



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

Ecole de Sages-femmes de METZ

Le syndrome du bébé secoué

Que savent les femmes avant leur retour à domicile ?

Mémoire présenté et soutenu par

Elise LABREUCHE

Née le 13 juillet 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine

Ecole de Sages-femmes de METZ

Le syndrome du bébé secoué

Que savent les femmes avant leur retour à domicile ?

Mémoire présenté et soutenu par

Elise LABREUCHE

Née le 13 juillet 1989

Promotion 2009-2013

Remerciements

Je tiens à remercier Madame BUZY Catherine, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail.

L'équipe enseignante de l'Ecole de Sages-femmes, pour leurs conseils lors de ces quatre années d'études.

Ma promotion, et particulièrement Caroline, Ida et Pauline, pour leurs encouragements et leur amitié si précieuse.

Ma famille, pour leur soutien au cours de toutes ces années d'études.

Et Anthony, qui m'a donné la force de surmonter les difficultés.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

Introduction.....	3
Première Partie : Le syndrome du bébé secoué	4
1. Historique [2,3,4,5,6]	5
2. Définition et épidémiologie	6
2.1 : Définition [3,7,8,9]	6
2.2 : Epidémiologie [10,11,12,13]	7
3. Physiopathologie du secouement	8
3.1. La biomécanique [2,3].....	8
3.2. Les particularités anatomiques du nourrisson [10,14,15]	8
3.3. Les différentes lésions [2]	9
3.3.1. Les lésions cérébrales [7, 8, 16, 17]	9
3.3.2. Les lésions oculaires [7, 11, 18, 19].....	10
3.3.3. Les lésions osseuses	11
4. Présentation clinique des enfants secoués	11
4.1. Les principaux signes et symptômes [8, 11, 17, 19, 20, 21, 22].....	11
4.2. Les examens diagnostiques complémentaires [8,11,17,19,23].....	13
4.2.1. Le scanner cérébral	13
4.2.2. L'imagerie par résonance magnétique	14
4.2.3. L'examen ophtalmologique	14
4.2.4. La radiographie du squelette	15
4.2.5 Autres examens nécessaires	15
5. Les facteurs de risques.....	15
5.1. Les victimes [2,3,10,14,20]	15
5.2. Le contexte familial [2,3,19]	16
5.3. Les auteurs des secousses [3,19,24,25]	16
6. Les circonstances du secouement [3,10,14,20,26].....	17
7. La prise en charge des enfants secoués [2,8,27].....	19
7.1. La prise en charge médico-chirurgicale	19
7.1.1. Les traitements médicaux.....	19
7.1.2. Le traitement chirurgical.....	19
7.2. La prise en charge psychosociale	20
8. Le pronostic des enfants secoués [8,14,27,28]	21
9. La prévention du syndrome du bébé secoué.....	22

9.1. La prévention à l'étranger [7,10,14,29,30,31]	22
9.2. La prévention en France [3,32,33]	23
Deuxième Partie : La démarche de recherche.....	25
1. Présentation de l'étude	26
1.1. La problématique	26
1.2. Les objectifs de mon étude	26
1.3. Les hypothèses de mon étude	26
1.4. La méthodologie de l'étude	27
1.4.1. Le type d'étude	27
1.4.2. La population de l'étude	27
1.4.3. Le déroulement de l'enquête	27
2. Résultats de l'étude.....	28
2.1. Présentation.....	28
2.2. Connaissances sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué	30
Troisième Partie : Interprétation des résultats et proposition.....	42
1. Interprétation des résultats de l'enquête	43
1.1. La présentation de la population	43
1.2. L'information des femmes	43
1.3. Les connaissances des femmes.....	45
1.3.1. Les pleurs d'un bébé	45
1.3.2. Le syndrome du bébé secoué	47
1.4. L'avis des femmes	49
2. La place de la sage femme dans la prévention	50
2.1. La prévention en prénatale.....	51
2.1.1. Le suivi de grossesse	51
2.1.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.....	52
2.1.3. La sage-femme de protection maternelle et infantile.....	53
2.2. La prévention en per natal.....	53
2.3. La prévention en post-natal.....	54
2.3.1. Le séjour à la maternité	54
2.3.2. Les séances de rééducation périnéale	56
2.4. La formation.....	58
Conclusion	59
Bibliographie	60
Annexes.....	64

Introduction

La maltraitance envers un enfant est un sujet qui m'a toujours touchée, car il est difficile de comprendre comment des adultes peuvent nuire à un enfant.

Au cours de ma deuxième année de formation à l'école de Sage-femme, j'ai participé à un congrès ayant pour thème général « la maltraitance envers les enfants ». Un des sujets m'a particulièrement interpellée, émue de part sa violence aux conséquences très graves et parce qu'il peut toucher toutes les classes sociales : il s'agissait de celui sur « le syndrome du bébé secoué ». C'est donc sur ce thème que j'ai décidé de travailler pour mon mémoire de fin d'études.

Le syndrome du bébé secoué constitue un problème majeur de santé publique. La première description de ce syndrome a été formulée en 1972 par John Caffey. Il s'agit d'une forme de maltraitance, de violence envers les bébés encore mal connue et particulière, car elle concerne principalement des nourrissons sans antécédent de maltraitance : « comme un orage dans un ciel serein » [1]. Chaque année, en France, environ 120 à 240 nourrissons, seraient victimes de cette maltraitance.

Des études récentes ont mises en évidence une importante méconnaissance de la population concernant ce sujet.

Ainsi, à travers mon mémoire, je vais essayer de répondre à la question suivante : Les mères, avant leur retour à domicile, sont-elles informées sur les pleurs du nourrisson et sur le syndrome du bébé secoué ?

Dans une première partie, j'expliquerai les généralités sur le syndrome du bébé secoué. La deuxième partie sera consacrée à mon enquête qui permettra de confirmer ou infirmer mes hypothèses. Enfin dans une troisième partie, je présenterai des propositions dont l'objectif est d'améliorer la prévention.

Première Partie :
Le syndrome du bébé secoué

1. Historique [2,3,4,5,6]

Le « syndrome du bébé secoué » semble être une nouvelle forme de maltraitance infantile. Cependant, il n'en est rien. En effet, ce syndrome est connu depuis plusieurs années et fait l'objet de nombreuses descriptions dans la littérature.

Soranus, médecin à Ephèse en 200 après Jésus-Christ, disait à propos du choix des nourrices auxquelles sont confiés les nouveaux nés : « Il ne faut pas confier un nouveau-né à des femmes coléreuses ou ayant mauvais caractère car elles peuvent le laisser tomber ou le secouer dangereusement. »

Bonet en 1682 à Genève à propos des contusions sur la tête des nourrissons pouvant être responsables d'hémorragies intracrâniennes disait : « Ce peut être la faute de la nourrice qui laisse tomber l'enfant ou le projette contre quelque chose de dur. »

En 1823, dans un livre de « Conseils à de jeunes mères sur l'éducation des enfants » écrit par une grand-mère à Londres, on trouve : « des coups violents sur la tête peuvent entraîner une production d'eau à l'intérieur du cerveau et la façon dont certains parents manifestent leur colère envers un enfant en le secouant violemment peut entraîner de sérieuses conséquences. »

« En 1860, Ambroise Tardieu, un médecin légiste français, remarque lors de ses autopsies que certains enfants décédés à la suite de sévices présentent des saignements dans la tête. C'est à cette époque que, pour la première fois, un lien entre hématome sous-dural et mauvais traitements est évoqué. »

Plus proche de nous, nos aïeux prévoyaient un foulard de nuque dans la layette du nouveau-né pour éviter que sa nuque ballotte.

En 1946, John Caffey, un radiologue américain, décrit la présence de fractures des os longs associés à des hémorragies intracrâniennes chez des enfants maltraités, sans signes extérieurs de maltraitance.

La première présentation scientifique en France remonte à 1965, date à laquelle le Pr Neiman de Nancy avait rapporté à la Société de Pédiatrie une série de 10 cas d'hématomes sous durax avec fractures associées. La réaction des pédiatres de l'époque avait été catégorique : « A Paris on ne connaît pas ça ! »

En 1971, Guthkelch explique pour la première fois les blessures sévères que peuvent entraîner des secousses chez un nourrisson.

En 1972, John Caffey utilise pour la première fois l'expression « shaken baby syndrome » pour décrire l'association d'hémorragies rétiniennes, d'hémorragies intracrâniennes et de fractures osseuses chez des enfants. De plus, il indique que ces lésions résultent d'un secouement violent.

2. Définition et épidémiologie

2.1 : Définition [3,7,8,9]

Le syndrome du bébé secoué encore appelé traumatisme crânien non accidentel ou traumatisme crânien infligé est une forme grave de maltraitance physique envers les nourrissons.

Le docteur Gilles Fortin, pédiatre-neurologue, définit précisément l'expression « syndrome du bébé secoué » : « le terme « bébé » rappelle que la grande majorité des victimes sont des nourrissons ; l'expression « syndrome » désigne l'ensemble des signes et symptômes caractéristiques d'un traumatisme crânien infligé à un bébé et le terme « secoué » fait appel au mécanisme particulier où des forces d'accélération et de décélération engendrées par le fait de secouer violemment un enfant causent les lésions intracrâniennes. »

En outre, l'expression « syndrome du bébé secoué » est couramment utilisée pour décrire des blessures spécifiques infligées à un nourrisson à cause du secouement.

Le tableau clinique caractéristique de ce syndrome regroupe un ensemble de symptômes tels que : hémorragie intracrânienne, hémorragie rétinienne, fractures osseuses.

En particulier, d'après le docteur Mireau, « il est défini par la présence d'un hématome sous-dural chez un nourrisson pour lequel l'interrogatoire de l'entourage ne retrouve pas de traumatisme crânien ou retrouve un traumatisme minime probablement incompatible avec les lésions constatées. »

2.2 : Epidémiologie [10,11,12,13]

Actuellement en France, il n'existe aucune donnée épidémiologique précise. La fréquence du syndrome du bébé secoué est certainement sous-évaluée en raison de la difficulté que représente son diagnostic car les signes d'appel sont variés et peu spécifiques.

« L'incidence du syndrome du bébé secoué varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an. » En extrapolant, ces données au nombre de naissances en France, nous pouvons estimer qu'environ 120 à 240 nourrissons pourraient être victimes chaque année de cette maltraitance.

Entre 1996 et 2000, à l'hôpital Necker-enfants malades à Paris, 230 enfants souffrants d'un hématome sous-dural ont été hospitalisés en neurochirurgie pédiatrique. Parmi ces 230 bébés, 10% sont décédés et 60% ont gardés des séquelles neuropsychologiques dont la moitié était très grave.

Une étude lilloise réalisée entre janvier 1997 et décembre 1998 dans le service de médecine légale du professeur Didier Gosset a recensé 24 cas d'enfants secoués, soit en moyenne un cas par mois.

3. Physiopathologie du secouement

3.1. La biomécanique [2,3]

Le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un nourrisson est violemment secoué. Ses secouements sont tels que l'American Academy of Pediatrics déclare en 1993 : « les secousses nécessaires sont assez violentes pour être reconnues dangereuses par un observateur. »

Le bébé est, le plus souvent, tenu fortement par le thorax en position verticale face à l'adulte. Il est secoué violemment dans un mouvement de va-et-vient et « sa tête effectue des oscillations dans le sens antéropostérieur » de telle sorte que son menton frappe son thorax en avant et que son occiput frappe son dos en arrière. De plus, sa tête fait également des mouvements rotatoires.

Ce mouvement violent de va-et-vient est en principe répété plusieurs fois.

Parfois, la tête peut être frappée contre une surface dure, et ce choc peut être à l'origine d'une fracture du crâne.

3.2. Les particularités anatomiques du nourrisson [10,14,15]

Les particularités anatomiques du nourrisson le rendent beaucoup plus fragile et vulnérable aux secousses car elles favorisent la violence des forces engendrées.

Chez l'enfant de moins d'un an, il existe une disproportion du volume de la tête par rapport au volume du reste du corps. En effet, la tête est beaucoup plus lourde que le reste du corps, elle représente environ 25% du poids corporel, comparativement à 2,5% chez l'adulte.

De plus, chez le nourrisson pendant la première année de vie, le cerveau et les méninges sont séparés par un espace plus large ce qui permet des mouvements antéropostérieurs du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne.

Enfin, les muscles cervicaux sont immatures. Ils ne sont donc pas suffisamment résistants pour permettre un maintien efficace de la tête.

3.3. Les différentes lésions [2]

Le secouement entraîne des lésions multiples qui touchent : le cerveau, les yeux et les os.

Ces blessures varient beaucoup d'un enfant à l'autre, ce qui rend difficile le diagnostic.

3.3.1. Les lésions cérébrales [7, 8, 16, 17]

Lorsque le nourrisson est soumis à des secousses violentes, son cerveau à l'intérieur de sa boîte crânienne subit des forces de rotation et d'accélération et de décélération multiples qui vont être responsables de lésions cérébrales.

Sous l'impulsion de ces forces, le cerveau se déplace à l'intérieur du crâne ce qui entraîne une mise en tension et des déchirures par cisaillement d'une ou de plusieurs veines corticodurales appelées aussi « veines-ponts ».

Ces veines superficielles, unissant la surface du cerveau aux méninges, « drainent les veines corticales et traversent les espaces méningés sous arachnoïdiens et sous duraux avant de se jeter dans des veines de la dure-mère ou directement dans les sinus veineux. »

Ainsi, la rupture de ces veines-ponts provoque des lésions péricérébrales telles que des hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes.

L'hématome sous-dural constitue un signe très évocateur du syndrome du bébé secoué. En effet, il est présent dans 92% des cas.

Il s'agit d'une collection sanguine plus ou moins importante qui se crée entre l'arachnoïde et le feuillet interne de la dure-mère.

Il est localisé la plupart du temps au niveau de la convexité cérébrale et le long de la faux du cerveau. Il peut également se situer au niveau de la tente du cervelet.

Les déplacements du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne provoquent également des lésions parenchymateuses. On peut observer des œdèmes cérébraux, des contusions corticales et des lésions axonales diffuses.

3.3.2. Les lésions oculaires [7, 11, 18, 19]

Les lésions oculaires sont aussi très évocatrices du syndrome du bébé secoué.

Le mécanisme d'apparition des lésions oculaires est similaire à celui des lésions cérébrales. En effet, lors des mouvements de va-et-vient violent de la tête de l'enfant, l'œil à l'intérieur de la cavité orbitale est sujet tout comme le cerveau à des forces de rotation et d'accélération et de décélération multiples.

Il est donc balloté dans différents sens ce qui provoque la rupture de petits vaisseaux sanguins situés dans le fond de l'œil, plus précisément dans la rétine.

On retrouve essentiellement des hémorragies de la rétine chez 65 à 95% des nourrissons victimes de ce syndrome. Elles sont dans la grande majorité des cas bilatérales et profuses.

On distingue trois types d'hémorragies rétinienne :

- « les hémorragies intrarétiniennes, en flammèches, en tâches ou ponctiformes, situées au pôle postérieur de l'œil.

- les hémorragies en dôme prérétiniennes, de petite taille, inférieure ou égale à un diamètre papillaire (« perles jacobines »), localisées au pôle postérieur de l'œil, autour de la papille et le long des arcades vasculaires, ou en moyenne périphérie.

- les hémorragies multiples de tous types (intra, pré ou sous-rétiniennes), profuses, tapissant toute la rétine ou l'éclaboussant jusqu'à la périphérie, associées à un placard hémorragique prémaculaire (rétinoschisis), uni ou bilatéral. »

Les hémorragies rétiniennes de type 3 sont caractéristiques du syndrome du bébé secoué.

D'autres lésions oculaires peuvent également être observées comme un œdème papillaire, un décollement de la rétine, une luxation du cristallin, une lésion du nerf optique.

3.3.3. Les lésions osseuses [11, 14]

Les lésions osseuses sont particulièrement typiques de mauvais traitements.

Elles sont présentes dans 25 à 30% des cas de syndrome de bébé secoué.

Lors du secouement, les membres du bébé sont violemment remués.

En conséquence, ceci peut occasionner des fractures au niveau des métaphyses des os longs surtout sur le radius et le fémur qui sont les deux os le plus souvent touchés.

Parfois, il peut se produire un décollement du périoste diaphysaire qui sera responsable d'hémorragies sous-périostées.

D'autre part, la compression du thorax de l'enfant par les mains de l'adulte peut être à l'origine de plusieurs fractures des arcs postérieurs des côtes.

Enfin, si la tête du bébé heurte un objet dur, une ou des fractures du crâne peuvent être observées. Elles sont le plus souvent complexes.

4. Présentation clinique des enfants secoués

4.1. Les principaux signes et symptômes [8, 11, 14, 17, 19, 20, 21, 22]

Le mode de présentation clinique du syndrome du bébé secoué est très variable.

En effet, il n'existe pas de signe clinique ni de symptôme caractéristique de ce syndrome.

Les symptômes varient en fonction de l'étendue et de la sévérité des lésions cérébrales.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est décédé.

On retrouve également des symptômes traduisant d'emblée une atteinte neurologique grave et nécessitant une prise en charge immédiate.

Le symptôme révélateur le plus souvent décrit est la crise d'épilepsie ou crise comitiale. Cette crise est observée dans 65% des cas. Elle s'accompagne de convulsions ainsi que de troubles de la conscience qui sont très fréquents et d'intensité variable, pouvant aller de la somnolence au coma.

On constate un état de mal épileptique dans environ 20% des cas. Il s'agit d'un événement très grave entraînant de lourdes séquelles. Il se définit par une crise épileptique de durée anormalement longue (plus de 30 minutes) ou par la survenue de crises très rapprochées.

On observe aussi fréquemment des troubles végétatifs tels qu'une bradycardie, une instabilité tensionnelle, une hypothermie, des difficultés respiratoires et des troubles de l'oculomotricité.

Les formes moins graves présentent un tableau clinique moins spectaculaire. Dans ces cas, les symptômes sont beaucoup plus subtils et non spécifiques.

On observe la plupart du temps des difficultés alimentaires et/ou des vomissements dans la moitié des cas.

Il y a également des troubles du comportement comme par exemple une irritabilité, une hypotonie ou bien encore une apathie.

Il existe souvent une pâleur cutanée liée à l'anémie provoquée par l'accumulation de sang à l'origine de l'hématome sous-dural.

De plus, à l'examen clinique fait par le médecin, on remarque la présence d'un bombement de la fontanelle antérieure.

On constate également quelque fois, lors de cet examen, la présence de lésions cutanées. En effet, des ecchymoses évoquant des marques de doigts peuvent être observées aux endroits où l'enfant a été saisi. Il est important de préciser que chez un nourrisson qui ne marche pas, la présence d'ecchymose est très suspect de maltraitance.

Toutefois, le plus souvent, les nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué ne présentent aucune trace externe de violence.

Lorsque le diagnostic est plus tardif, ce sont les signes d'hypertension intracrânienne qui sollicitent notre attention : regard en coucher de soleil, augmentation rapide du périmètre crânien ou périmètre crânien supérieure au 97^{ème} percentile, vomissement chronique en jet.

4.2. Les examens diagnostiques complémentaires [8,11,17,19,23]

En raison de l'absence de signe et de symptôme spécifiques du syndrome du bébé secoué, l'affirmation du diagnostic repose essentiellement sur la réalisation d'un certain nombre d'examen complémentaires ayant pour but de mettre en évidence les différentes lésions typiques de ce syndrome que sont : les lésions cérébrales, oculaires et osseuses.

4.2.1. Le scanner cérébral

Le scanner cérébral est un examen indispensable dans la prise en charge des enfants victimes de secousses.

Il doit être réalisé en première intention dans l'urgence.

La plupart du temps, cet examen permet de confirmer le diagnostic de syndrome du bébé secoué.

En effet, il permet de mettre en évidence à l'intérieur de la tête les lésions hémorragiques que sont l'hématome sous-dural (élément évocateur de ce syndrome) et l'hémorragie sous-arachnoïdienne ainsi que les autres lésions cérébrales : œdème cérébral, lésions axonales diffuses.

4.2.2. L'imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est également un examen essentiel au diagnostic.

Elle doit être réalisée dès que l'état clinique de l'enfant le permet et avant la sortie de l'hôpital.

Cet examen est plus sensible que le scanner : il montre des petites lésions non visibles au scanner comme par exemple un hématome sous-dural de petite taille.

4.2.3. L'examen ophtalmologique

Dans le cadre d'une suspicion de syndrome de bébé secoué, la réalisation d'un examen du fond d'œil est essentielle et doit être faite de façon systématique.

Cet examen est réalisé de préférence par un ophtalmologiste habitué à travailler auprès des nourrissons et au plus tard dans les 48 à 72 heures suivant les symptômes.

Il doit être pratiqué idéalement après dilatation pharmacologique des pupilles et avec un verre de contact permettant l'exploration de la périphérie de la rétine.

Il permet de mettre en évidence les lésions à l'intérieur de l'œil. Notamment, les hémorragies rétiniennes qui sont très évocatrices puisque présente dans 65 à 95% des cas ainsi que toutes les autres lésions oculaires retrouvées dans ce syndrome.

4.2.4. La radiographie du squelette

La radiographie complète de l'ensemble du corps du bébé, appelée également série squelettique, fait partie intégrante des examens nécessaires à l'établissement du diagnostic.

Elle permet de rechercher les différentes lésions osseuses qui peuvent être rencontrées au sein de ce syndrome.

La présence de fractures osseuses chez un enfant qui ne marche pas est très suspecte de mauvais traitements.

4.2.5 Autres examens nécessaires

Une scintigraphie osseuse est un examen qui peut parfois être utile pour établir le diagnostic. En effet, elle peut montrer des fractures osseuses qui restent non visibles sur la radiographie.

Un bilan sanguin doit être réalisé de façon systématique. On réalise un hémogramme pour évaluer l'importance de l'anémie. On étudie l'hémostase afin d'éliminer un éventuel trouble de la crase qui pourrait être à l'origine du saignement.

5. Les facteurs de risques

5.1. Les victimes [2,3,10,14,20]

Le syndrome du bébé secoué concerne principalement les nourrissons entre l'âge de 0 et 12 mois avec une prépondérance aux alentours de 6 mois.

Cependant, les enfants plus âgés peuvent également avoir d'importantes blessures s'ils sont secoués violemment.

Les victimes des secousses sont dans 75% des cas de sexe masculin. Cette prévalence peut s'expliquer par le fait que d'un point de vue anatomique, il existe

chez le garçon de moins de un an un espace plus important entre le cerveau et la boîte crânienne.

De plus, les garçons sont souvent plus toniques, par conséquent, les soins envers eux le sont également.

Dans 92% des cas, il s'agit du premier enfant du couple.

Les enfants prématurés ou porteurs d'un handicap sont particulièrement plus à risque d'être victimes d'un secouement parce qu'ils ne correspondent pas toujours aux attentes de leurs parents et nécessitent plus d'attentions. C'est également le cas pour les enfants issus de grossesses multiples.

5.2. Le contexte familial [2,3,19]

L'isolement social et familial des parents a été identifié comme étant un facteur de risque dans l'apparition du syndrome du bébé secoué.

Toutefois, des études montrent qu'il peut s'agir de couples stables. En effet, 50% des couples sont mariés et 61% sont ensemble depuis plus de 5 ans.

De plus, dans 81% des cas, la mère possède une activité professionnelle stable.

Uniquement 16% des parents ont un passé conjugal ou familial difficile.

On constate une appartenance culturelle différente dans 26% des cas.

Une dépendance à l'alcool ou à la drogue constitue également un facteur de risque.

Cependant, le syndrome du bébé secoué s'observe dans tous les milieux socio-économiques et toutes les cultures.

5.3. Les auteurs des secousses [3,19,24,25]

Il est difficile d'établir un profil spécifique de l'auteur du secouement.

Néanmoins, deux grandes catégories de personnes ont pu être décrites : celles qui n'ont pas habituellement un comportement maltraitant mais qui perdent leur

calme à la suite de leur épuisement et de leur frustration devant un bébé inconsolable, et celles qui ont déjà eu des réactions violentes.

Il apparaît le plus souvent que les auteurs du secouement méconnaissent les besoins ou comportements normaux de leur enfant.

D'après diverses études, les « agresseurs » sont le plus souvent des hommes. En effet, il s'agit majoritairement des pères biologiques (50%) puis des beaux-pères ou des compagnons de la mère (20%).

Ce sont ensuite les baby-sitters ou les personnes qui s'occupent occasionnellement de l'enfant qui sont le plus souvent mises en cause (18%).

Enfin, dans environ 12% des cas, ce sont les mères biologiques qui sont responsables du secouement.

6. Les circonstances du secouement [3,10,14,20,26]

Le syndrome du bébé secoué survient la plupart du temps dans un contexte d'énervernement et de frustration.

La présence de pleurs excessifs et persistants chez un nourrisson constitue le principal facteur déclenchant de l'épisode de secouement.

Un bébé même en bonne santé peut pleurer plusieurs heures par jour sans raison particulière. Pour le nourrisson, les pleurs sont son seul moyen de communication. « Ils fonctionnent avant tout comme un signal dont le rôle principal est d'attirer l'attention de l'adulte qui s'occupe du bébé afin de répondre à ses besoins physiologiques et aussi à celui de créer des liens d'attachement ». Les pleurs sont très rarement reliés à un problème de santé.

La quantité de pleurs évolue au cours des mois. « Elle augmente à partir de la deuxième semaine de vie pour atteindre un maximum au cours du deuxième mois, généralement entre six et huit semaines. Puis, elle diminue et se stabilise vers l'âge de quatre-cinq mois ».

De ce fait, certains adultes exaspérés par les pleurs ininterrompus d'un bébé inconsolable, sont « à bout de nerfs » et perdent leur sang froid en raison de leur épuisement. Par conséquent, ils empoignent et secouent violemment le nourrisson dans le but de le faire taire.

Ce geste ne résulte donc pas d'une volonté intentionnelle de faire du mal à l'enfant mais il est la conséquence d'une perte de contrôle, d'un geste impulsif non réfléchi réalisé sous l'effet du stress.

De plus, il existe bien souvent une inconscience des dangers d'un tel acte. Plusieurs études estiment que 25 à 50% des parents ne savent pas que secouer un nourrisson est dangereux.

Ce syndrome peut également être observé dans un contexte de maltraitance et de violence volontaire envers l'enfant.

Parfois, certains parents pensent que le fait de secouer leur enfant est « une méthode disciplinaire moins dangereuse ou plus acceptable sur le plan social qu'une gifle ou un coup. »

Deux autres circonstances sont évoquées quelquefois par les adultes pour expliquer l'origine des lésions.

Cependant, ces explications sont peu plausibles et restent à l'heure actuelle controversées.

Il peut s'agir d'une manœuvre de réanimation inadéquate à la suite d'un malaise grave du bébé. Dans cette situation, les adultes, dans un excès de panique et d'affolement, secouent énergiquement le nourrisson afin qu'il revienne à lui.

Soit lors de certains jeux avec l'enfant tels que « le lancer en l'air » ou « le jeu de l'avion ».

7. La prise en charge des enfants secoués [2,8,27]

7.1. La prise en charge médico-chirurgicale

Elle a pour objectif de limiter les séquelles et leur impact sur le développement ultérieur de l'enfant.

La mise en évidence d'un hématome sous-dural chez un nourrisson impose son hospitalisation en secteur de soins intensifs en néonatalogie.

7.1.1. Les traitements médicaux

Les soins médicaux dépendent de l'état clinique de l'enfant.

Devant un tableau neurologique grave, la prise en charge médicale d'un bébé secoué vise tout d'abord à corriger les signes de détresse vitale (troubles respiratoires, instabilité hémodynamique, coma).

L'intubation endotrachéale et la ventilation assistée sont mises en place de façon précoce lorsque l'enfant présente des troubles de la conscience ou des troubles respiratoires.

Le traitement de l'épilepsie repose, dans un premier temps, sur un traitement médical curatif de la crise puis sur un traitement préventif de fond ayant pour but d'empêcher l'apparition d'autres crises comitiales.

Au long cours, la prise en charge médicale repose sur de la rééducation fonctionnelle (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...) afin de limiter les séquelles sensori-motrices et psycho-intellectuelles chez l'enfant.

7.1.2. Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical consiste à évacuer l'hématome sous-dural permettant ainsi de diminuer la pression intracrânienne.

On distingue trois méthodes chirurgicales :

-la ponction transfontanellaire : elle est principalement réalisée comme geste d'urgence lorsque l'état clinique de l'enfant est grave.

-la mise en place d'une dérivation sous-durale externe : elle est indiquée dans les cas où l'hématome est récent encore constitué de caillots sanguins risquant d'obstruer le matériel de dérivation interne. La principale complication de cette méthode est l'infection.

-la mise en place d'une dérivation sous-duro-péritonéale : il s'agit de la méthode chirurgicale de choix. Elle est réalisée soit en première intention dans la plupart des cas soit après quelques jours de drainage externe. Elle reste en place pendant une durée de trois mois environ.

7.2. La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale du syndrome du bébé secoué repose sur une prise en charge multidisciplinaire faisant intervenir des médecins (pédiatre, neurochirurgien, radiologue...), des psychologues et des assistantes sociales.

Elle comprend la réalisation de nombreux entretiens des parents et de toutes les personnes intervenant auprès de l'enfant avec les différents professionnels.

Ces entretiens, qui doivent être faits consciencieusement, ont pour objectif de comprendre les circonstances exactes du secouement : s'agissait-il d'un geste de maltraitance volontaire ou d'un geste non réfléchi ?

Ces entretiens permettent également d'apprécier l'environnement social et familial du bébé.

Ensuite, l'ensemble de ces informations et les données du diagnostic médical sont discutés au cours d'une réunion multidisciplinaire hebdomadaire.

Cette réunion a pour but de décider l'indication d'un éventuel signalement aux autorités afin de protéger au mieux l'enfant.

8. Le pronostic des enfants secoués [8,14,27,28]

Le pronostic du syndrome du bébé secoué est particulièrement sévère.

En effet, le taux de mortalité chez les bébés victimes d'un secouement varie de 20 à 25% selon les études. Plus l'enfant est jeune au moment du secouement et plus le risque de décès est élevé.

De plus, on constate fréquemment la présence de graves séquelles chez les nourrissons qui survivent.

On retrouve des séquelles ophtalmologiques qui surviennent immédiatement après l'épisode aigu : 8% des enfants secoués ont une cécité et 12% une atteinte visuelle sévère.

On observe également d'importantes séquelles neurologiques dont le délai d'apparition (« intervalle libre ») par rapport à l'épisode aigu est variable : de quelques mois à plusieurs années.

Des déficits moteurs sévères sont décrits tels que des hémipariésies ou tétrapariésies (25% des cas) et des hémipariésies (17% des cas).

Une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien entraînant une microcéphalie est rencontrée dans 33% des cas. Elle est le reflet de la stagnation de la croissance du cerveau (atrophie cérébrale).

On constate dans la majorité des cas (75%) un retard psychomoteur se traduisant par un retard des acquisitions normalement attendues pour l'âge (motricité, langage).

Dans les deux ans, on peut voir apparaître des problèmes d'épilepsie persistants (33% des cas).

Des troubles du comportement peuvent se manifester de façon tardive (dans les 4 ans). Ils sont observés chez 50% des bébés secoués.

On note des syndromes anxieux (17%), des troubles autistiques (33%), des hyperactivités (17%) et des troubles de la concentration.

On constate aussi la présence de troubles cognitifs (dans les 5 à 6 ans). Ce sont essentiellement des déficiences intellectuelles (92% des cas) avec baisse du quotient intellectuel.

L'association de troubles cognitifs et de troubles du comportement entraîne des difficultés scolaires.

9. La prévention du syndrome du bébé secoué

9.1. La prévention à l'étranger [7,10,14,29,30,31]

Des campagnes de sensibilisation sur le syndrome du bébé secoué existent depuis plusieurs années dans de nombreux pays européens et anglo-saxons.

Le premier programme de prévention intitulé « Don't shake the baby » a été mis en place dans l'état de l'Ohio aux Etats-Unis dans les années 1989-1990. L'objectif de ce projet était d'informer les parents sur les pleurs du nourrisson et les stratégies pour y faire face ainsi que sur les dangers d'un acte de secouement. De ce fait, une plaquette d'informations était remise à tous les nouveaux parents pendant la période post-natale immédiate.

En 1994, une campagne de prévention nommée « Never shake your baby » est créée en Grande-Bretagne.

En Belgique, depuis plusieurs années, un dépliant « Votre bébé est fragile, bercez-le, ne le secouez-pas », conçu par le service de neurologie pédiatrique de Bruxelles et l'équipe SOS-Enfants Famille de l'université catholique de Louvain, est distribué à tous les parents de nouveau-nés.

En 1998, au Canada, la société canadienne de pédiatrie publie une plaquette intitulée « Never shake a baby ».

Au Québec, en 2002, le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine a affirmé que la prévention du syndrome du bébé secoué était l'une de ses priorités. Pour cela, il a développé le programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS) qui comprend plusieurs modules.

Le premier module de ce projet vise à sensibiliser tous les nouveaux parents quant aux pleurs du nourrisson, à la colère et aux dangers de secouer un bébé grâce à l'intervention éducative d'une infirmière lors du séjour à la maternité.

Le deuxième module vise à développer d'autres outils éducatifs de prévention tel que : le thermomètre de la colère (annexe I) dont l'objectif est de prévenir la violence physique envers les jeunes enfants par la gestion de la colère et, le cédérom de formation permettant aux professionnels au contact d'enfants de mieux reconnaître le syndrome du bébé secoué.

En 2004, le National Center on Shaken Baby syndrome initie en Amérique du Nord un programme de prévention nommé « The period of PURPLE crying ». Chaque lettre du mot PURPLE désigne une caractéristique des pleurs (annexe II).

Ce programme a pour but d'aider les parents à comprendre la normalité des pleurs et donne des conseils pour calmer l'enfant. Il insiste également sur les risques que peuvent provoquer des secousses chez un bébé.

Il comprend un livret d'éducation de 11 pages et un DVD qui sont remis aux nouveaux parents.

L'efficacité de ces différents programmes de prévention a été confirmée par plusieurs études récentes révélant une réduction significative du nombre d'enfants secoués et une amélioration des connaissances des parents au sujet du syndrome du bébé secoué.

Il apparaît donc primordial de développer cette prévention à d'autres pays.

9.2. La prévention en France [3,32,33]

En France, les différentes campagnes de sensibilisation concernant le syndrome du bébé secoué ont été mises en place que récemment.

Tout d'abord, des campagnes de prévention locales ont été créées à l'initiative de certains hôpitaux notamment au centre hospitalier universitaire de Bordeaux et à l'hôpital Necker-enfants malades à Paris (annexe III).

Puis, en 2005, le Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) lance une campagne nationale de prévention sur le syndrome du bébé secoué.

Le principal outil de cette campagne est une plaquette d'information ayant pour titre « Il ne faut jamais secouer un bébé. Secouer peut tuer ou handicaper à vie ». Cette brochure comporte des illustrations faite par Philippe Geluck (annexe IV). Elle était distribuée à tous les nouveaux parents.

De plus, des posters sont affichés dans les maternités et les lieux d'accueil enfants-parents.

Depuis 2006, le carnet de santé des nouveau-nés comprend dès les premières pages un message de prévention destiné aux parents les avertissant que « secouer un bébé peut le laisser handicaper à vie » (annexe V).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2011 des recommandations à l'intention des professionnels. Ces recommandations ont été créées suite à une audition publique organisée par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) en 2009.

En terme de prévention, elle « recommande d'organiser régulièrement des campagnes d'information grand public afin de sensibiliser le plus grand nombre à ce syndrome encore mal connu ». Elle propose également « qu'au moment de la sortie de la maternité, les jeunes parents soient informés systématiquement sur les pleurs du nourrisson, la possibilité d'en être exaspérés et les conséquences irréparables d'un acte de secouement ».

De plus, la Haute Autorité de Santé a mis à disposition sur son site internet des vidéos de prévention.

Deuxième Partie :
La démarche de recherche

1. Présentation de l'étude

1.1. La problématique

La problématique de mon mémoire est :

Les mères, avant leur retour à domicile, sont-elles informées sur les pleurs du nourrisson et sur le syndrome du bébé secoué ?

1.2. Les objectifs de mon étude

Mon mémoire est basé sur les objectifs suivants :

- Evaluer les connaissances des mères sur les pleurs du nouveau-né et sur le syndrome du bébé secoué.
- Proposer des moyens d'action à mettre en place afin d'assurer une prévention efficace de ce syndrome.

1.3. Les hypothèses de mon étude

Ma problématique m'a amené aux hypothèses suivantes :

- Les mères méconnaissent le syndrome du bébé secoué.
- Les mères ne sont pas assez informées concernant les pleurs du nouveau-né et sur le syndrome du bébé secoué.
- Les sages-femmes en tant que professionnel de santé ont un rôle important dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

1.4. La méthodologie de l'étude

1.4.1. Le type d'étude

J'ai réalisé une enquête prospective par questionnaires (annexe VI) auprès des accouchées dans les services de suites de couches à la maternité.

Les femmes ne participaient que de manière volontaire et après leur avoir expliqué les objectifs de mon mémoire.

1.4.2. La population de l'étude

Le critère d'inclusion correspondait à toutes les accouchées, quelque soit leur parité et leur mode d'accouchement.

Les patientes ne parlant pas la langue française ont été exclues de l'étude.

1.4.3. Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée à l'hôpital Maternité de Metz (niveau II b) et à la maternité de l'hôpital Bel Air de Thionville (niveau II b) au cours du mois de décembre 2012.

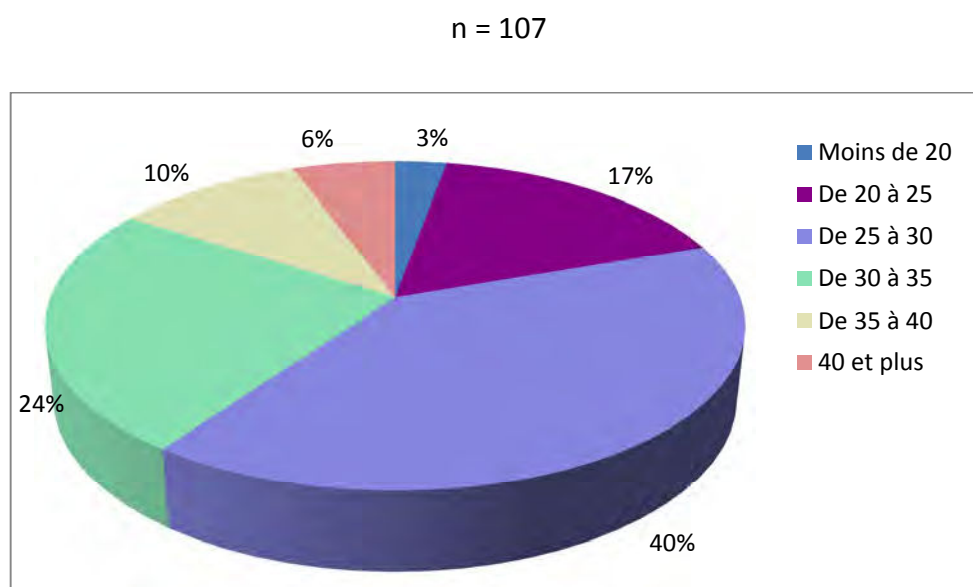
Les questionnaires étaient distribués aux mères lors de leur séjour en maternité par l'intermédiaire des professionnels de santé ou par moi-même. Ils étaient récupérés par les professionnels de santé le jour de la sortie de chaque patiente.

2. Résultats de l'étude

L'enquête réalisée dans ces deux maternités m'a permis de recueillir 107 questionnaires exploitables sur 130 questionnaires distribués, soit un taux de participation de 82%.

2.1. Présentation

Question 1 : Quel est votre âge ?



Graphique 1 : Age des femmes ayant répondu au questionnaire

La moyenne d'âge des femmes ayant répondu au questionnaire est de 29,9 ans.

Question 2 : Quelle est votre situation familiale ?

Sur les 107 femmes interrogées, 40% étaient mariées, 33% vivaient en concubinage, 21% étaient pacsées et 7% étaient célibataires.

Question 3 : Travaillez-vous ?

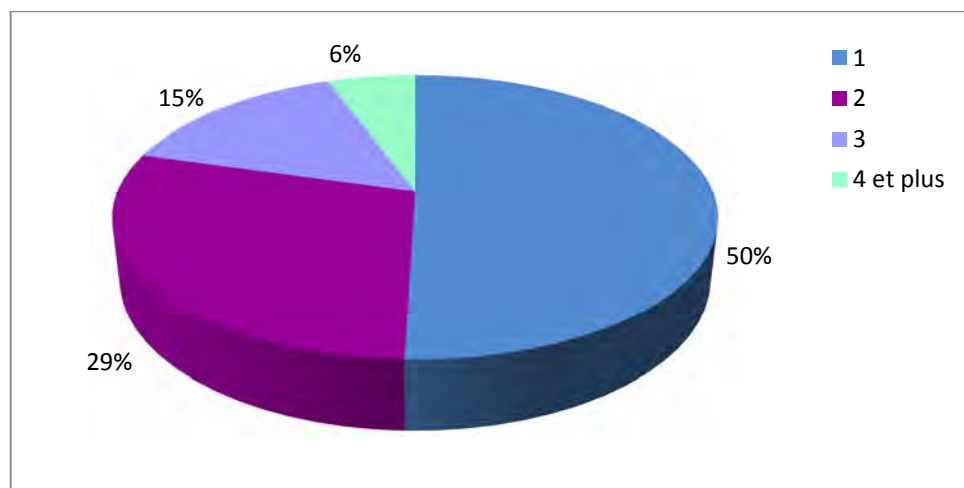
Parmi les 107 femmes interrogées, 28 soit 26% sont inactives.

Une activité professionnelle est exercée à 74%, soit 79 personnes, répartis de la façon suivante :

- 11 cadres et professions intellectuelles supérieures
- 29 professions intermédiaires
- 39 employées

Question 4 : Combien avez-vous d'enfants ?

n = 107



Graphique 2 : Nombre d'enfants des femmes interrogées

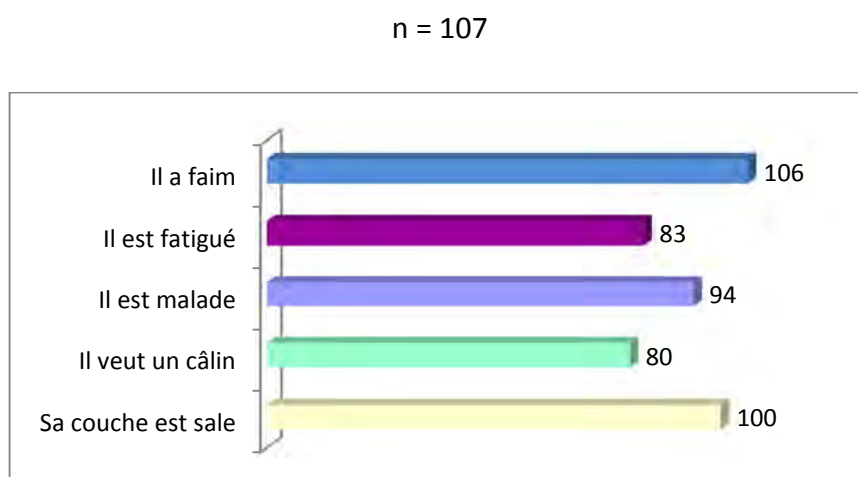
Parmi les 107 accouchées,

- 54 venaient d'accoucher pour la première fois
- 31 pour la seconde fois
- 16 pour la troisième fois
- 6 pour la quatrième fois ou plus.

La population interrogée est donc composée de 54 primipares et de 53 multipares.

2.2. Connaissances sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué

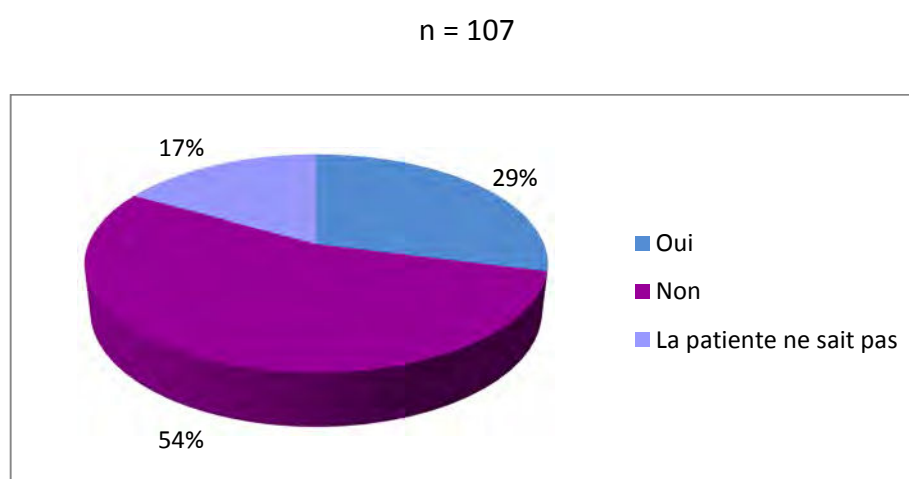
Question 5 : D'après vous que peuvent signifier les pleurs d'un bébé ? (Question à choix multiples)



Graphique 3 : Significations des pleurs d'un bébé

65% des mères interrogées ont cité les cinq propositions.

Question 6 : Selon vous, est-ce normal qu'un bébé puisse pleurer jusqu'à 2 heures par jour sans raison particulière ?



Graphique 4 : Normalité des pleurs selon les mères

La réponse attendue « oui » a été donnée par 31 mamans dont 13 primipares pour 18 multipares.

Question 7 : Imaginez que votre bébé pleure depuis 2 heures vous avez tout fait pour le calmer mais il continue à pleurer et vous êtes exaspérés que pouvez-vous faire ?

n = 107

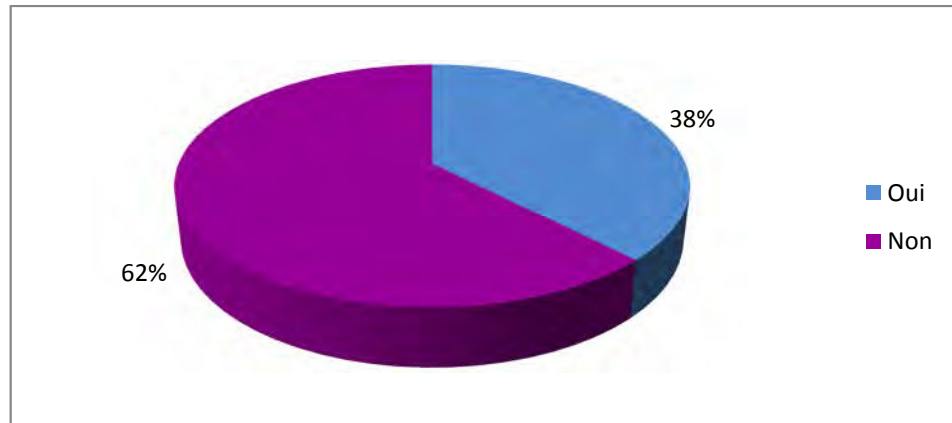
Parmi les 107 femmes interrogées, 15 (soit 14%) n'ont pas répondu à cette question.

Les 92 femmes ayant répondu ont formulé ces propositions :
(Sachant qu'une même femme a pu donner plusieurs réponses).

Passer le relais au papa ou à une tierce personne	30 (28%)
Appeler un médecin, une sage-femme	22 (21%)
Demander des conseils à la famille, aux amis	17 (16%)
Le bercer	12 (11%)
Le coucher dans son lit et sortir de la pièce afin de pouvoir « décompresser »	10 (9%)
Lui donner un bain	6 (6%)
Le laisser pleurer	5 (5%)
Lui donner des médicaments (doliprane)	1 (1%)

Question 8 : Avez-vous déjà rencontrés des difficultés avec la gestion des pleurs de vos enfants ? (répondez à cette question seulement si vous avez d'autres enfants)

n = 53



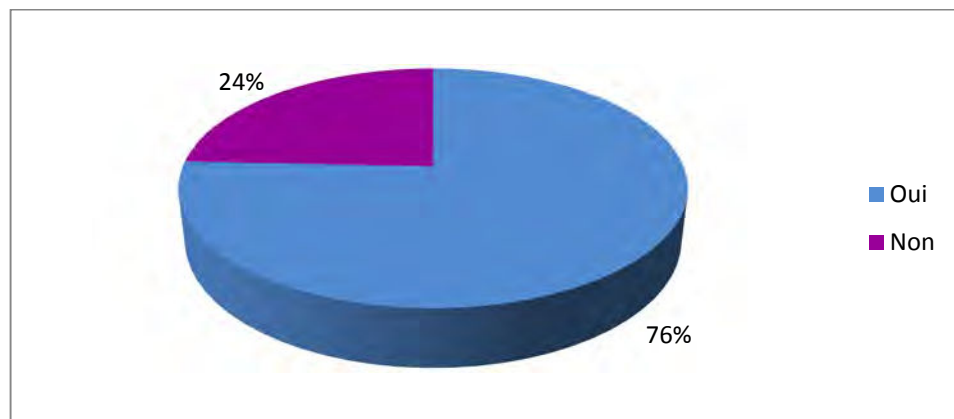
Graphique 5 : Femmes ayant déjà rencontrés des difficultés avec la gestion des pleurs de leurs enfants

Sur les 53 multipares interrogées, 33 d'entre elles soit 62% ont répondu « non » à cette question.

38% des multipares, soit 20 mamans, déclarent avoir déjà eu des difficultés avec la gestion des pleurs de leurs enfants.

Question 9 : Avez-vous déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué ?

n = 107



Graphique 6 : L'information des femmes sur le syndrome du bébé secoué

Sur les 107 accouchées interrogées, 81 dont 35 primipares et 46 multipares ont déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué.

Question 10 : D'après vous, de quoi s'agit-il ?

n = 81

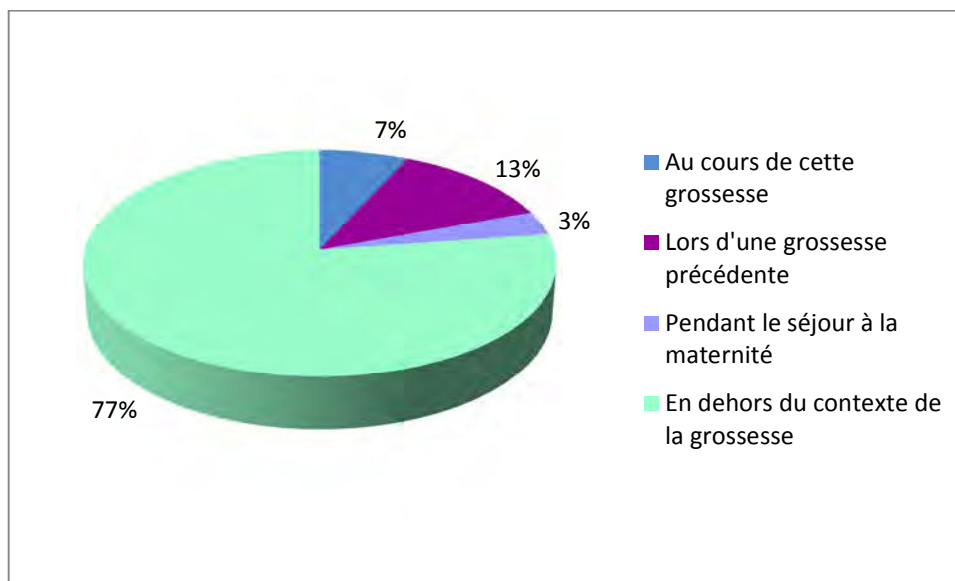
Parmi les 81 femmes informées, 29 (soit 36%) n'ont pas répondu à cette question.

Les 52 autres ont donné ces réponses :

Secouement violent du bébé à cause des pleurs	33 (40%)
Secouement brusque du bébé entraînant de graves lésions	11 (14%)
Maltraitance	8 (10%)

Question 11 : A quel moment avez-vous été informée ? (Question à choix multiples)

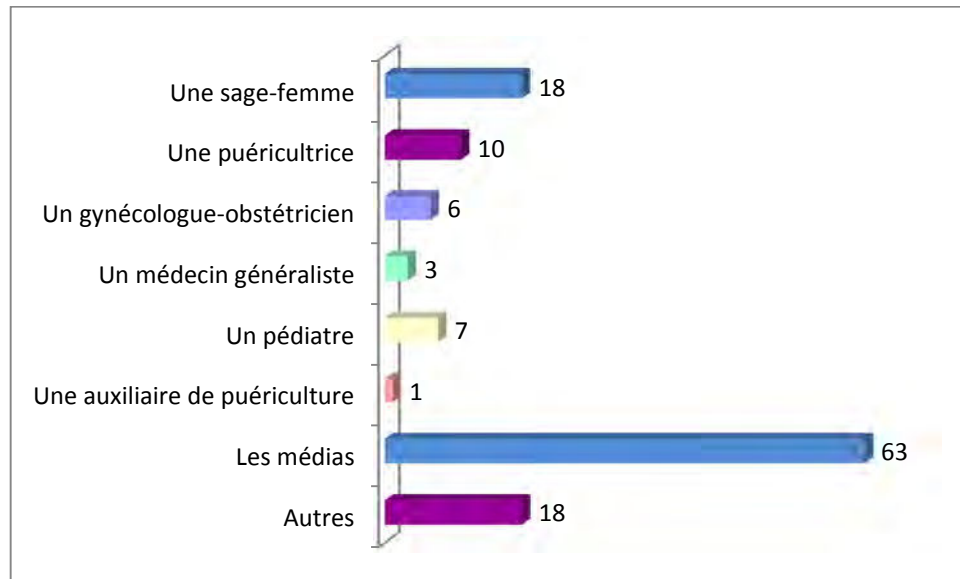
n = 81



Graphique 7 : Le moment de l'information de la femme

Question 12 : Qui vous a transmis cette information ? (Question à choix multiples)

n = 81

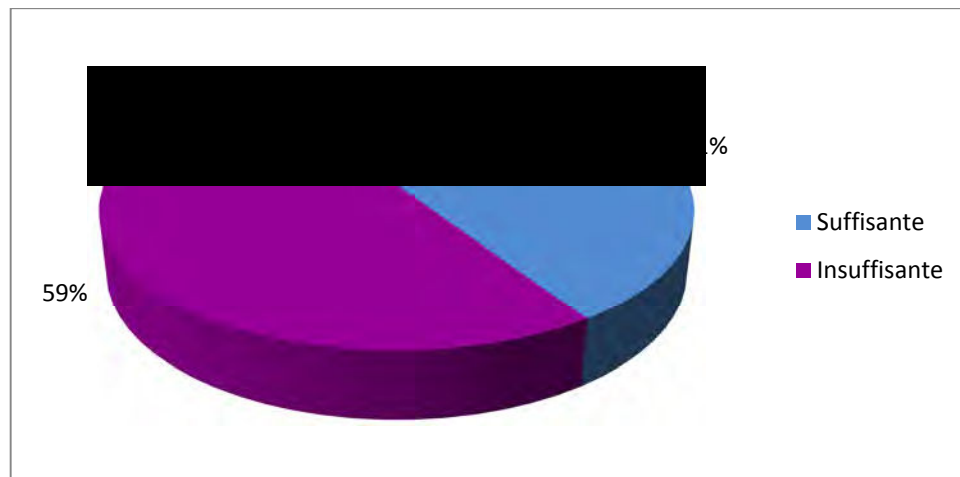


Graphique 8 : La transmission de l'information

Autres : entourage, formation professionnelle, étude.

Question 13 : L'information reçue vous semble :

n = 81

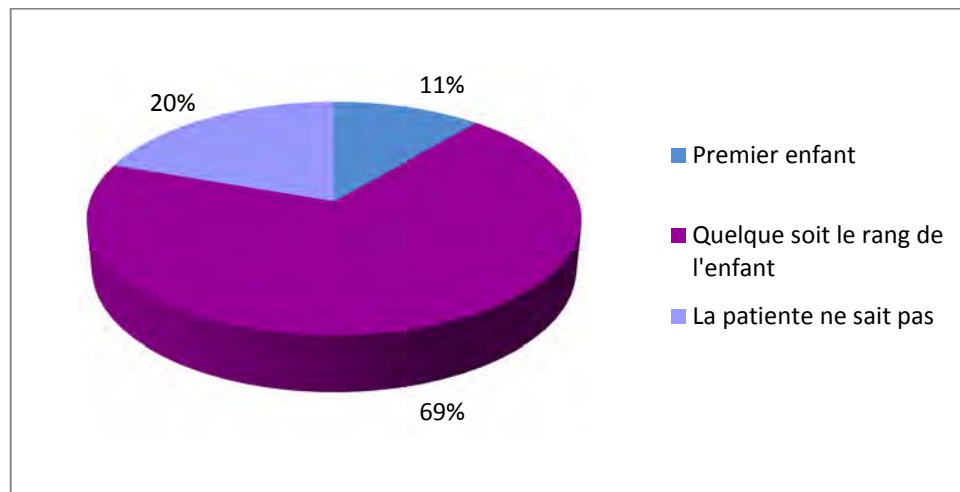


Graphique 9 : La qualité de l'information reçue

Parmi les 81 femmes informées, 33 jugent que l'information reçue est insuffisante et 48 estiment que celle-ci est suffisante.

Question 14 : Selon vous, l'enfant secoué est le :

n = 107

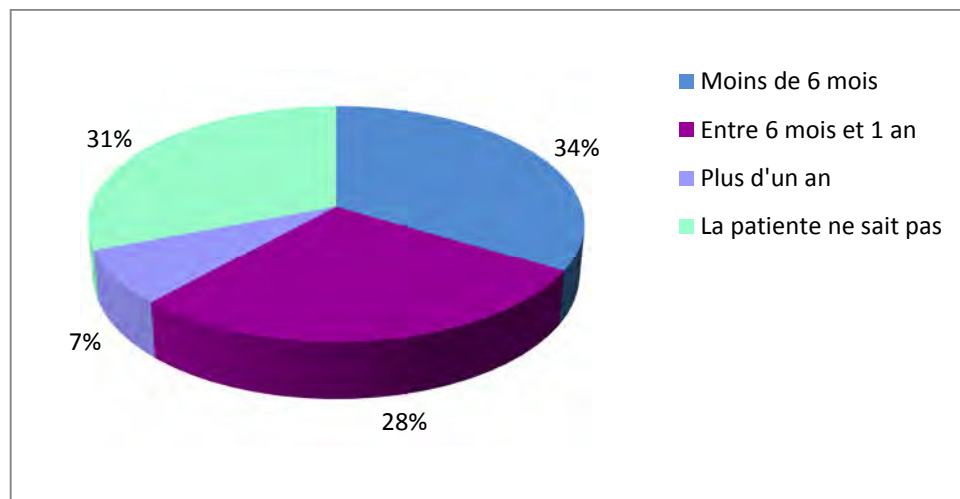


Graphique 10 : Le rang de l'enfant secoué

La réponse exacte « 1^{er} enfant du couple » a été citée par 12 mères dont 5 primipares pour 7 multipares.

Question 15 : Selon vous, l'enfant secoué est âgé le plus souvent de :

n = 107

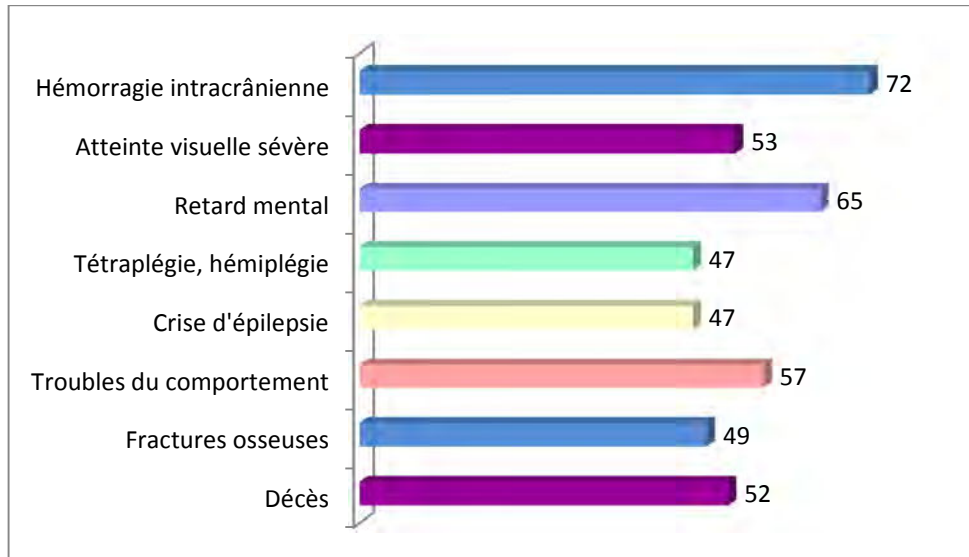


Graphique 11 : L'âge de l'enfant secoué

La réponse juste « moins de 6 mois » a été donnée par 36 accouchées parmi lesquelles 16 primipares pour 20 multipares.

Question 16 : Selon vous, secouer un enfant peut provoquer : (Question à choix multiples)

n = 107

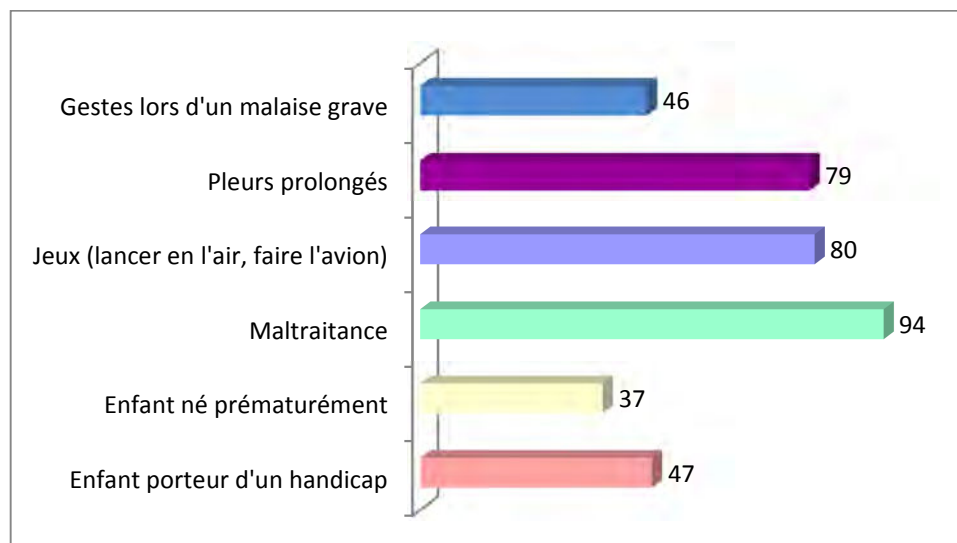


Graphique 12 : Les conséquences du syndrome du bébé secoué

23% des femmes interrogées ont coché les 8 propositions.

Question 17 : Situation(s) à risque de provoquer des secousses ? (Question à choix multiples)

n = 107

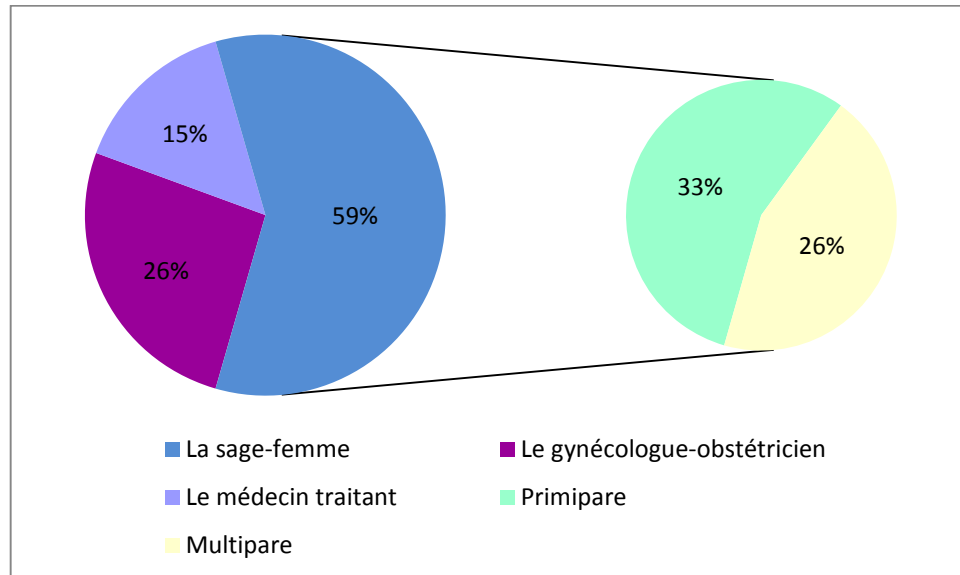


Graphique 13 : Les situations à risque selon les mères

Question 18 : Quel est selon vous le professionnel de santé le mieux placé pour vous en parler (précisez pourquoi) :

-au cours de la grossesse :

n = 107



Graphique 14 : Professionnel de santé privilégié au cours de la grossesse

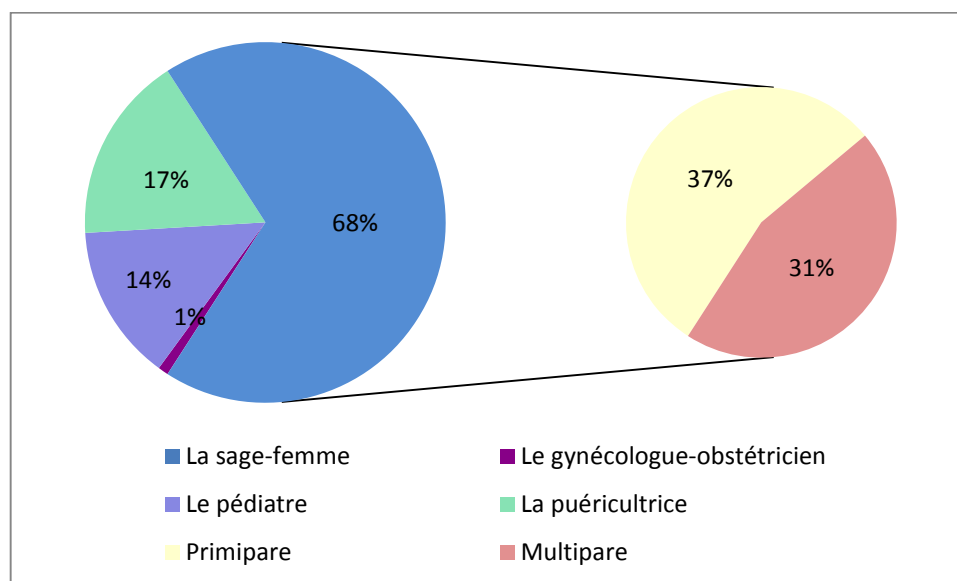
Justifications (*la sage-femme*) : disponibilité, personne très à l'écoute, visite régulière grâce aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Justifications (*le gynécologue-obstétricien*) : visite mensuelle pour le suivi de la grossesse.

Justifications (*le médecin traitant*) : visite régulière, disponibilité.

-au cours du séjour à la maternité :

n = 107



Graphique 15 : Professionnel de santé privilégié au cours du séjour à la maternité

Justifications (la sage-femme) : contact fréquent lors de la journée, relation privilégiée car « elle donne beaucoup de conseils ».

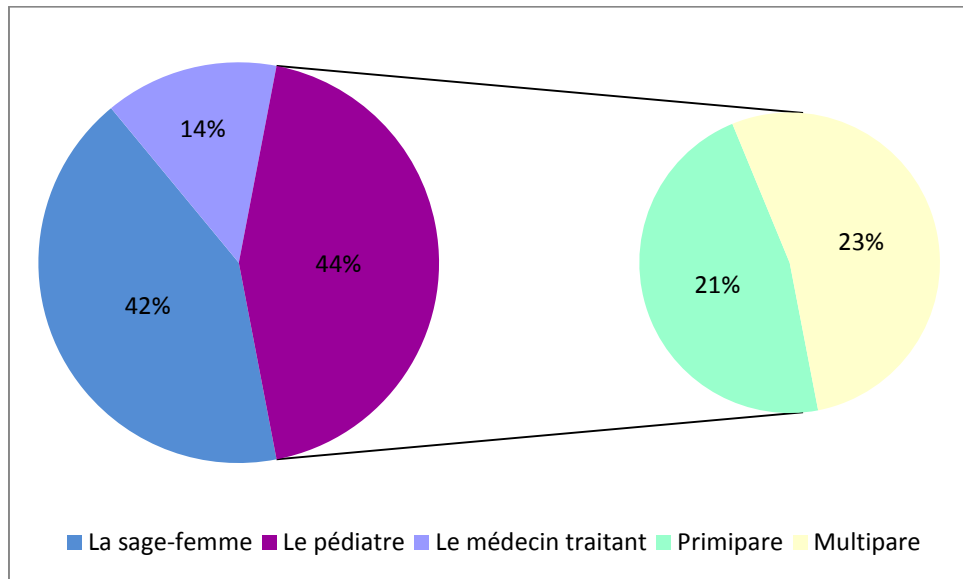
Justifications (la puéricultrice) : professionnel de santé s'occupant des enfants, « donne beaucoup de conseils ».

Justifications (le pédiatre) : médecin spécialiste des enfants.

Justifications (le gynécologue-obstétricien) : visite au cours du séjour.

-au retour à la maison et au cours des premiers mois de vie de votre bébé :

n = 107



Graphique 16 : Professionnel de santé privilégié au retour à la maison

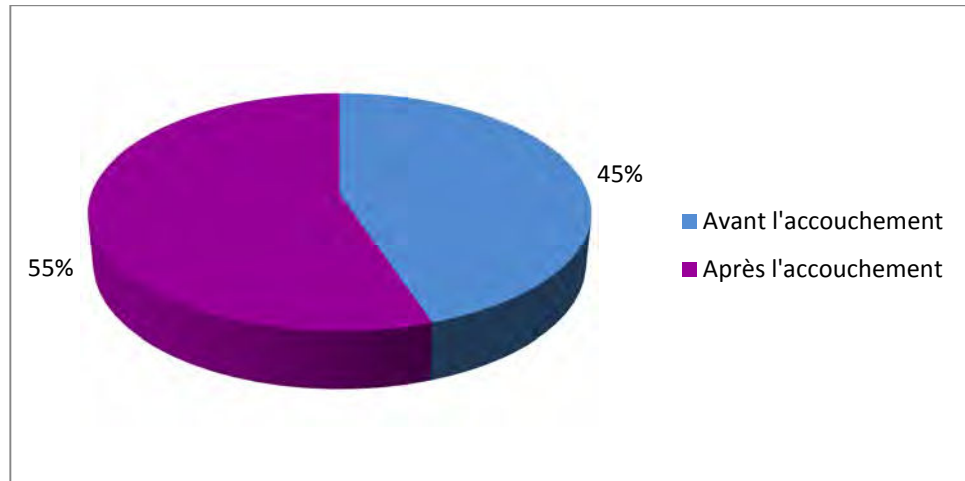
Justifications (la sage-femme) : contact régulier grâce aux séances de rééducation périnéale, disponibilité.

Justifications (le pédiatre) : médecin spécialiste des enfants.

Justifications (le médecin traitant) : médecin réalisant le suivi de l'enfant.

Question 19 : Quel serait, selon vous, le moment le plus propice pour aborder la thématique du syndrome du bébé secoué ?

n = 107



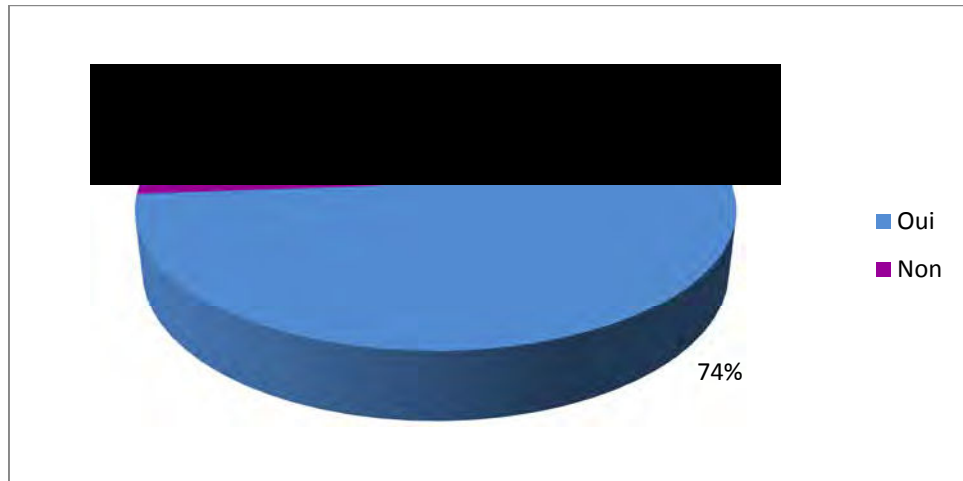
Graphique 17 : Moment le plus propice pour aborder ce thème

Sur les 107 mères interrogées, 48 dont 23 primipares et 25 multipares, considèrent que le moment le plus propice pour aborder ce thème serait avant l'accouchement, notamment lors des séances de préparation à la naissance.

Et, 59 accouchées, dont 29 primipares et 30 multipares, placent ce moment après l'accouchement, au cours du séjour à la maternité.

Question 20 : Aimeriez-vous avoir plus d'information concernant le syndrome du bébé secoué ?

n = 107

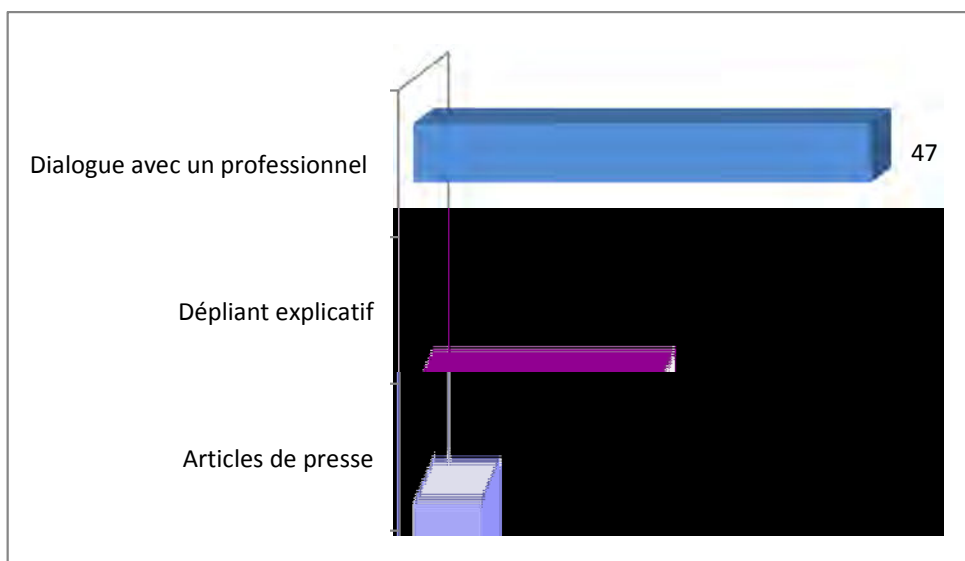


Graphique 18 : Femmes souhaitant avoir plus d'information

Parmi les 107 femmes ayant répondu au questionnaire, 79 d'entre elles soit 74% souhaiteraient avoir plus d'information concernant le syndrome du bébé secoué parmi lesquelles 43 primipares et 36 multipares.

Si oui, de quelle manière ?

n = 79



Graphique 19 : Moyens d'information privilégiés par les femmes

Troisième Partie :
Interprétation des résultats et
proposition

1. Interprétation des résultats de l'enquête

1.1. La présentation de la population

La population étudiée est composée de 107 accouchées, dont 54 primipares et 53 multipares. Nous avons un échantillon proportionnellement égal, ce qui nous permet de confronter leurs réponses.

L'âge moyen des femmes ayant répondu au questionnaire est de 29,9 ans. Nous pouvons dire que notre population est relativement jeune. De plus, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la moyenne d'âge des mères à l'accouchement est de 30,1 ans en 2012. Ainsi, grâce à ce chiffre, nous constatons que notre échantillon est représentatif de la population générale. [34]

1.2. L'information des femmes

Questions 9 à 13

Cet ensemble de questions permet d'évaluer l'information des femmes au sujet du syndrome du bébé secoué.

A la question « Avez-vous déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué ? », nous constatons que la majorité de la population étudiée (76%) a répondu « oui ». Nous observons également un nombre de réponses positives plus important chez les patientes multipares (46) que chez les primipares (35). Cette prédominance semble logique et est probablement lié au fait que ces mères ont pu être informées lors d'une grossesse précédente.

La question 10 demande aux mères ayant répondu « oui » à la question précédente de dire selon elle « de quoi il s'agit ? ». Ainsi, nous remarquons qu'environ un tiers des femmes (36%) déclarant avoir déjà entendu parler de ce syndrome n'ont pas répondu à cette question. Seulement 14% des accouchées indiquent qu'il s'agit d'un secouement brusque du bébé entraînant de graves lésions. D'autre part, 40% de la population informée répond qu'il s'agit d'un secouement violent du bébé à cause des pleurs. Enfin, 10% évoquent le terme « maltraitance ».

Grâce à la question 11, nous souhaitons déterminer à quel moment les femmes avaient été informées. Une grande majorité des femmes, soit 77 %, déclare avoir reçu une information sur le syndrome du bébé secoué en dehors du contexte de la grossesse. Au cours de la grossesse, très peu de femmes ont reçu une information : 13 % lors d'une grossesse antérieure, 7 % lors de cette grossesse et 3 % pendant le séjour à la maternité.

Au vu des réponses, nous constatons que le syndrome du bébé secoué est un sujet qui est très peu abordé dans le cadre d'une naissance. A notre sens, il est primordial qu'une information sur les pleurs et sur ce syndrome soit faite de façon systématique à tous les couples, d'autant plus pour les couples n'ayant jamais eu d'enfant.

Nous pouvons dire également que les recommandations de prévention élaborées par la Haute Autorité de Santé ne sont pas respectées.

La question 12 nous permet d'identifier les sources de l'information. Ainsi, nous constatons que les femmes sont majoritairement informées par les médias (57%). Environ un tiers des accouchées (37%) déclarent avoir été informés par un professionnel de santé. Ce sont les sages-femmes et les puéricultrices qui sont le plus souvent citées.

La question 13 vise à apprécier la satisfaction des mères quant à l'information reçue. Nous observons que plus de la moitié des mamans (59%) jugent que l'information reçue est insuffisante.

De ce fait, il est primordial que ces informations soient complétées.

1.3. Les connaissances des femmes

1.3.1. Les pleurs d'un bébé

Questions 5 à 8

Les questions 5 et 6 permettent d'évaluer les connaissances des mères concernant les pleurs du nouveau-né.

La question 5 interrogeait les femmes sur la signification des pleurs. L'ensemble des réponses proposées étaient exactes. Il apparaît d'après les réponses que l'ensemble de la population étudiée possède des connaissances suffisantes en ce qui concerne les principales significations des pleurs d'un nourrisson.

Cependant, il existe probablement un biais dans la réponse à cette question dans la mesure où des propositions étaient faites aux femmes ce qui a pu induire leurs réponses.

La question 6 concernait la normalité des pleurs. Uniquement 29% des femmes interrogées parmi lesquelles 13 primipares et 18 multipares ont répondu « oui » à cette question. Les autres mères se sont trompées ou n'ont pas répondu à la question, avec une proportion quasiment égale de primipares et de multipares.

Au regard du peu de réponses correctes, nous pouvons dire que la majorité de la population étudiée ignore qu'un bébé peut pleurer plusieurs heures par jour sans raison particulière. Il est donc primordial de le leur rappeler.

D'autre part, il est surprenant de s'apercevoir que plus de la moitié des multipares n'ont pas conscience de cette normalité.

La question 7 faisait référence aux stratégies à mettre en place lorsqu'un parent est exaspéré par les pleurs d'un bébé. Nous laissons aux mères interrogées la liberté de rédiger leurs réponses. Les stratégies à mettre en place sont :

- Passer le relais au papa ou à une tierce personne (cité par les femmes)
- Appeler un professionnel de santé (médecin, sage-femme, puéricultrice) (cité)
- Demander des conseils à la famille ou aux amis (cité)
- Coucher l'enfant dans son lit dans une position sécuritaire, le laisser se calmer seul et sortir de la pièce pour se calmer soi-même (cité) [35]

Au vu des réponses, nous observons que toutes les propositions qui peuvent être mises en place ont été citées par les femmes. Cependant, la majorité des femmes ne cite souvent qu'une réponse.

L'objectif de la question 8 était de mettre en évidence le pourcentage de femmes, dans la population étudiée, déclarant avoir déjà rencontrés des difficultés avec la gestion des pleurs de leurs enfants. Ainsi, parmi les 53 multipares, on remarque que 20 d'entre elles soit 38% ont répondu « oui » à cette question.

De part les réponses à ces questions, nous constatons qu'il est essentiel que nous informions les femmes au sujet des pleurs et donnions des stratégies à mettre en place pour y faire face.

1.3.2. Le syndrome du bébé secoué

Questions 14 à 17

L'objectif de ce groupe de questions est d'évaluer les connaissances des mères au sujet du syndrome du bébé secoué.

Les questions 14 et 15 faisaient référence aux facteurs de risques liés à l'enfant.

La question 14 concernait le rang de naissance de l'enfant secoué. Au vu des réponses, nous remarquons que la majorité des mères (soit 89%) n'a pas su répondre ou n'a pas répondu correctement à cette question, avec une répartition égale entre les primipares et les multipares. Seulement 12 mères, soit 11%, dont 5 primipares et 7 multipares ont donné la réponse exacte « 1^{er} enfant du couple ».

Ainsi, nous constatons que la plupart des accouchées ne savent pas que le premier enfant est plus à risque d'être victime du syndrome du bébé secoué.

La question 15 portait sur l'âge de l'enfant secoué. A cette question, nous observons également que la majeure partie des accouchées n'a pas mentionné la bonne réponse ou n'ont pas su répondre, soit 66 %.

La réponse correcte « moins de 6 mois » a été donnée à 34% soit par 36 patientes sur 107 dont 16 primipares pour 20 multipares.

De ce fait, nous pouvons dire que la majorité de la population étudiée ne connaît pas l'âge de survenue de prédilection du syndrome du bébé secoué.

La question 16 avait pour but d'identifier les conséquences que peut provoquer un acte de secouement chez un enfant. Toutes les réponses proposées pouvaient être citées. Cependant, nous constatons que seul 23% des femmes interrogées ont coché les 8 propositions. De plus, seulement 49% des accouchées ont conscience que le syndrome du bébé secoué peut entraîner le décès de l'enfant.

Au regard de ces résultats, nous pouvons affirmer que la gravité d'un acte de secouement chez un enfant est très largement sous-estimée par la population étudiée.

La question 17 faisait référence aux situations à risque de survenue du syndrome du bébé secoué. Parmi les 6 réponses, 4 étaient exactes. Au vu des réponses, on remarque qu'aucune des femmes ayant répondu au questionnaire n'a correctement identifié toutes les situations susceptibles de provoquer ce syndrome.

Il apparaît donc, au vu des réponses, que les circonstances de survenue du syndrome du bébé secoué ne sont pas clairement connues par la population étudiée.

Cet ensemble de questions met en évidence le manque de connaissances des femmes au sujet du syndrome du bébé secoué, et ceci quelque soit leur parité. Il est donc essentiel de sensibiliser toutes les femmes à ce syndrome en leur donnant notamment des informations (facteurs de risques, circonstances de survenue, conséquences d'un secouement), ceci dans le but de diminuer son incidence.

1.4. L'avis des femmes

Questions 18 à 20

La question 18 demandait l'avis des femmes concernant le professionnel de santé le mieux placé pour aborder le thème du syndrome du bébé secoué au cours de différents moments.

Au cours de la grossesse et du séjour à la maternité, la sage-femme apparaît comme étant le professionnel de santé que les femmes privilégient pour parler de ce sujet. Les femmes ayant citées la sage-femme pour la période de la grossesse ont justifié leur choix en expliquant qu'elle était très disponible, à l'écoute et aussi par le fait qu'elles la voyaient régulièrement grâce aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. En ce qui concerne ce choix lors du séjour à la maternité, les mères ont expliqué que la sage-femme était la personne qu'elles voyaient le plus souvent lors de la journée et avec laquelle elles avaient une relation plus proche en raison du fait qu'elles donnent beaucoup de conseils.

Lors du retour à la maison et dans les premiers mois de vie de l'enfant, deux interlocuteurs sont privilégiés à part égale : le pédiatre car il est le médecin spécialiste des enfants et la sage-femme car elle réalise les séances de rééducation périnéale.

Par conséquent, nous pouvons donc dire que la sage-femme en tant que professionnel de santé occupe une place primordiale dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

Le but de la question 19 était de constater quel moment serait le plus propice à la diffusion d'informations concernant la prévention du syndrome du bébé secoué. Ainsi, au vue des réponses, nous remarquons que la population interrogée considère que ce sujet peut tout aussi bien être abordé pendant la période anténatale que post-natale.

De plus, au terme de notre étude, nous observons que la majorité des accouchées (74%) souhaiteraient avoir plus d'informations au sujet du syndrome du bébé secoué. Elles privilégient l'échange d'informations orales avec les différents professionnels de santé en particulier la sage-femme, et également la remise d'un dépliant explicatif. Ceci montre l'intérêt des femmes concernant ce thème.

Synthèse

Cette étude nous a permis de vérifier les hypothèses suivantes :

- Les mères méconnaissent le syndrome du bébé secoué.
- Les mères ne sont pas assez informées concernant les pleurs du nouveau-né et sur le syndrome du bébé secoué.
- Les sages-femmes en tant que professionnel de santé ont un rôle important dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

Comme nous savons que la diminution de l'incidence des enfants victimes du syndrome du bébé secoué est liée à une prévention, nous allons voir maintenant ce qui peut être mis en œuvre.

2. La place de la sage-femme dans la prévention

Grâce à notre étude, nous avons constaté que les femmes étaient davantage informées par les médias que par les professionnels de santé. Ceci est surprenant car selon nous ce rapport devrait être égal ou inverse. Ainsi tous les professionnels de santé au contact des parents et des nouveau-nés ont un rôle important à jouer dans la prévention de la maltraitance infantile et notamment celle du syndrome du bébé secoué. Dans notre mémoire, nous allons développer exclusivement celui de la sage-femme.

Pour les femmes de l'étude, la sage-femme apparaît comme l'interlocutrice privilégiée au cours de la grossesse et en postnatal, pour évoquer le thème du syndrome du bébé secoué. Il est donc de son devoir d'assurer la prévention auprès des parents. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la sage-femme « joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant [...] ses soins incluent des mesures préventives » [16].

D'autre part, au cours de notre étude, nous avons constaté que la thématique du syndrome du bébé secoué est peu abordée dans le cadre d'une naissance entraînant une méconnaissance importante des femmes à ce sujet. De plus, les mères interrogées considèrent que ce thème peut tout aussi bien être abordé pendant la période anténatale que post-natale. Une majorité d'entre elles souhaitent un complément d'information.

2.1. La prévention en prénatale

Au cours de la période prénatale, le rôle de la sage-femme en terme de prévention est très important. Cette prévention concerne aussi bien la sage-femme hospitalière, la sage-femme libérale et la sage-femme de PMI (protection maternelle et infantile).

Les compétences de la sage-femme au cours de la période prénatale consiste à réaliser le suivi de grossesse dans la mesure où il est physiologique et également la préparation à la naissance et à la parentalité.

2.1.1. Le suivi de grossesse

Il est réalisé par la sage-femme hospitalière ou la sage-femme libérale. Les consultations de grossesse peuvent avoir lieu au cabinet ou au domicile de la

patiente. Les consultations durent en moyenne une demi-heure permettant l'établissement d'un dialogue et d'une relation privilégiée entre la sage-femme et sa patiente. Au cours de ces consultations, la sage-femme, outre les examens habituels du suivi de grossesse, peut transmettre des messages de prévention. Elle peut également dépister les femmes et les couples plus vulnérables, c'est-à-dire ceux présentant des facteurs de risques de secouer leur enfant (isolement social et familial, dépendance à l'alcool ou à la drogue). Ceci est d'autant plus facile lorsque la sage-femme a accès à l'environnement familial de la patiente.

2.1.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité constituent effectivement un moment privilégié pendant lequel une prévention peut être abordée. Différents thèmes sont évoqués par la sage-femme dont notamment l'accouchement, l'allaitement ou le retour à domicile. Le comportement normal de l'enfant ainsi que les pleurs sont donc un thème qui serait judicieux d'aborder au cours de ces séances. Par extension, la sage-femme pourrait relayer une prévention concernant le syndrome du bébé secoué en parlant des circonstances de survenue et des conséquences d'un acte de secouement.

Ces séances sont un moment de discussion et d'échange riche entre plusieurs femmes voire couples, quelque soit leur parité et leur niveau socio-économique. Elles permettent donc aux couples ayant déjà des enfants de faire part de leur expérience en ce qui concerne la maternité, apportant une source d'information supplémentaire aux couples n'ayant jamais eu d'enfant qui eux sont plus à risque et les moins informés sur le sujet. Il serait important que le père assiste à la séance abordant l'enfant car celui-ci est dans la majorité des cas l'auteur du secouement.

Une information écrite peut venir coupler la séance sous forme d'une plaquette explicative. Elle aurait pour but de renforcer la prévention orale et comme avantage

le fait d'être consultable à tout moment par les parents. Cette plaquette répond à la demande des mères d'être plus informées.

L'inconvénient de ces séances de préparation à la naissance et à la parentalité est qu'elles ne sont pas suivies par toutes les futures mamans. Cependant, la prévention peut avoir lieu à d'autres moments.

2.1.3. La sage-femme de protection maternelle et infantile

Selon le conseil national de l'ordre des sages-femmes, « les sages-femmes de P.M.I (ou sages-femmes territoriales) ont essentiellement un rôle de prévention par le biais d'une fonction à la fois sociale et médicale » [36]. La relation entre la sage-femme territoriale et la patiente est privilégiée car les consultations ont lieu uniquement à domicile créant ainsi une atmosphère de confiance propice à la discussion et donc à la prévention de la maltraitance. Elle peut être sollicitée par la patiente elle-même ou par des professionnels de la santé ou du secteur social. Elle effectue un suivi global en anténatal : suivi de grossesse, préparation à la naissance et à la parentalité, soutien psychologique et social. Lorsqu'elle dépiste un couple ou une femme en situation de vulnérabilité, il est important qu'elle prévienne la maternité et la puéricultrice de PMI afin de mettre en place un relais.

2.2. La prévention en per natal

La sage-femme en salle de naissances a également un rôle à jouer dans la prévention du syndrome du bébé secoué. Même si nous convenons que le moment de la naissance n'est pas forcément propice à des actions de prévention car la femme reste peu de temps en salle de naissances et qu'elle est dans l'excitation de ce moment magique, il est possible d'échanger quelques mots sur les pleurs et sur la façon correcte de porter l'enfant. La sage-femme de salle de naissances est au cœur de l'élaboration de la relation mère-enfant. Elle peut ainsi identifier des comportements inquiétants et avertir le personnel de maternité pour qu'un

accompagnement personnalisé soit mis en place. Son rôle dans la prévention du syndrome du bébé secoué est donc plus observateur.

2.3. La prévention en post-natal

2.3.1. Le séjour à la maternité

Le séjour à la maternité est un moment privilégié où des messages de prévention peuvent être dispensés. Il s'agit d'un lieu propice car il regroupe tous les jeunes parents. C'est important car le syndrome du bébé secoué touche tous les milieux socio-professionnels et toutes les cultures. En effet, il n'y a pas dans ce syndrome un parent plus à risque qu'un autre car toute personne peut un jour être désespéré et exaspéré par des pleurs ininterrompus d'un nouveau-né, conduisant dans certains cas au secouement de l'enfant.

Cette prévention doit être systématique comme le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS).

La sage-femme de suites de couches devra notamment aborder :

- Les besoins et les comportements normaux de l'enfant
- Les pleurs (signification, normalité)
- Les attitudes à adopter face aux pleurs
- Le syndrome du bébé secoué en lui-même : les différents facteurs de risque, les circonstances de survenue et les dangers d'un acte de secouement
- Les gestes de manipulation inadaptée (jeux tels que l'avion ou le lancer en l'air, réanimation maladroite après un malaise)
- L'existence des différentes structures relais

Le but de cette information n'est pas d'inquiéter les parents mais de les sensibiliser à cette forme de maltraitance dramatique et somme toute évitable.

Ces informations doivent être données si possible aux deux parents car nous savons que le père est dans la plupart des cas responsable du secouement.

Il est important de ne pas banaliser les pleurs de l'enfant. C'est pourquoi l'équipe soignante (sage-femme et auxiliaire de puériculture) doit prêter une attention particulière aux mamans qui verbalisent des craintes, des difficultés, des questions face aux pleurs de leur enfant. Effectivement, notre étude a révélé qu'environ un tiers des multipares avaient déjà rencontré des difficultés liées à ces pleurs. Nous constatons bien que l'attention doit être portée de la même façon à toutes les mères, quelque soit leur parité. En effet, même si le premier enfant du couple est plus à risque d'être victime d'un acte de secouement, le fait d'avoir plusieurs enfants n'est pas un facteur protecteur pour autant.

Une attention particulière devra être apportée aux parents ayant un enfant prématuré, porteur d'un handicap ou des jumeaux car ces enfants sont plus à risque d'être victimes d'un secouement. Nous devons nous assurer qu'il existe une bonne relation entre les parents et leur enfant en surveillant notamment la participation aux soins et l'absence de rejet.

Nous pensons qu'il serait intéressant de mettre en place des groupes de parole entre les accouchées lors du séjour à la maternité. Ces groupes seraient un espace d'échange, d'écoute et d'informations pour ces femmes. La sage-femme serait animatrice de ce groupe, lui permettant de répondre aux différentes questions des mamans et de transmettre des messages de prévention d'une façon globale. Il serait construit de la même façon que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité afin que les femmes puissent échanger sur leurs difficultés, leurs interrogations et leurs expériences. Il conviendrait d'organiser ces réunions plutôt le soir, à distance des soins et de l'effervescence des visites. Nous laisserions le choix aux femmes d'y assister ou non et la présence des pères serait la bienvenue.

Au cours du séjour à la maternité, le carnet de santé de l'enfant peut être un excellent moyen de dispenser des informations concernant la prévention du syndrome du bébé secoué. En effet depuis 2006, le carnet de santé des nouveau-nés comprend dès les premières pages un message de prévention destiné aux parents les avertissant que « secouer un bébé peut le laisser handicaper à vie ». Lorsque la sage-femme remet le carnet de santé de l'enfant, il serait judicieux qu'elle le feuillette avec la femme afin de lui montrer tous les conseils qu'il comporte. Elle pourrait notamment insister sur les informations concernant les pleurs (page 12 du carnet) qui sont le principal facteur déclencheur du secouement de l'enfant. Il serait également intéressant de faire mentionner dans le carnet de santé, en page 10 par exemple, si une information sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué a été faite.

Comme la durée de séjour en maternité tend à se raccourcir et suite à la mise en place du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), la sage-femme libérale aura d'ici à quelques années un rôle crucial à jouer en terme de prévention lors de la période post-natale. Il serait alors intéressant que les sages-femmes libérales mettent en place les groupes de parole cités précédemment.

2.3.2. Les séances de rééducation périnéale

La rééducation périnéale a lieu deux mois après l'accouchement, en pleine période sensible où la fatigue et la reprise du travail peuvent diminuer le seuil de tolérance maternelle, en particulier concernant la gestion des pleurs de son enfant.

Il s'agit d'un moment intime entre la sage-femme et la mère où celle-ci peut faire part de ses difficultés, ses angoisses dans son nouveau rôle de mère.

Elle présente divers avantages. Elle est suivie par beaucoup de femmes. Ces femmes viennent le plus souvent accompagnées de leur enfant. La sage-femme peut alors observer comment la mère réagit face aux pleurs de son enfant et quelles stratégies

elle met en place pour le calmer. Si la sage-femme observe des difficultés maternelles, elle pourra les réajuster en donnant des conseils et informera également des dangers d'un acte de secouement.

De plus, la sage-femme voit régulièrement la femme (une à deux fois par semaine) ce qui lui permet de l'accompagner et de l'épauler face à ses interrogations tout au long des dix séances de rééducation périnéale, l'aidant ainsi à traverser cette période sensible.

La sage-femme peut également encourager la mère à prendre contact avec des structures de relais afin qu'elle soit davantage entourée et soutenue. Nous pouvons citer en exemple la Maison Ouverte ou les centres médico-sociaux (CMS).

La Maison Ouverte a été créée en 1986 d'après le concept des Maisons Vertes de Françoise Dolto. Il s'agit d'un « lieu de vie transitoire entre le foyer familial, la halte-garderie, et l'école maternelle ». Le but de ces maisons est de sociabiliser l'enfant, de le préparer à être séparé de ses parents sans angoisse et de prévenir les troubles psychosociaux. Des actions de prévention peuvent être mise en place pour aider à résoudre des difficultés, avant qu'elles ne deviennent des problèmes plus ou moins graves. Les mères éprouvant des difficultés, peuvent trouver une écoute et des conseils dans cette structure chaleureuse et conviviale. A Metz, elle se trouve au 5 Rue Charles Nauroy. [37]

Les centres médico-sociaux sont des centres d'accueil et d'écoute ouverts à tous les parents. Ainsi, les parents peuvent trouver un soutien, une aide extérieure. Ils regroupent des professionnels du milieu médical et social (sage-femme, médecin, pédiatre, puéricultrice, psychologue...). Ces centres proposent des consultations de pédiatrie préventive (CPP) durant lesquelles les pédiatres et les puéricultrices donnent des conseils aux parents à propos de plusieurs sujets et font également de la prévention. [38]

2.4. La formation

Nous pensons qu'il est également important de mettre en place des formations sur le sujet de la maltraitance infantile en particulier sur le syndrome du bébé secoué auprès des professionnels de santé au contact des jeunes parents et des enfants notamment les sages-femmes dans le cadre de leur formation continue.

En effet, pour permettre une prévention efficace de ce syndrome auprès des parents il est essentiel que les sages-femmes soient formées.

Des formations de ce type existent déjà dans le cursus des études de sages-femmes notamment à l'école de sage-femme de Metz et de Nancy.

De plus, le code de la santé publique stipule « qu'au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée soit inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées » [39].

Conclusion

A travers ce mémoire, nous avons vu que le syndrome du bébé secoué représente un véritable problème de santé publique notamment en raison de sa fréquence et de ses graves conséquences.

L'enquête réalisée auprès des accouchées nous a permis de constater que le syndrome du bébé secoué est un sujet qui est très peu abordé par les professionnels de santé dans le cadre d'une naissance.

De ce fait, un important manque de connaissances des mères a été mis en évidence, et ceci quelque soit leur parité.

Il est donc primordial de sensibiliser de manière systématique tous les parents à ce syndrome en leur donnant des informations et des conseils permettant de diminuer son incidence.

Tous les professionnels de santé au contact des parents ont un rôle important à jouer dans la mise en place d'une prévention efficace du syndrome du bébé secoué.

La sage-femme, de part ses compétences, apparait comme étant un interlocuteur privilégié pour informer les parents.

Au même titre que la mort inattendue du nourrisson, la prévention du syndrome du bébé secoué doit être une priorité.

Bibliographie

- [1] Réseau prévention violence et orientation santé. Le syndrome du bébé secoué. Lettre d'information. Septembre 2009.
- [2] RENIER D. Le bébé secoué. Traumatisme crânien du nourrisson. Edition Karthala, 2000.
- [3] LAURENT-VANNIER A., WEÏSS J-J., DOUCE C. Note de synthèse. Dossier de presse sur le syndrome du bébé secoué. 12/03/2007.
- [4] CAFFEY J. On the theory and practice of shaking infants : its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. American Journal of Disease of Children 1972; 124; p. 161-169.
- [5] CAFFEY J. 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 1974; 54; p. 396-403.
- [6] GUTHKELCH AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. Br Medicine Journal 1971; 2; p. 430-431.
- [7] STIPANICIC A., NOLIN P., FORTIN G. Le syndrome du bébé secoué (traumatisme crânien non accidentel). Vers une convergence des interventions. Presse de l'Université du Québec, 2010.
- [8] 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. Université Paris 5^{ème} René Descartes, 2005.
- [9] NATHANSON M., OXLEY J., ROUYER M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. Journal de pédiatrie et de puériculture 2011; 24; p. 295-298.

- [10] Frappier J-Y., FORTIN S., Goulet C. et al. Le syndrome du bébé secoué : projet de prévention du CHU Sainte-Justine. 2007.
- [11] SOFMER-HAS. Syndrome du bébé secoué. Rapport d'orientation de la commission d'audition. Mai 2011.
- [12] RENIER D. Du danger de secouer un nourrisson. Journal de pédiatrie et de puériculture 2001; 6556; p. 28.
- [13] GOSSET D. Le syndrome de l'enfant secoué. Un problème négligé en France. Quotidien du Médecin 1999; 4; p. 223-224.
- [14] NASSOGNE M-C., BONNIER C. Diagnostic et devenir à long terme du bébé secoué. Journal de pédiatrie et de puériculture 2001; 4; p. 235-239.
- [15] BLOND B. Bébé secoué, un pronostic neurologique catastrophique. Soins pédiatrie-puériculture. Mars-avril 2001; 199; p. 8-9.
- [16] WIKIPEDIA – L'encyclopédie libre. Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/>, consulté le 5/10/2012.
- [17] RENIER D. Syndrome du bébé secoué. Journal de pédiatrie et de puériculture 2012; 25; p. 158-164.
- [18] FORTIN S., FORTIN G. Un traumatisme crânien pas comme les autres : Le syndrome du bébé secoué. Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire. Juin 2007; 3; p. 4-16.
- [19] SOFMER-HAS. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. Mai 2011.
- [20] Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Le syndrome du bébé secoué. Bilan de connaissances. 2^{ème} édition. Mars 2009.
- [21] BRIAND-HUCHET E., COOK J. Le syndrome du bébé secoué. Dossier Maltraitance à la petite enfance. La revue du praticien. Mai 2011; 61; p. 655-656.

- [22] DE BECKER E., WEERTS F. Syndrome du bébé secoué : des lésions somatiques à la psychopathologie parentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2009; 57; p. 429-436.
- [23] HASS H. Syndrome du bébé secoué : démarche diagnostique. *Archives de pédiatrie* 2010; 17; p. 974-975.
- [24] KING W-J., MACKAY M., SIRNICK A. Shaken baby syndrome in Canada : Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 168 (2); p. 155-159.
- [25] STARLING S-P., PATEL S., BURKE B-L. et al. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 2004; 58 (5); p. 454-458.
- [26] BUZY C. Les pleurs du bébé. Cours.
- [27] LEROY B., RENIER D., MEYER P. Prise en charge en réanimation des traumatismes crâniens non accidentels de l'enfant « Syndrome du bébé secoué ». 53^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. 2011; p. 7-11.
- [28] PILLET F. Le syndrome du bébé secoué, un problème de santé publique mal identifié. *Soins pédiatrie-puériculture*. Janvier-Février 2010; 252; p. 9.
- [29] SHOWERS J. « Don't shake the baby » : the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl* 1992; 16 (1); p. 8-11.
- [30] BARR R-G., RIVARA F-P., BARR M. et al. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome on mothers of newborns : A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2009; 123; p. 972-80.
- [31] DIAS M-S., SMITH K., DE GUEHERY K. et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children : A hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005; 115; p. 470-477.

[32] ANDRE C. Syndrome du bébé secoué. Prévention en maternité. Mémoire de sage-femme : Université d'Aix-Marseille ; 2012.

[33] HAS. Bébé secoué : une forme mal connue de maltraitance aux conséquences irréparables. Communiqué de Presse. Septembre 2011. Disponible sur www.has-sante.fr/, consulté le 13/12/2012.

[34] Institut national de la statistique et des études économiques. Disponible sur www.insee.fr/, consulté le 20/02/2013.

[35] Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien. « Il ne faut jamais secouer un bébé. Secouer peut tuer ou handicaper à vie ». Plaquette d'information. Disponible sur www.crfc.org, consulté le 14/12/2012.

[36] Ordre des sages-femmes – Conseil National. Disponible sur www.ordre-sages-femmes.fr/, consulté le 27/02/2013.

[37] La Maison Ouverte à Aubagne. Disponible sur www.maisonouverte.org/, consulté le 27/02/2013.

[38] Les Centres Médico-Sociaux. Disponible sur www.cg57.fr/, consulté le 27/02/2013.

[39] Code de la santé publique. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/, consulté le 25/02/2013.

Annexes

ANNEXE I :

Le thermomètre de la colère

Le thermomètre de la colère

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

Les paroles vous blessent-elles parfois aussi ?
Souvent, entendre la colère, c'est se sentir blessé. Mais la parole qui fait le plus mal, c'est celle qui est dite avec intention. C'est la parole qui vise à blesser. Et la colère, elle est souvent utilisée comme un moyen de défense.

Un comportement qui se colle à la personne, qui l'obsède, qui l'empêche de vivre sa vie normale, qui l'empêche de...

Pourquoi pleure-t-il ?	1
Il ne sonne plus qu'à l'air.	2
Je n'ai jamais de repos.	3
Il me marche dessus et me fait...	4
La, ça suffit, c'est assez !	5

Les paroles vous blessent-elles parfois aussi ?
Souvent, entendre la colère, c'est se sentir blessé. Mais la parole qui fait le plus mal, c'est celle qui est dite avec intention. C'est la parole qui vise à blesser. Et la colère, elle est souvent utilisée comme un moyen de défense.

Un comportement qui se colle à la personne, qui l'obsède, qui l'empêche de vivre sa vie normale, qui l'empêche de...

Les paroles vous blessent-elles parfois aussi ?
Souvent, entendre la colère, c'est se sentir blessé. Mais la parole qui fait le plus mal, c'est celle qui est dite avec intention. C'est la parole qui vise à blesser. Et la colère, elle est souvent utilisée comme un moyen de défense.

Un comportement qui se colle à la personne, qui l'obsède, qui l'empêche de vivre sa vie normale, qui l'empêche de...

ANNEXE II :

The period of purple crying

THE LETTERS IN **PURPLE** STAND FOR

P

PEAK OF CRYING

Your baby may cry more each week, the most in month 2, then less in months 3-5

U

UNEXPECTED

Crying can come and go and you don't know why.

R

RESISTS SOOTHING

Your baby may not stop crying no matter what you try.

P

PAIN-LIKE FACE

A crying baby may look like they are in pain, even when they are not.

L

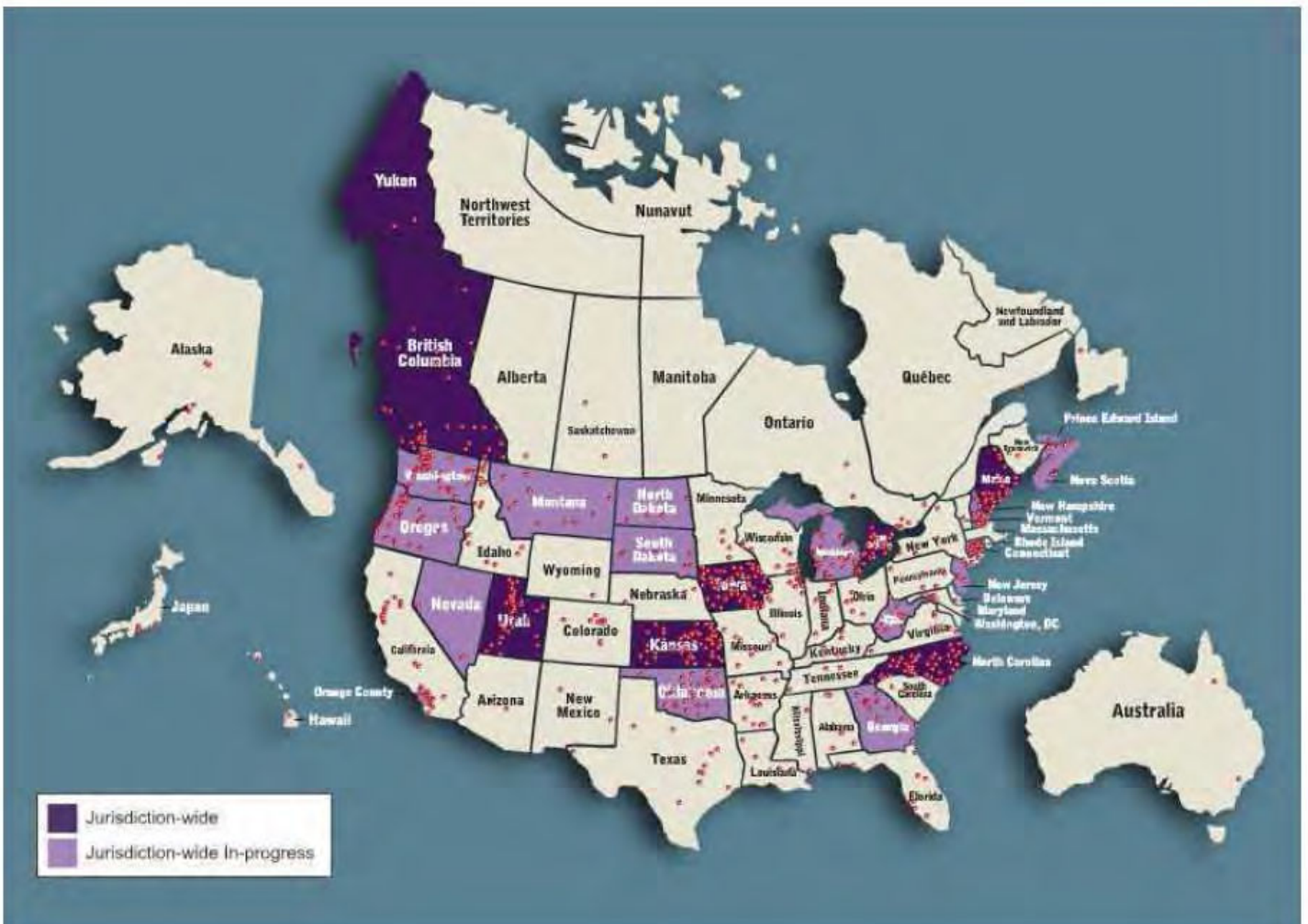
LONG LASTING

Crying can last as much as 5 hours a day, or more.

E

EVENING

Your baby may cry more in the late afternoon and evening.



Etre parent, pas si facile...

Par jeu ou par énervement, il ne faut jamais secouer un bébé car...

- ✓ Sa tête est lourde
- ✓ Son cou est faible
- ✓ Son cerveau est fragile.

Les mouvements d'avant en arrière peuvent entraîner une déchirure des vaisseaux autour du cerveau et donc un saignement dans la boîte crânienne.

Maintenez toujours sa tête.
Soutenez sa nuque.

Secouer un bébé :

- peut être dramatique pour le cerveau et les yeux ;
- risque de laisser un handicap à vie.

S'il fait un malaise, ne le secouez pas pour qu'il reprenne ses couleurs ou sa respiration. Vos secousses risquent de faire plus de mal que le malaise !

Appelez !

15 ou 119 ou 0800 05 41 41

Plaquette réalisée par le service de Neuro-Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital NECKER-ENFANTS MALADES (PARIS), de l'AFIREM et l'ILE aux ENFANTS, service SOCIAL PEDIATRIQUE.

Hôpital Necker-Enfants Malades
149, rue de Sèvres - 75743 PARIS Cedex 15



**NE
SECOUEZ
PAS
VOTRE
BEBE :
IL
EST
FRAGILE**

Plaquette d'information de l'hôpital Necker-enfants malades

ANNEXE III :

VOTRE BEBE PLEURE

POURQUOI ?

Un bébé en bonne santé peut pleurer. C'est sa manière de s'exprimer. Il pleure sans doute pour des raisons simples :

- ✓ Il a faim
- ✓ Il a sommeil
- ✓ Il est sale
- ✓ Il veut les bras
- ✓ Il veut un câlin
- ✓ Il y a trop de bruit ou trop de monde autour de lui.

Plus rarement, votre bébé pleure parce qu'il est malade.

VOTRE BEBE PLEURE

QUE FAIRE ?

- ✓ Lui parler
- ✓ Lui donner un peu d'eau ou de lait
- ✓ Le bercer doucement
- ✓ Changer sa couche
- ✓ Le promener
- ✓ Faire un câlin
- ✓ Lui masser le ventre

ET APRES ?

Le coucher au calme dans son lit. Mieux vaut laisser un bébé pleurer que de le secouer pour le faire taire.

IL CONTINUE DE PLEURER...

Vous êtes excédé(e),
Vous êtes paniqué(e),
Vous ne savez plus quoi faire,

NE RESTEZ PAS SEUL(E)

Appelez

- ✓ La famille
- ✓ Un voisin
- ✓ Une amie

Consultez

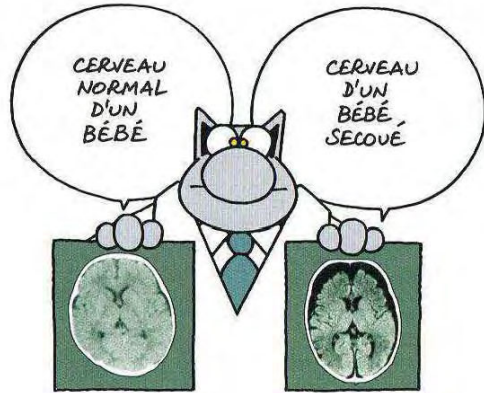
- ✓ La PMI
- ✓ Votre généraliste
- ✓ Votre pédiatre
- ✓ Une Assistante Sociale
- ✓ Votre Sage-femme

Allez

- ✓ A la consultation
- ✓ A l'hôpital

Appelez !

15 ou 119 ou 0800 05 41 41



Document édité par : Family Service - La Bobe Ross

pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

secouer peut tuer

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

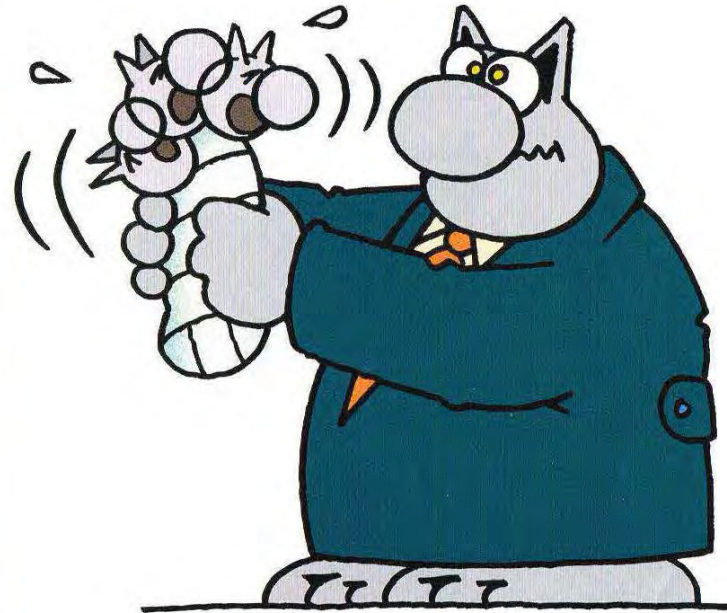
Son cerveau est fragile. Sa tête est lourde
 Son cou n'est pas assez musclé
 Le cerveau d'un bébé bouge dans le crâne.
 Si le bébé est secoué, sa tête se balance rapidement d'avant en arrière et le cerveau frappe contre la boîte crânienne comme un coup de fouet. Les vaisseaux sanguins autour du cerveau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

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

Concepteur de la campagne SBS : CRFTC



IL NE FAUT **JAMAIS** SECOUER UN BÉBÉ



secouer peut tuer ou handicaper à vie

Plaquette d'information du CRFTC

ANNEXE IV :

ANNEXE V :

Message de prévention du carnet de santé



Les pleurs

Votre bébé pleure. C'est une de ses manières de s'exprimer, d'attirer votre attention : il a faim, sa couche est sale, il a trop chaud, il a sommeil, il veut un câlin, etc. Vous apprendrez progressivement la signification de ses pleurs.

**S'il ne pleure pas comme d'habitude,
que rien ne le console, appelez votre médecin.**

Si vous êtes déconcertés, si vous ne supportez plus ses pleurs,
ne criez pas, et surtout, **ne le secouez pas.**

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.



Elise LABREUCHE

Etudiante en 4^{ème} année à l'école de sage-femme de Metz

28-32 Rue du XXème Corps Américain

57019 Metz Cedex 1

QUESTIONNAIRE SUR LE SYNDROME DU BEBE SECOUE

Je réalise un questionnaire dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme. Le sujet de mon mémoire concerne **l'information des parents sur le syndrome du bébé secoué**. Seule votre participation me permettra de traiter ce sujet. Veuillez cocher les cases correspondant à votre réponse. Ce questionnaire est anonyme, merci de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps.

Présentation

1) Quel est votre âge ? _____ ans

2) Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire Mariée

En concubinage Pacsée

Divorcée Veuve

3) Travaillez-vous ? Oui Non

Quelle profession exercez-vous ? _____

4) Combien avez-vous d'enfant(s) (y compris cet enfant) ?

1 3

2 4 et plus

Connaissances sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué

5) D'après vous que peuvent signifier les pleurs d'un bébé ? (plusieurs réponses possibles)

Il a faim

Il est fatigué

Il est malade

Il veut un câlin

Sa couche est sale

Autres (précisez) : _____

6) Selon vous, est ce normal qu'un bébé pleure jusqu'à 2 heures par jour sans raison particulière ?

- Oui Non Je ne sais pas

7) Imaginez que votre bébé pleure depuis 2 heures vous avez tout fait pour le calmer mais il continue à pleurer et vous êtes exaspérés que pouvez-vous faire ?

8) Avez-vous déjà rencontrés des difficultés avec la gestion des pleurs de vos enfants ? (répondez à cette question seulement si vous avez d'autres enfants)

- Oui Non

9) Avez-vous déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué ?

- Oui Non

Si oui, veuillez répondre aux questions 10 à 13.

Si non, passez directement à la question 14.

10) D'après vous, de quoi s'agit-il ?

11) A quel moment avez-vous été informée ? (plusieurs réponses possibles)

- Au cours de cette grossesse
 Lors d'une grossesse précédente
 Pendant le séjour à la maternité
 En dehors du contexte de la grossesse

12) Qui vous a transmis cette information ? (plusieurs réponses possibles)

- Une sage-femme
 Une puéricultrice
 Un gynécologue-obstétricien
 Un médecin généraliste
 Un pédiatre

- Une auxiliaire de puériculture
- Les médias :
 - Campagne publicitaire télévisée
 - Articles de presse
 - Message radio
 - Internet
- Autres (précisez) : _____

13) L'information reçue vous semble :

- Suffisante
- Insuffisante

14) Selon vous, l'enfant secoué est le : (1 seule réponse)

- 1^{er} enfant du couple
- 2^{ème} enfant du couple
- 3^{ème} enfant du couple
- Quelque soit le rang de l'enfant
- Je ne sais pas

15) Selon vous, l'enfant secoué est âgé le plus souvent de : (1 seule réponse)

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'un an
- Je ne sais pas

16) Selon vous, secouer un enfant peut provoquer : (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| ▪ Hémorragie intracrânienne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Atteinte visuelle sévère | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Retard mental | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Tétraplégie, hémiplégie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Crise d'épilepsie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Fractures osseuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Décès | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

17) Situation (s) à risque de provoquer des secousses ? (plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| ▪ Gestes lors d'un malaise grave | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Pleurs prolongés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Jeux (lancer en l'air, « faire l'avion ») | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Maltraitance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Enfant né prématurément | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| ▪ Enfant porteur d'un handicap | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

18) Quel est selon vous le professionnel de santé le mieux placé pour vous en parler :

- au cours de la grossesse :

- la sage-femme le gynécologue-obstétricien le médecin traitant autres

Précisez pourquoi : _____

- au cours du séjour à la maternité :

- la sage-femme le gynécologue-obstétricien le pédiatre
 la puéricultrice autres

Précisez pourquoi : _____

- au retour à la maison et au cours des premiers mois de vie de votre bébé :

- la sage-femme le gynécologue-obstétricien le pédiatre autres

Précisez pourquoi : _____

19) Quel serait, selon vous, le moment le plus propice pour aborder la thématique du syndrome du bébé secoué ?

- Plutôt avant l'accouchement, pendant les séances de préparation à la naissance
 Plutôt après l'accouchement, pendant le séjour à la maternité
 Autres (précisez) : _____

20) Aimerez-vous avoir plus d'information concernant le syndrome du bébé secoué ?

- Oui Non

Si oui, de quelle manière, précisez : _____

Le syndrome du bébé secoué constitue un problème majeur de santé publique. La première description de ce syndrome a été formulée en 1972 par John Caffey. Il s'agit d'une forme de maltraitance, de violence envers les bébés encore mal connue et particulière, car elle concerne principalement des nourrissons sans antécédent de maltraitance : « comme un orage dans un ciel serein ». Chaque année, en France, environ 120 à 240 nourrissons, seraient victimes de cette maltraitance. Des études récentes ont mises en évidence une importante méconnaissance de la population concernant ce sujet.

Ce travail a pour but d'évaluer les connaissances des mères au sujet des pleurs et du syndrome du bébé secoué, dans l'objectif d'élaborer des propositions afin d'améliorer la prévention de cette maltraitance. Ainsi, un important manque de connaissances des mères a été mis en évidence, et ceci quelque soit leur parité.

Il est donc primordial de sensibiliser de manière systématique tous les parents à ce syndrome en leur donnant des informations et des conseils permettant de diminuer son incidence. La sage-femme, de part ses compétences, apparait comme étant un interlocuteur privilégié pour informer les parents.