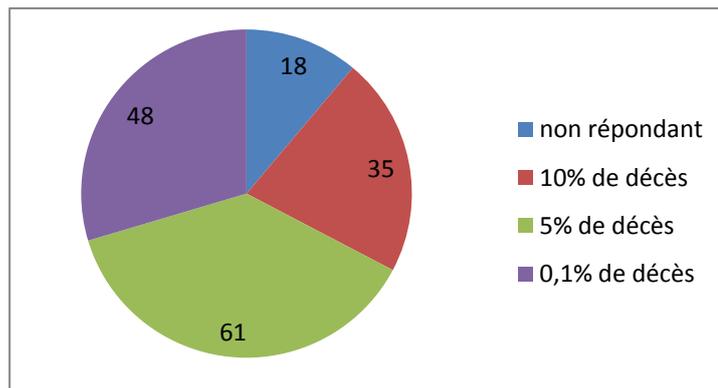


Il apparaît que sages femmes hospitalières pensent que l'agresseur est majoritairement le père dans 41.3% des cas contre 60.3% des sages femmes libérales et 71.4% des sages femmes de PMI.

D'après le test de Fisher cette différence est statistiquement significative $p=0.05$ selon le mode d'exercice.

6. Evaluation de la gravité du syndrome.

Connaissance du taux de mortalité après un secouement.



Parmi les 144 réponses 23% des sages femmes (n=35) évaluent le taux de mortalité à 10%.

7. Score total.

Un score total des connaissances a été effectué et comparé aux différentes caractéristiques de la population.

Ce score est établi sur l'ensemble des items de connaissances précédents et noté sur 28 points. Ce score est comparé aux données des renseignements généraux.

- Selon le mode d'exercice :

Il est retrouvé un score moyen de 18.8 pour les sages femmes libérales, 18.5 pour les sages femmes hospitalières et 18,6 pour les sages femmes de PMI. Il n'y pas de différence statistiquement significative selon ce paramètre. $p=0.82$

- Selon l'année du diplôme

Les sages femmes diplômées avant 2005 date a laquelle la prévention du syndrome du bébé secoué a été diffusé plus largement au niveau national ont un score moyen de 18.6 contre un score moyen de 18.2 pour les sages femmes diplômées après 2005. Il n'existe pas de différence statistiquement significative. ($p=0.86$)

- Selon le département :

Il n'existe pas de différence significative entre les départements d'exercice. ($p=0.70$)

- Selon la maternité

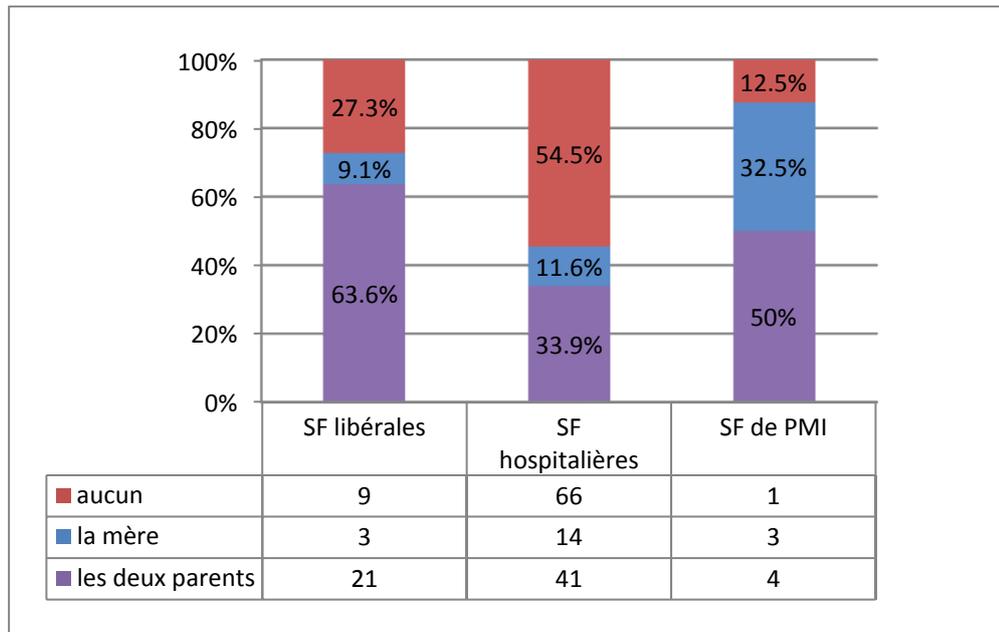
Les sages femmes mères de famille $n=108$ ont un score moyen plus élevé de 18.8 contre 17.8 des sages femmes sans enfant. Il existe une tendance significative d'après le test du X^2 ($p=0.08$)

III. La prévention par les sages femmes.

1. Le taux de prévention.

98.8% des sages femmes affirment que cette prévention devrait être systématique auprès des parents.

Le taux de prévention du SBS selon le mode d'exercice.



D'après le test de Fisher il existe une différence statistiquement significative entre la délivrance d'une information de prévention et le mode d'exercice. $p=0.004$.

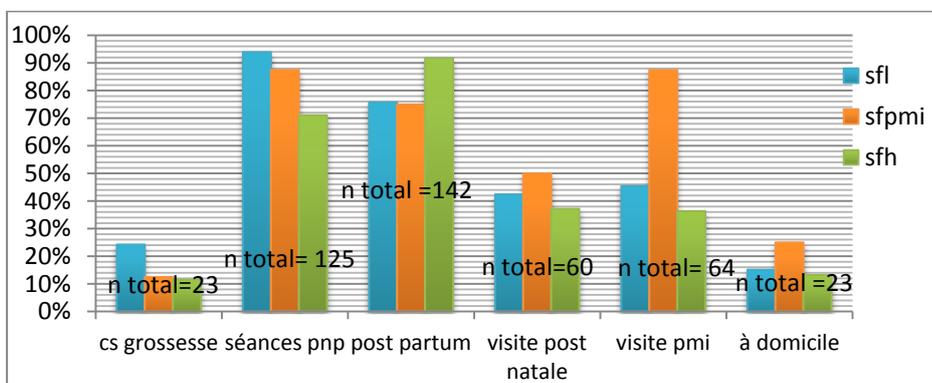
En effet 72.7% des sages femmes libérales et 87.5% des sages femmes de PMI contre 45.5% des sages femmes hospitalières affirment donner une information de prévention sur le SBS.

De plus l'information est délivrée aux deux parents par 33.9% des sages femmes hospitalières contre 63.6 % des sages femmes libérales. Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre l'intégration du père à la prévention du SBS et une meilleure connaissance du type d'agresseur. $p=0.875$

2. Le point de vue des sages femmes concernant la prévention du SBS

a. A quel moment ?

Les occasions adaptées à la prévention du syndrome du bébé secoué selon les sages femmes



Trois occasions sont les plus citées pour la prévention du syndrome selon les sages femmes : la maternité en post partum est citée par 142 sages femmes dont 92% des sages femmes hospitalières. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont évoquées par 125 sages femmes majoritairement par les sages femmes libérales (94%) et la visite pmi (n total=64) nommée par 87.5% des sages femmes de PMI (n=7)

b. Quel support d'information ?

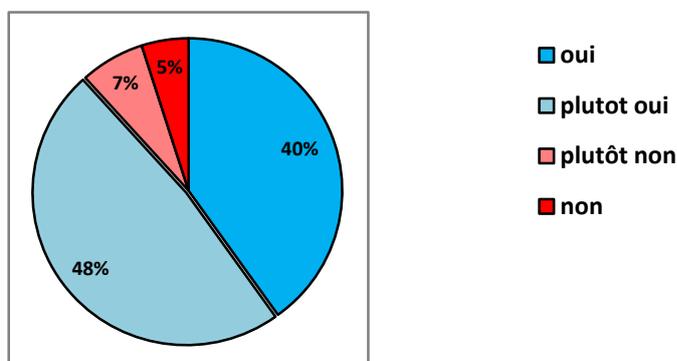
94% des sages femmes interrogées sont demandeuses d'un support pour faciliter la délivrance de l'information. Parmi celles-ci (n=152)

: 81% souhaite un dépliant 23% un support vidéo 65% une affiche dans le service

c. Utilité du thermomètre de la colère

La question 21 du questionnaire présente ce dépliant destiné aux patientes.

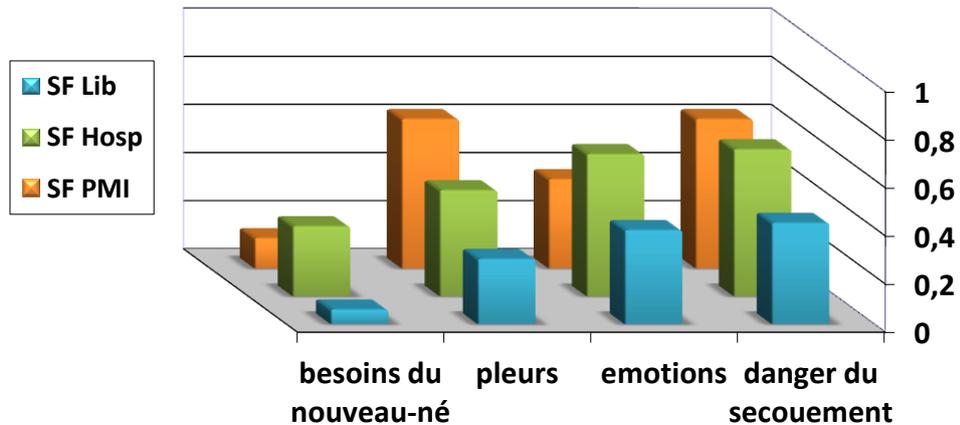
Utilité du modèle présenté



88% des sages femmes estiment que le modèle proposé serait utile à la prévention du SBS.

3. Les obstacles à la prévention

La difficulté des sages femmes de traiter du SBS



Les difficultés à aborder le SBS ont été étudiées à partir des thèmes suivants :

- les besoins du nouveau né,
- les pleurs du nouveau né,
- les émotions des parents qui précèdent le secouement,
- les dangers du secouement.

Pour ce faire les sages femmes devaient coter le degré de difficulté correspondant à une échelle de 0 (pas du tout) à 3 (toujours) pour chaque item précédent. Nous avons comparés les moyennes obtenues pour chaque thème et selon le mode d'exercice.

63.2% des sages femmes (n=96) affirment avoir des difficultés pour aborder aux moins un des sujets. Elles sont réparties de la façon suivante : 40.2% des SF libérales (n=14) 65.3% des SF hospitalières (n=79) et 50% des SF PMI (n=4).

Il n'existe pas de différence significative en terme de connaissance entre ces sages femmes et celles qui n'ont aucune difficulté à aborder les sujets relatifs au SBS (p=0.87).

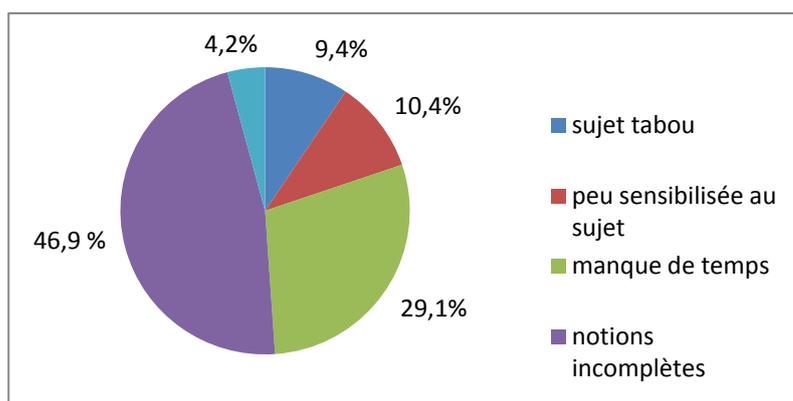
Pour le thème des besoins du nouveau né les sages femmes hospitalières estiment avoir le plus de difficultés avec une moyenne de 0.29/3. (p=0.04)

Concernant les pleurs, les sages femmes de PMI ont une moyenne de 0.62 contre 0.44 et 0.27 pour les sages femmes hospitalières et libérales. (p=0.19)

Les sages femmes hospitalières ont une moyenne à 0.59 contre 0.39 pour les sages femmes libérales et 0.37 pour les sages femmes de PMI concernant le thème du ressenti des parents devant les pleurs du nourrisson. (p=0.04)

Il n'y a pas de différence significative concernant les difficultés à aborder les dangers du secouement selon le mode d'exercice. (p=0.22)

Les origines des difficultés rencontrées.

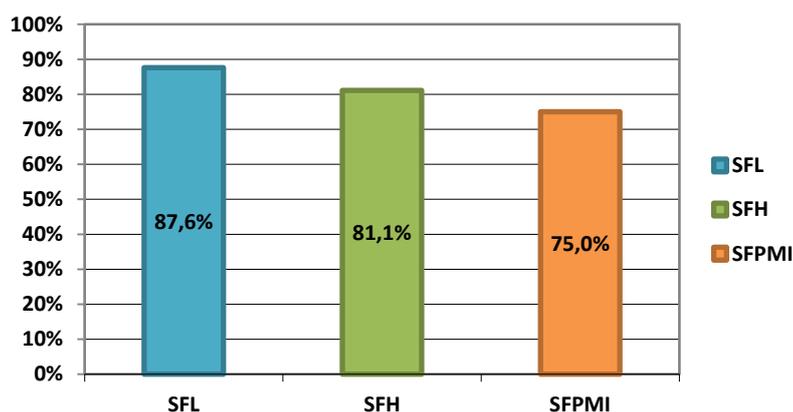


Les 96 sages femmes concernées attribuent ces difficultés en majorité à un manque de connaissances dans 46.9% et à un manque de temps dans 29.1% des cas. 10.4% d'entre elles estiment être peu sensibilisées au sujet. Enfin 9.4% des sages femmes ont des craintes à aborder le sujet avec les parents.

Parmi les 28 sages femmes ayant répondu un manque de temps on retrouve 23 sages femmes hospitalières, 4 sages femmes libérales et 1 sage femme de PMI.

4. Le besoin d'une formation complémentaire.

Souhait d'une formation complémentaire sur le sujet



Au total 82.1% n=133 des sages femmes de l'étude aimeraient avoir une formation complémentaire sur le SBS. Représente 75% des sages femmes de PMI ET 87.6% des SF libérales.

DISCUSSION

I. Les forces et les faiblesses de l'étude.

1. Les forces

Le syndrome du bébé secoué est resté longtemps méconnu du grand public et sa fréquence est sous estimée. De plus elle touche les enfants de moins de six mois majoritairement, sa prévention est essentielle pour diminuer son incidence, celle ci est au cœur de la profession de sage femme, et notamment dans le renforcement du lien mère enfant.

C'est d'autre part un sujet d'actualité. A ce titre de nouvelles recommandations ont été éditées en 2011 suite au congrès français du CFTRC de 2009 qui a redéfini de façon claire le SBS, son origine et sa prise en charge.

2. Les faiblesses

Nous n'avons pas eu le même taux de réponses selon le mode d'exercice des sages femmes ce qui a engendré une surreprésentation d'une catégorie par rapport à une autre.

Le mode de distribution a été différent entre les sages femmes hospitalières et les sages femmes libérales et de PMI pour des raisons pratiques ce qui a pu influencer le taux de réponses.

De plus on peut penser que les sages femmes ayant répondu à l'étude sur ce thème se sont senties davantage concernées en ayant le plus de connaissances.

II. Les données générales

1. Le taux de réponses

Nous avons eu un taux de réponses de 59.6% pour l'ensemble des sages femmes Ce taux de réponses montre qu'elles étaient relativement intéressées par ce sujet. De plus ce taux de réponse montre que le mode d'enquête choisi était pertinent.

2. Les caractéristiques de la population

a. L'année d'obtention du diplôme d'état

Les sages femmes de l'étude étaient diplômées en moyenne depuis 14 ans, les sages femmes libérales et exerçant dans le service de PMI l'étaient respectivement depuis 21 et 25 ans. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les sages femmes commencent majoritairement par l'exercice hospitalier avant de se diriger vers le libéral et le service de PMI.

b. Le département d'exercice

Le département du Puy de Dôme est le plus représenté dans cette étude avec 87 sages femmes

c. Le taux de sages femmes mères de famille

Nous avons choisi de mettre en évidence cette caractéristique afin d'étudier si celle-ci avait une incidence sur les connaissances et si elle induisait une attention plus développée en terme de prévention 67% des sages femmes interrogées ont des enfants parmi la population observée.

d. Les sources d'information sur le syndrome

Plusieurs sources ont été proposées :

- la campagne d'information (sous entendu la campagne de 2005).
- la formation initiale des sages femmes,
- l'exercice professionnel
- les médias.

Les médias et l'exercice professionnel sont cités le plus souvent respectivement par 103 et 84 sages femmes sans creuser un écart significatif avec la formation initiale et la campagne d'information.

Aucune source n'est réellement majoritaire quant à l'information des sages femmes sur ce syndrome.

De plus le nombre de sages femmes qui ont été informées par la formation initiale n'ont pas toutes effectué leurs études en Auvergne. Cet item ne peut pas être un reflet de la formation initiale dans la région.

III. LES CONNAISSANCES DES SAGES FEMMES.

1. La définition du syndrome.

Seules 37.7% des sages femmes ont défini de façon adéquate le syndrome du bébé secoué en mentionnant l'item maltraitance comme unique réponse. Nous n'avons pas retenu le traumatisme crânien intentionnel comme item correct compte tenu du fait que cet élément est trop inconstant pour définir le SBS.

32.7% pensent que la maltraitance peut être une des caractéristiques du syndrome mais que celui-ci se manifeste aussi lors d'un traumatisme crânien accidentel. Le SBS est considérée par cette population à la fois comme un accident et une maltraitance. La définition reste floue pour la majorité des sages femmes probablement du fait d'une errance de sa définition sur le plan médical jusqu'en 2009.

Maintenant depuis mai 2011 la HAS a défini clairement le syndrome du bébé secoué. Ces dernières mises au point sont probablement trop récentes (5 mois entre l'étude et les recommandations officielles) pour être intégrées par l'ensemble des sages femmes d'Auvergne.[3]

2. La circonstance de survenue.

Le secouement par un adulte est bien reconnu par toutes les sages femmes comme étant à l'origine du syndrome. D'autres facteurs de survenues sont cités dans 61% des cas, il s'agit du secouement par un enfant, d'un jeu, d'une réanimation, d'une chute. Ainsi on remarque que ces données sont, pour les sages femmes, vecteurs de confusion dans la perception du syndrome et dans sa prévention future. La persistance de cette confusion est probablement résultante du débat que l'origine du syndrome a suscité par les publications de Casey.

On peut remarquer que les sages femmes de PMI ont un score de connaissances plus élevé avec 75% de bonnes réponses que les autres modes d'exercice. Cette différence reste à tendance significative $p=0.09$ mais ne permet pas de conclure de façon formelle. Une cohorte plus importante aurait probablement montré une significativité.

3. Le taux de mortalité.

Seulement 23% des sages femmes estiment de manière correcte le taux de mortalité après un secouement. La gravité du secouement est très largement sous estimée par toutes les catégories sages femmes.

4. Intervention des sages femmes.

30.2% des sages femmes donnent une conduite à tenir complète. Parmi les items proposés c'est le signalement qui est le moins cité (n=61).

Parmi les sages femmes qui considèrent le syndrome comme une maltraitance seulement 48% d'entre elles effectuent un signalement lorsqu'elles suspectent le diagnostic.

Arrivé à ce point de notre étude, nous constatons que le signalement en lui-même est difficile aux sages femmes alors qu'il n'y a pas de sanction disciplinaire en cas de signalement pour maltraitance non avérée par la suite. De ce fait il paraît judicieux que les sages femmes effectuent un signalement dès lors qu'il y a une suspicion afin de protéger l'enfant, le signalement étant une prévention en soi [20].

5. La connaissance du contexte.

55% des sages femmes identifient les pleurs du nourrisson comme l'élément déclencheur. Les autres notions citées sont centrées sur les émotions des parents. Il existe probablement un biais dans la formulation de cette question ouverte. Une question de type fermée aurait permis une analyse plus probante.

Concernant l'agresseur, 41% des sages femmes hospitalières et 60% des sages femmes libérales mentionnent le père comme le principal auteur. Cette différence est significative en fonction de l'exercice professionnel. (p=0.05)

Il nous paraît important de sensibiliser cette catégorie de population à ce fait pour permettre une prévention efficace auprès des deux parents

6. Le score total des connaissances.

Nous avons cherché à déterminer si les caractéristiques de la population de notre étude influençaient l'ensemble des connaissances du syndrome.

Il apparaît qu'il n'existe pas de différence entre les sages femmes des différents départements d'Auvergne. L'année d'obtention du diplôme n'entraîne pas non plus de différence significative sur les résultats obtenus à notre questionnaire.

Le mode d'exercice a une influence sur la connaissance d'items particuliers à savoir le type d'agresseur et les signes cliniques. Toutefois les connaissances globales étudiées par un score sur 28 des notions sur le SBS ne sont pas différentes selon le mode d'exercice.

Les sages femmes mères de famille (n=104) ont tendance à mieux connaître le SBS (p=0.08). Ce constat est probablement en lien avec un intérêt accru pour ce problème, il n'est pas biaisé par l'année d'obtention du diplôme de la profession car celui-ci n'influence pas le résultat du score final.

Si l'expérience de la maternité permet une meilleure sensibilisation à ce problème de santé publique, une formation initiale plus développée atténuerait probablement cette tendance sur l'ensemble des connaissances du SBS.

IV. LA PREVENTION

1. Le taux de prévention

Celui-ci varie selon le mode d'exercice. En effet 72% des sages femmes libérales et 86% des sages femmes de PMI effectuent la prévention du syndrome contre seulement 45% des sages femmes hospitalières. Cette différence concernant le mode d'exercice est statistiquement significative d'après le test de Fisher (p=0.04). Toutefois cette différence n'est pas corrélée à une meilleure connaissance globale du syndrome de la part des sages femmes libérales et des sages femmes de PMI.

L'information de prévention est délivrée aux deux parents par 63.6% des sages femmes libérales mais seulement par 33% des sages femmes hospitalières. Nous avons cherché à savoir si cet état de fait pouvait s'expliquer par une meilleure connaissance du type d'agresseur chez les sages femmes libérales.

D'après le test du X^2 il apparaît qu'il n'existe pas de lien statistique montrant que les sages femmes libérales sont mieux informées sur cette caractéristique.

Ainsi lorsque le père est inclus dans la prévention du syndrome par les sages femmes libérales, ce n'est pas du fait d'une meilleure connaissance de celles-ci du type d'agresseur. On peut penser que si les sages femmes libérales font une prévention du SBS auprès des deux parents cela est du fait du suivi plus général incluant les pères lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

98.8% des sages femmes interrogées décrivent la prévention du syndrome comme devant être systématiquement effectuée auprès des parents.

2. Les occasions adaptées à la prévention du syndrome

Les trois moments privilégiés pour la prévention selon les sages femmes sont :

- la préparation à la naissance
- le post partum
- la consultation PMI.

En moyenne chaque catégorie de sage femme privilégie leur terrain d'exercice pour informer du syndrome du bébé secoué sans se décharger de cette fonction à un autre niveau d'exercice.

3. Besoin d'un support d'information et utilité du modèle présenté

Notre questionnaire montre que 93.8% des sages femmes sont en demande d'un support d'information pour faciliter la communication avec les parents. Le support privilégié est le dépliant. Le choix du dépliant comme type de support renforce l'utilité du modèle imaginé par le CHU Sainte Justine (annexe IV) présenté à la question 21. En effet il apparaît utile à 88% des sages femmes.

Le dernier support demandé est la vidéo. Un support qui apparaît selon Russel comme le plus efficace lorsqu'il est accompagné d'une information orale des professionnels [27].

Ce modèle vidéo serait particulièrement utile en pré natal au cours des séances de préparation à la naissance afin de permettre aux futurs parents d'intégrer précocement les dangers du secouement.

4. La difficulté des sages femmes à traiter du syndrome

Nous avons choisi d'interroger les sages femmes sur le degré de difficulté (sur une échelle de 0 à 3) qu'elles rencontraient pour aborder les thèmes suivants : les besoins d'un nourrisson, les pleurs du nouveau né, la cascade émotionnelle des parents devant les pleurs, les dangers du secouement. En effet ceux-ci sont consécutivement abordés par les différents programmes de prévention depuis 1990 outre atlantique. [21][22]

Au total 63% des sages femmes reconnaissent rencontrer des difficultés à traiter au moins un des sujets. Il existe une tendance croissante de difficultés ressenties du thème le plus général des besoins du nouveau né à celui plus spécifique du SBS c'est-à-dire le danger du secouement.

Les sages femmes hospitalières apparaissent comme ayant le plus de difficultés à les traiter. Celles ci estiment de façon significative ($p=0.04$) moins bien connaître les besoins d'un nouveau né que les sages femmes de PMI ou les sages femmes libérales. Ce constat significatif ($p=0.04$) se retrouve concernant le thème des étapes émotionnelles menant au secouement

5. L'origine des difficultés

Ces résultats nous amènent à nous interroger sur les origines des difficultés rencontrées. Ceci concerne 96 sages femmes de l'étude.

Pour 46.9% d'entre elles il s'agit d'un manque de connaissances, 10.4% considèrent qu'elles sont peu sensibilisées au sujet et 9,4% estiment que le sujet est tabou avec les parents. Ainsi une formation complémentaire permettrait de répondre aux difficultés des sages femmes dans 66.7% des cas.

Cette formation est souhaitée en moyenne par 82.1% des sages femmes de l'étude. La demande de formation est la plus élevée chez les sages femmes libérales, en effet près de 88% plébiscite une formation complémentaire.

Enfin le manque de temps est évoqué par 29.1% des sages femmes. Parmi les 28 sages femmes répondantes 23 étaient sages femmes hospitalières. Ce mode d'exercice semble le plus touché par cette carence et par extrapolation à une diminution du temps de séjour en maternité. La prévention du SBS devra tenir compte de ce constat auprès de cette catégorie professionnelle.

V. PROJET D'ACTION

Malgré les progrès des connaissances actuelles, les SF manquent d'une mise à jour de formation à ce sujet. Ainsi il devrait leur être proposé une formation complémentaire sur ce sujet d'autant plus qu'elles en ressentent le besoin. Elle devrait être adaptée selon l'exercice professionnel car certaines notions nécessaires à la prévention du SBS auprès des parents sont différemment traitées.

De plus une information écrite récapitulative destinée aux sages femmes devrait leur apporter les éléments d'information nécessaires à la prévention. Celle-ci pourrait mentionner la définition récente du syndrome préciser le contexte de survenue, l'association des principaux signes cliniques, la question du signalement et les informations à délivrer aux parents. Un accent devrait être mis sur l'attitude à adopter par une personne en charge d'un nourrisson exaspérée par ses pleurs.

En parallèle un dépliant similaire au thermomètre de la colère (Annexe IV), initié par plusieurs professionnels de santé canadiens, accompagné d'une information orale systématique permettrait aux parents de mieux cerner les émotions provoquant le secouement et d'apprendre à les gérer.

Une prévention homogène pourrait être mise en place sur les différents lieux d'exercice et en collaboration entre les différentes catégories de sages femmes. Cette dernière serait facilitée par l'inscription systématique du contenu de la prévention dans un item attribué à cet effet sur le dossier patient informatisé.

Cette trace écrite permettrait de cibler les apports complémentaires nécessaires aux parents quel que soit le professionnel de santé intervenant et d'augmenter l'efficacité du temps consacré à ce sujet notamment en milieu hospitalier. Enfin il faudra réfléchir aux moyens d'accès à ces données informatiques par les sages femmes libérales et de PMI afin de permettre la coordination et la collaboration plus poussées entre les différents lieux d'exercice.

CONCLUSION

Notre étude a donc eu objectif principal d'évaluer les connaissances actuelles des sages femmes sur le syndrome du bébé secoué car sa définition restée longtemps obscure a été clarifiée en 2011 par les recommandations de bonne pratique de la HAS.

L'enquête que nous avons menée en Auvergne pour établir cet état des lieux et cerner les besoins de ces professionnels de santé en matière de prévention, nous a permis de montrer que les connaissances à ce sujet étaient parcellaires et peu influencées par la formation initiale. Les médias restent la source majoritaire.

S'il n'y a pas de différence significative entre les différents modes d'exercice on note toutefois que les sages femmes mères de familles sont plus averties sur cette maltraitance spécifique.

De plus nous avons identifié qu'un nombre non négligeable de sages femmes rencontraient des difficultés dans la prévention du SBS. Leurs origines sont multiples. Pour y répondre, nous avons envisagé de leur proposer une formation complémentaire qui permettrait de sensibiliser et de démystifier ce sujet puis de diffuser des dépliants à destination des patients et des professionnels.

Il est essentiel de considérer la prévention du SBS, au cœur de la profession de sage femme, comme pivot central de ce problème de santé publique afin de mettre en place un protocole visant à une meilleure diffusion de l'information.

REFERENCES

[1] Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet* 2000;356:1571-2

[2] Mireau E. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas. Thèse pour le doctorat en médecine de l'Université Paris V, Paris;2005.

[3] HAS. Syndrome du bébé secoué: recommandations de bonne pratique. Consulté le 30 septembre 2011 Disponible à partir de l'URL : https://www.has-santé.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue.

[4] Hass H. Syndrome du bébé secoué : démarche diagnostique. *Archives de Pédiatrie* 2010 ;17-974-975.

[5] Renier D. *Le bébé secoué*. Éd. Karthala. 2000.

[6] Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotiak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2004; 158(5):454-458

[7] American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect: Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*. 2001; 108(1):206-10.

[8] Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *the Journal of the American Medical Association*. 1999 Feb 17; 281(7):621-6.

[9] Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics* 2003; 111(3):602-7.

[10] Pr JS Raul et R Willinger (20 avril 2012) « Secouer n'est pas jouer » [enregistrement vidéo] sur le site ; www.lesyndromedubebésecoué.com
Consulté le 25 juin 2012 Disponible à partir de l'URL : <http://www.youtube.com/user/syndromedubebesecoue/videos>

[11] Morison CN. The dynamics of shaken baby syndrome. 2002; pp.1-138. University of Birmingham.

[12] Bydlowski-Aidan S, Joussemme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2008 ; 21, 204-208.

[13] Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Neglect* 2006.

[14] Talvik I, Alexander R, Talvik T. Shaken baby syndrome and a baby's cry. Acta Paediatr 2008; 97(6):782-5.

[15] Lee C, Barr R, Catherine N, Wicks A. Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? J Dev Behav Pediatr 2007;

[16] Fortin, S., Frappier, J.Y., Déziel, L. Projet prévention SBS & maltraitance infantile CHU Sainte Justine.2011

[17] Barlow K, Thomson E, Johnson D, Minns R. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. Pediatrics 2005;116 (2):e174-185.

[18] Altimier L. Shaken baby syndrome. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2008;22 (1):68-76.

[19] Laurent-Vannier A Syndrome du bébé secoué, quoi de nouveau sur le diagnostic de secouement, le mécanisme en jeu et l'aspect judiciaire. Archives de Pédiatrie 2012 ;19 :231-234.

[20] « Alerter et Protéger » Guide pratique à l'usage des professionnels édité par le Conseil Général du Puy de Dôme. Octobre 2011

[21] Showers, J. "Don't shake the baby:" Effectiveness of a prevention program. Child abuse and Neglect 1992: 15, 11-18

[22] Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. Pediatrics 2005;.

[23] syndrome_du_bebe_secoue_projet_prevention.pdf Disponible à partir de l'URL :
www.mefrancophonie.org/file/56062.

[24] J. Harambat, S. Sanson, D. Lamireau, P. Jouvencel, S. Maurice-Tison, P. Pillet Connaissance et prévention du syndrome du bébé secoué au sein d'une population de parents de la maternité du CHU de Bordeaux Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° 4 -juin 2004 p.351

[25] H. Simonnet, M. Chevignard, A. Laurent-Vannier Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 54, October 2011, p.293

[26] Quels sont les soins postnataux que la sage-femme peut être amenée à prodiguer au nouveau-né ? sur le site : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
Consulté le 24 avril 2012. Disponible à partir de l'URL : http://www.ordres-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2//partie_extranet/news_data/grossesse_accouchement_et_suites_de_couches/quels_sont_les_soins_postnataux_que_la_sagefemme_peut_etre_amenee_a_prodiguer_au_nouveaune_/index.htm >

[27] Russell BS, Trudeau J, Britner PA. Intervention type matters in primary prevention of abusive head injury: event history analysis results. *Child Abuse and Neglect*. 2008 Oct;32(10):949-57

ANNEXES

Annexe I

Les sites utiles :

- www.has-santé.fr
- [www le bébé secoué.org](http://www.lebébésecoué.org)
- www.sofmer.com
- www.crftc.org/
- www.purplecrying.info/

Annexe II :

Brochure de prévention du SBS éditée par l'UNDDE

**VOUS CRAQUEZ
ATTENTION
LE SECOURER=DANGER**



BRETECHER

Secourir un bébé peut le tuer ou le conduire à des déficiences intellectuelles et motrices, à des troubles visuels, à des crises épileptiques... le laisser pleurer c'est toujours moins grave. Si la situation est insupportable, passez la main !

Coordonnées



**Union Nationale Droits et Devoirs
de l'Enfant**

UNDDE
BP 38
38330 S'ISMIER
Tél. : 09.71.46.47.59
Fax : 04.76.15.34.91
web : www.undde.org

Cette brochure a été réalisée grâce au soutien de :

AOSTE VIDANGE, GOZZI PROTECTION, EUROMASTER, LYONNAISE DE BANQUE, MARIAX FRERES, GRAS SAVOYE, OTP, PESSENTI PEINTURE, ESSA FRERES, FUZET STÉPHANE, PERENON, MIB, BUDILLON RABATEL, BRUNEAU JM, ALSYTECH, BIBIKO, EURL ALEX, ENTRETEN IMMOBILIER, ACTION BUSINESS MARKETING, ESCOLLE BETON, PAVANT, MME HENNEUSE, CABINET MEUNIER, LA MURE BIANCO, HPD.G.

Avec tous nos remerciements à Mr Michel SAVIN, Maire de Domène (Isère).



avec l'aimable autorisation de Claire BRETECHER

Laure PÉQUEGNOT

Laure PÉQUEGNOT se mobilise avec l'UNDDE pour ses actions en faveur des enfants victimes de maltraitance. Elle soutient la campagne de prévention sur le bébé gécroué en s'associant dans toutes les actions menées pour faire connaître cet acte de maltraitance.



Laure PÉQUEGNOT
Mairaine de l'UNDDE

Laure PÉQUEGNOT sportive de haut niveau a pris 115 départs en coupe du monde de ski. Laure PÉQUEGNOT est retirée des compétitions de ski alpin après avoir obtenu un titre de championne du monde junior, une médaille d'argent aux JO de Salt Lake City, un Globe de cristal de slalom, et quatre titres de championne de France.

*Avec tous nos encouragements
pour poursuivre la prévention
du bébé gécroué dans les
départements de la région :*

*Prenez soin de
laure*



Si bébé pleure

Rappelez-vous que le pleur et le cri du nourrisson sont les seuls moyens pour se faire comprendre !
Savez vous que les nouveaux nés pleurent en moyenne deux à trois heures par jour - en dehors de tout besoin - ?

Il peut pleurer car :

- Il a faim
- Il a sommeil
- Il a besoin d'être dans vos bras
- Il a besoin d'être changé
- Il a besoin de calme

Comment apaiser un bébé qui pleure ?

- prenez bébé dans vos bras
- vérifiez sa couche
- calinez le , bercez le doucement
- donnez lui une tétine ou votre doigt à sucer
- donnez lui à boire
- massez lui délicatement le ventre ou le dos
- mettez de la musique



Si malgré tout, bébé ne cesse de pleurer

Vous avez tout essayé, vous ne comprenez pas pourquoi il pleure et vous perdez patience ?

Il n'y a qu'une solution : coucher bébé sur le dos, éteindre la lumière et quitter la pièce, le laisser au calme.

Prenez l'air à la fenêtre ou téléphonez à une amie ou un membre de votre famille pour retrouver votre calme.

Demander conseil à votre médecin, au service PMI.

Bébé va probablement continuer à crier dans son lit, ... le laisser pleurer c'est toujours moins grave que de perdre son sang froid.

Lorsque les cris prennent une autre allure...

Si bébé crie plus longtemps, plus fort, change de comportement ou semble souffrir : contactez immédiatement votre médecin ou pédiatre.

Le numéro à composer en cas d'urgence : 15

Secourir un bébé est extrêmement dangereux

Chez le nourrisson, les muscles du cou ne sont pas suffisamment toniques pour maintenir sa tête. Son cou est faible, son cerveau est fragile.

Le secourir violemment provoque des lésions graves. Les mouvements d'avant en arrière dus au secourisme peuvent entraîner une déchirure des vaisseaux autour du cerveau et provoquer un saignement dans la boîte crânienne. Ces hémorragies auront des conséquences parfois graves sur le développement du cerveau.

Symptômes : convulsions, vomissements, troubles respiratoires, état de conscience altéré...

Assurez-vous que toute personne qui s'occupe de votre enfant soit informée quant au danger encouru par un bébé que l'on secour.



« Les secourus violents provoquent des dégâts catastrophiques sur le cerveau d'un nourrisson.

Ce sont les personnes qui ont grandi des bébés, souvent à quel point ils peuvent, par leurs pleurs faire naître chez nous un étonnement extrême qui pourrait conduire à de telles violences.

Il faut éviter alors de devenir violent,

Passer la main avant de passer à l'acte»

Docteur MIREAU Etienne,
Neurochirurgien - Médecin légiste
Assistance Publique des Hôpitaux
de Paris



Prévention

- Demander aide et conseil autour de soi, à ses proches et/ou à des professionnels. Allô parents bébé : 0800 00 34 56
- Apprendre les gestes de premier secours (en cas de fausse route du nourrisson)
- Adapter vos jeux et gestes à l'âge de l'enfant
- Être à l'écoute de votre enfant
- C'est normal de ressentir de la fatigue, de l'épuisement ou de la colère lorsque l'on s'occupe d'un bébé !
- Soyez à votre écoute ! Faites vous confiance

Le DVD DVD Package pro, bilingue

Le DVD est destiné aux professionnels de l'enfance, de la santé, aux magistrats et avocats, aux policiers, gendarmes, auxiliaires puéricultures, sages femmes.



D'une durée de 25 min, ce dvd contient des informations sur les symptômes, les conséquences du secourisme. Ce dvd aborde aussi la question de la responsabilité pénale.

A commander sur le site de l'UNDDDE www.unddde.org

« Les mauvais traitements infligés aux enfants et le Syndrome du bébé secouru constituent un problème de santé publique Nous sommes tous concernés ! Chaque année, le combat mené par l'UNDDDE permet à de nombreux enfants d'échapper à ces violences et de retrouver une vie saine et équilibrée.

l'UNDDDE occupe au quotidien un formidable travail de mobilisation et de sensibilisation auprès des instances publiques, politiques, médicales et sociales.

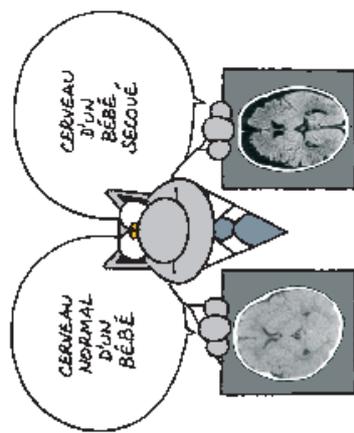
En tant qu'élu, je considère que nous avons le devoir d'encourager et d'aider toutes initiatives visant notamment à la santé et à la sécurité des enfants. Mon soutien à l'UNDDDE est également celui d'un homme et d'un père qui sait combien la vie est précieuse et combien il est important de la respecter»



Michel Savin,
Maire de Domerme et conseiller général du canton de Domerme.

Annexe III

Le dépliant distribué par le CRFTC



pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

Son cerveau est fragile. Sa tête est lourde
Son cou n'est pas assez musclé
Le cerveau d'un bébé bouge dans le crâne.
Si le bébé est secoué, sa tête se balance
rapidement d'avant en arrière et le cerveau
frappe contre la boîte crânienne comme un
coup de fouet. Les vaisseaux sanguins
autour du cerveau se déchirent, saignent
et entraînent des lésions cérébrales.

Secouer peut tuer

- 10% décèdent
- près de 50% sont handicapés à vie



Informez toutes les personnes qui s'occupent de votre enfant
quant au danger encouru par un bébé que l'on secoue.



il NE FAUT
JAMAIS
SECOUER UN BÉBÉ



secouer peut tuer ou handicaper à vie

Annexe IV

Le thermomètre de la colère élaboré par le CHU Sainte Justine (Canada)

Le thermomètre de la colère

**J'ai chaud.
J'en peux plus.
Je suis fâché.
Qu'est-ce que
je vais faire?**

Ces paroles vous disent quelque chose ?
Sentir monter la colère, c'est ce que vivent bien des parents qui ont de jeunes enfants. La colère est une émotion normale. Tous les parents peuvent ressentir de la colère à des moments différents et pour des raisons différentes.
Le thermomètre de la colère présente des paroles et des réactions physiques que peut avoir un parent face à son bébé.

Pourquoi pleure-t-il?	1
Je ne sais plus quoi faire.	2
Je n'ai jamais de répit.	3
Rien ne marche comme je veux.	4
Là, ça suffit, c'est assez!	5

Pour garder le contrôle de la situation, demandez le thermomètre de la colère.
La colère, c'est normal.
Garder le contrôle, c'est vital.
Surtout ne secouez jamais un bébé.
Ne frappez jamais un enfant.

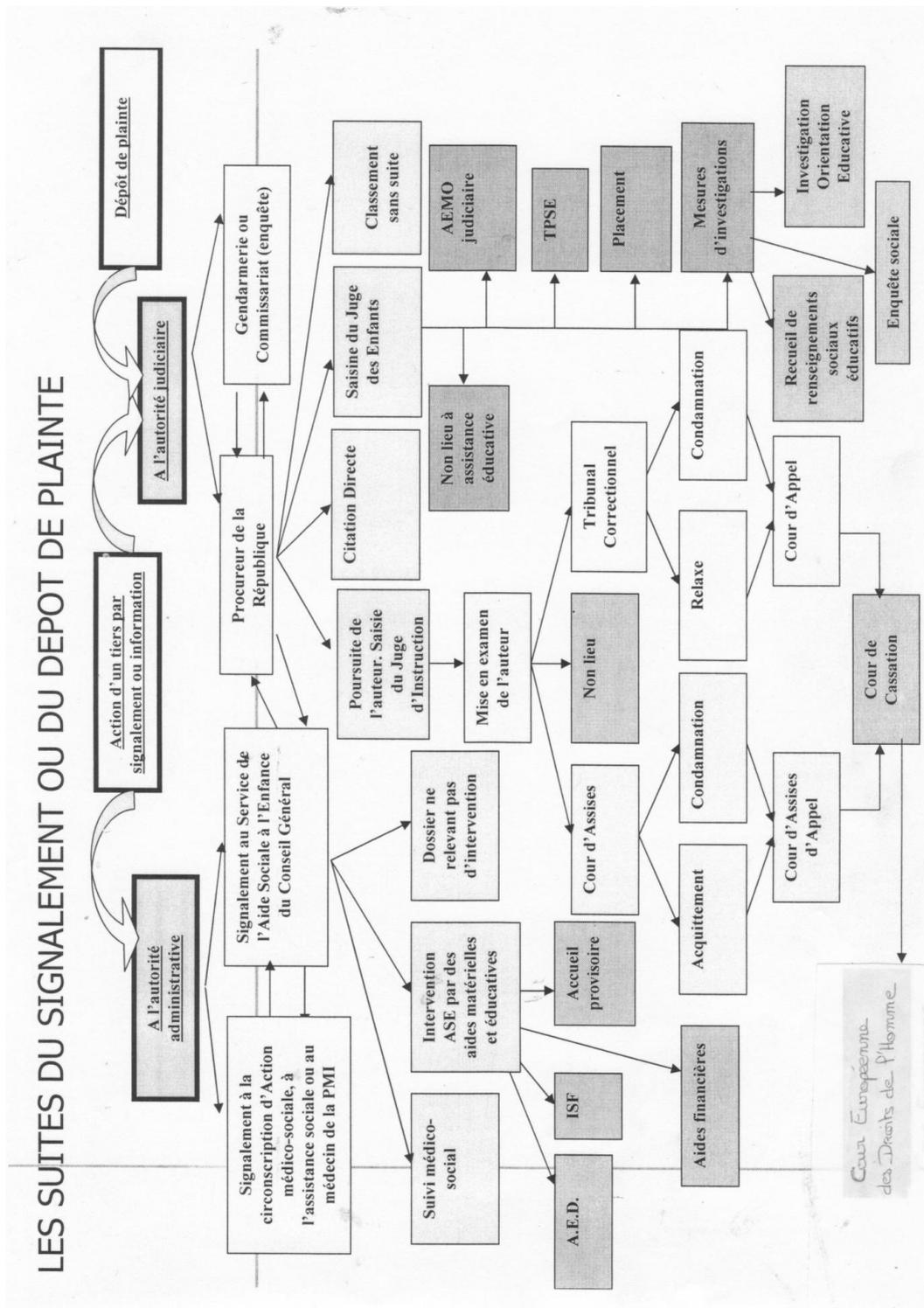
Le thermomètre de la colère: un outil pour vous aider.
Disponible en français. Demandez à un professionnel.
Pour commander: CHU Sainte Justine
Téléphone: 514-345-4671 Courriel: edition.hsj@umontreal.ca

CHU Sainte Justine
Centre Hospitalier
Université de Montréal
Centre de la Colère

Non à la violence!

Annexe V

Les suites du signalement



Annexes VI

Claudine LEVET

25 rue Etienne Dolet
63000 CLERMONT FERRAND
Email : claudine.4@orange.fr

Étudiante sage-femme en 5^m année d'études
École de sages-femmes Clermont Ferrand
année 2011-2012

le 15 décembre 2011

Madame, Monsieur,

Actuellement en dernière année d'études de sage-femme à Clermont Ferrand, je réalise un mémoire sur le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) et sa prévention.

Afin de m'aider à l'élaboration de celui-ci, je sollicite votre participation et je vous convie à remplir le questionnaire suivant.

Ce questionnaire destiné aux sages-femmes se présente en trois parties. Il me permettra notamment d'étudier l'évolution des connaissances sur ce thème mais aussi d'identifier quels sont les besoins en matière de prévention.

Cordialement.

Attention ce questionnaire est recto verso

Claudine LEVET

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Vous exercez actuellement le métier de sage-femme

- en libéral
- dans un centre de Protection Maternelle et Infantile
- en suites de couches dans une maternité
- dans un centre périnatal de proximité
- en consultations
- autre

Dans le département : Puy de Dôme Allier Cantal Haute Loire

2. Pour les sages-femmes travaillant en suites de couches et en consultations votre lieu d'exercice est:

- un hôpital public privé
- de niveau 1 2 3

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? : _____

4. Avez-vous des enfants ?

- oui
- non

5. Avez-vous déjà été informé(e) sur le syndrome du bébé secoué (SBS) ?

- oui :
 - au cours de ma formation initiale
 - lors d'une campagne d'information à ce sujet
 - dans l'exercice de ma profession
 - à travers les médias
 - autre : _____
- non jamais

LE SYNDROME DU BEBE SECOUE

6. Si vous deviez définir ce syndrome quels termes utiliseriez-vous ?

- un traumatisme crânien accidentel
- un traumatisme crânien intentionnel
- une maltraitance physique
- je ne sais pas

7. Cette pathologie survient lors d' :

- un secouement d'un nourrisson par un adulte
- un secouement d'un nourrisson par un enfant
- une chute de faible hauteur
- un jeu
- une manœuvre de réanimation
- je ne sais pas

8. Concernant les symptômes, ils se manifestent par:

- des symptômes neurologiques (trouble de la vigilance, convulsions)
- des vomissements
- une pâleur
- des apnées
- un changement comportemental du bébé
- je ne sais pas

9. Quel peut être selon vous le principal élément déclencheur au secouement d'un enfant ?

10. Parmi ces propositions pouvez-vous identifier des facteurs de vulnérabilité (plusieurs réponses possibles)

• chez l'enfant

- enfant de sexe masculin
- premier enfant
- prématurité
- grossesse multiple
- nourrisson de moins de 6 mois

• chez les parents

- méconnaissance des comportements de l'enfant
- niveau d'études des parents
- isolement familial
- reprise du travail
- conduites addictives des parents

11. Tous les adultes qui prennent en charge un nourrisson sont -ils susceptibles de le secouer ? :

- Oui
- Non

12. Dans la majorité des cas l'agresseur est

- la nourrice
- le père ou le compagnon
- la mère
- une autre personne
- je ne sais pas

13. On estime qu'un secouement entraîne le décès dans environ :

- 0.1% des cas
- 5% des cas
- 10% des cas

14. *Une maman, de retour à son domicile, est exaspérée par les pleurs incessants de son bébé.*

- Ce sentiment est-il naturel?
 - oui
 - non
- Vous lui recommandez :
 - d'appeler quelqu'un dans son environnement proche
 - de coucher bébé dans son lit sur le dos
 - de s'isoler pour se calmer
 - je ne sais pas
 - autre _____

15. *Vous voyez un nourrisson pour vomissements et malaise suite à une chute d'une table à langer. Après un interrogatoire et un examen clinique vous suspectez un secouement.*

- Quels éléments suivants auriez-vous recherchés à l'examen clinique ?
 - un plafonnement du regard
 - une fontanelle bombante
 - une augmentation du périmètre crânien
 - des ecchymoses
 - des fractures
 - je ne sais pas
- Quelle(s) décision(s) prenez-vous?
 - informer les parents de l'état de l'enfant
 - un retour à domicile
 - une consultation externe chez un pédiatre
 - une hospitalisation urgente en unité pédiatrique
 - faire un signalement
 - je ne sais pas

EN MATIERE DE PREVENTION

16. Selon vous devrait-on effectuer la prévention de ce syndrome systématiquement auprès des parents ?

oui non

Si non pourquoi? : _____

17. Rencontrez-vous des difficultés pour traiter des sujets suivants ? (veuillez cocher les cases correspondantes)

	Pas du tout	Parfois	souvent	toujours
les besoins du nouveau-né				
les pleurs du nourrisson				
les réactions parentales aux pleurs d'un bébé				
les dangers du secouement				

- Si oui pour quelle(s) raison(s)?
 - notions incomplètes sur le(s) thème(s)
 - manque de temps
 - peu sensibilisé(e) par ce sujet
 - je n'ose pas en parler
 - autre _____

18. Abordez-vous la prévention du syndrome du bébé secoué (SBS)?

oui non

- Si oui avec :
 - le père la mère les deux

19. D'après vous à quel(s) moment(s) serait-il possible d'effectuer la prévention de ce syndrome? (plusieurs réponses possibles)

- lors de la consultation de fin de grossesse
- en cours de la préparation à la naissance
- pendant le post-partum
- lors de la visite postnatale
- dans un centre de PMI
- chez le particulier
- autre _____

Quelles interventions sont selon vous les plus efficaces ?

20. Auriez-vous besoin d'un support d'information dans le cadre de cette prévention?

oui non

• Si oui sous quelle(s) forme(s)? (plusieurs réponses possibles)

- dépliant
- support vidéo
- affiche présente dans le service
- autre _____

21. Un support de ce type vous aiderait-il à traiter de ce syndrome avec le couple ?

oui plutôt oui non plutôt non

THERMOMETRE DE LA COLERE*



**Basé sur le thermomètre de la colère du CHU Sainte Justine (Canada)*

22. Aimeriez-vous avoir une formation concernant la prévention du SBS ?

oui non

Vous pouvez si vous le souhaitez me faire part de vos remarques :

Je vous remercie de votre coopération.

