



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**Université Claude Bernard**  **Lyon 1**

UFR de MEDECINE LYON-EST

**ANNÉE 2017      N° 405**

**LE SYNDROME DU BEBE SECOUE : ETAT DES LIEUX DE LA  
PREVENTION PRIMAIRE DANS LES MATERNITES ET PMI DU  
RHÔNE ET PROPOSITION D'UNE PLAQUETTE D'INFORMATION.**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le **lundi 18 décembre 2017**  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Jeremy RENARD**  
Né le 17 juin 1986 à Vaulx-en-Velin (69)

**Sous la direction du Dr Catherine MORFIN**

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

### **Secteur Santé**

UFR de Médecine Lyon Est Doyen :	Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Doyen : Charles Mérieux	Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Directrice : Et Biologiques (ISPB)	Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie Directeur :	Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques Directeur : De Réadaptation (ISTR)	Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine Directrice :	Anne-Marie SCHOTT

### **Secteur Sciences et Technologie**

UFR de Sciences et Technologies Directeur :	Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Directeur : Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon Directeur :	Emmanuel PERRIN
I.U.T. Directeur :	Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Directeur : Et Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon Directrice :	Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Directeur : Et de l'Education (ESPE)	Alain MOUGNIOTTE

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie

Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau	Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie

Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie

Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Hors classe**

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire



Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**  
**Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

**Au président du Jury**

**Monsieur le Professeur Etienne JAVOUHEY**

Je suis très honoré que vous ayez accepté d'être le président de mon jury de thèse. Veuillez trouver en ce travail l'expression de ma gratitude et de mon plus grand respect.

**Aux membres du jury**

**Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Veuillez croire en ma reconnaissance et mon profond respect.

**Madame le Professeur Liliane DALIGAND**

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

**A la directrice de thèse**

**Madame le Docteur Catherine MORFIN**

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et d'avoir supervisé ce travail. Merci pour tes conseils, ton professionnalisme, ton soutien et ta patience. Tu as toujours trouvé du temps pour moi quand j'en avais besoin. Je te suis reconnaissant de tout ton investissement, déjà lorsque j'étais ton interne, et aujourd'hui comme directrice de thèse.

Je dédie ce travail à :

### **Ma famille**

A mes parents, vous avez toujours été là pour moi au cours de ces longues années d'études, même dans les moments les plus difficiles. Merci pour votre soutien, votre patience, votre amour et pour la confiance que vous m'avez toujours accordée. Pour avoir toujours su m'accompagner. Sans vous, je n'en serai pas là aujourd'hui.

A mon frère et ma sœur pour m'avoir supporté pendant ces années, même quand ce n'était pas facile et pour m'avoir toujours soutenu.

A mes grands-parents, pour tout ce que vous représentez pour moi. Merci pour votre soutien.

A mes autres grands parents, pour les souvenirs heureux.

### **Ma future belle famille**

Merci pour la confiance que vous m'accordez, votre générosité et pour votre présence bienveillante. Je suis heureux d'avoir trouvé une belle famille comme la vôtre.

### **Ma future femme**

Ma plus belle rencontre. Merci pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien. Tu m'as aidé dans les moments difficiles, tu as su être patiente et me remotiver quand il le fallait et tu as même accepté de faire les illustrations de ma plaquette. J'ai hâte de me lancer avec toi dans de nouvelles aventures et surtout qu'on se dise enfin « oui ».

### **Mes amis**

Céline et Isabelle, pour toutes ces heures passées ensemble à la B.U. de Laennec. Pour les soirées passées ensemble et les vacances à Port Leucate. Merci pour votre amitié, j'aimerais vraiment qu'on trouve le temps de se voir plus souvent.

Marie, merci pour ton amitié et ton grain de folie, pour tous les moments passés ensemble. Je suis heureux de t'avoir rencontré.

Lydie, pour ces nombreux week-ends passés en ta compagnie à Disneyland. En espérant pouvoir y retourner bientôt avec toi.

Raphaëlle, Joël et ma petite Maelys, merci pour tous ces bons moments que l'on partage ensemble. Tu peux revenir passer un week-end chez tonton quand tu veux Maelys.

Mourhaf, après s'être un peu perdu de vue pendant quelques années, on a enfin trouvé le temps de se retrouver et j'en suis très heureux. A tous ces bons et mauvais moments passés ensemble. A tous les autres : Florian Katia, Yohan, Alex, Mika, Estelle, Marion, Karine.... Et tous les autres. Merci pour tous les moments passés ensemble.

A mes futurs collègues du cabinet médical de Saint Genis les Ollières. Merci pour votre accueil et votre soutien.

A Mme MARION Emilie, merci pour votre aide précieuse pour les calculs statistiques.

A tous ceux présents lors de ma thèse. Je suis heureux de partager ce moment avec vous.

A tous ceux que j'ai pu oublier.

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES UTILISES</b> .....	16
<b>RESUME</b> .....	17
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	18
1. LE SECOUEMENT.....	22
2. LES PLEURS COMME FACTEUR DECLENCHANT.....	24
3. ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION.....	27
3.1. A l'étranger (non exhaustif).....	27
3.1.1. Efficacité sur les connaissances des parents.....	27
3.1.2. Efficacité sur l'incidence du SBS.....	31
3.2. En France (non exhaustif).....	33
3.2.1. Etude évaluant les connaissances des parents sur le SBS.....	33
3.2.2. Les outils.....	35
3.2.3. Campagne de prévention.....	36
3.2.4. Recommandation HAS.....	37
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	38
1. L'ETUDE.....	38
2. LA POPULATION ETUDIEE.....	38
3. REALISATION DU QUESTIONNAIRE, DISTRIBUTION, RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.....	38
3.1. Le questionnaire.....	38
3.2. Distribution des questionnaires.....	39
3.3. Collecte et analyse des données.....	41
4. SOURCE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE.....	41
<b>III. RESULTATS</b> .....	43
1. GENERALITES.....	43
2. CARACTERISTIQUES DES MATERNITES.....	45
2.1. Lieux d'exercice.....	45

2.2. Niveau de la maternité.....	45
2.3. Service de pédiatrie attaché à la maternité.....	46
2.4. Nombre d'accouchements annuels.....	46
3. PROFILS PROFESSIONNELS.....	47
4. HABITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION.....	48
4.1. Information délivrée sur les pleurs du nourrisson.....	48
4.2. Thèmes abordés en cas d'information délivrée sur les pleurs du nourrisson.....	49
4.3. Protocole de prévention.....	50
4.4. Information sur le syndrome du bébé secoué.....	51
4.5. Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé.....	52
4.6. A qui l'information est-elle donnée ?.....	54
4.7. Type de prévention réalisée.....	55
4.8. Thèmes abordés en cas d'information sur le syndrome du bébé secoué.....	56
4.9. Notification de l'information dans le dossier médical.....	57
4.10. A quel moment l'information est-elle donnée ?.....	58
5. AVIS SUR LA PREVENTION.....	59
5.1. Faut-il systématiquement informer les parents ?.....	59
5.2. Quel est le moment le plus propice ?.....	60
5.3. Qui doit délivrer l'information ?.....	61
5.4. Comment ?.....	63
5.5. Formation.....	64
6. ANALYSE STATISTIQUE.....	66
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>70</b>
1. DES RESULTATS.....	70
1.1. Généralités.....	70
1.2. Profession.....	71
1.3. Information sur les pleurs.....	73
1.4. Sujets abordés.....	73
1.5. Protocole de prévention.....	74
1.6. Information sur le syndrome du bébé secoué.....	75
1.7. Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé.....	75
1.8. A qui est donnée l'information.....	75
1.9. Type de prévention réalisée.....	76

1.10. Thèmes abordés en cas d'information sur le syndrome du bébé secoué.....	76
1.11. Notification dans le dossier médical.....	77
1.12. A quel moment l'information est-elle donnée.....	77
1.13. Faut-il systématiquement informer les parents.....	77
1.14. Quel est le moment le plus propice.....	78
1.15. Qui doit délivrer l'information.....	78
1.16. Comment l'information doit être délivrée.....	79
1.17. Formation.....	80
1.18. Analyse statistique.....	80
<b>2. DE LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>81</b>
2.1. Points forts.....	81
2.2 Limite de l'étude.....	81
<b>3. DE LA PLAQUETTE D'INFORMATION.....</b>	<b>82</b>
3.1 Points forts.....	82
3.2. Limites.....	83
<b>4. DE LA DIFFUSION.....</b>	<b>84</b>
<b>5. PROPOSITIONS.....</b>	<b>85</b>
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>100</b>



## **Abréviations et acronymes utilisés.**

SBS : Syndrome du Bébé Secoué.

HAS : haute Autorité de Santé.

SOFMER : SOciété Française de Médecine Physique et Réadaptation.

TCI : Traumatisme Crânien Infligé.

TCNA : Traumatisme Crânien Non Accidentel.

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

HTIC : Hypertension IntraCrânienne.

PPPSBS : Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

ABC : All Baby Cry.

CRFTC : Centre de Ressource Francilien du Traumatisme Crânien.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

UNNDE : Union Nationale des Droits et Devoirs des Enfants.

CRFTC : Centre de Ressource Francilien du Traumatisme Crânien.

## RESUME

**Introduction :** Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une pathologie lourde en termes de morbi-mortalité. En France, plusieurs centaines d'enfants en sont victimes chaque année. L'objectif principal de notre étude est de décrire la prévention primaire du SBS dans les maternités et PMI (Protection Maternelle et Infantile) du Rhône. L'objectif secondaire est de proposer une plaquette d'information.

**Matériel et méthodes :** Etude quantitative, descriptive, multicentrique, réalisée dans 13 maternités et 82 PMI du 12/04/17 au 9/06/17, auprès des médecins et paramédicaux.

**Résultats :** 1045 questionnaires ont été envoyés, avec 25.8% de réponses. Les caractéristiques de notre échantillon étaient comparables à celles des établissements du Rhône, sauf pour la profession en maternité. Une information sur les pleurs était donnée dans 63.5% des cas en maternité et 77% en PMI. Aucun protocole de prévention n'existait. Le SBS était systématiquement abordé dans 16.9% des cas en maternité et 29.5% en PMI. Lorsqu'il n'était pas évoqué, c'était principalement par manque de temps. L'information n'était donnée aux deux parents que dans 48.9% des cas en maternités et 63.1% en PMI, le plus souvent par voie orale en post partum. Seulement 20 praticiens de PMI notifiaient l'information dans le dossier. La grande majorité pensait qu'il fallait systématiquement informer les parents, en post partum. Cette information pouvait être donnée par le pédiatre, la sage-femme ou la puéricultrice. La méthode la plus recommandée était l'information orale avec remise d'outils.

**Conclusion :** La prévention du SBS, même si elle s'est améliorée, reste encore insuffisante. Il semble pertinent de mettre en place une campagne de prévention nationale avec diffusion d'outils.

# I. INTRODUCTION

Les dangers du secouement étaient connus dès l'antiquité. Soranus, médecin grec, disait déjà en l'an 200 après Jésus Christ « qu'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 » (1). Le milieu médical a pris conscience de la gravité de la maltraitance infantile à la fin du 19ème siècle. Ambroise Tardieu, médecin légiste français, décrit en 1860 les caractéristiques des lésions cérébrales d'origine intentionnelle en s'appuyant sur une série de 32 cas d'enfants victimes d'abus physiques. Il a remarqué la présence d'hémorragies intracrâniennes lors de l'autopsie de certains enfants décédés à la suite de sévices (2). Ce n'est qu'en 1971 que Guthkelch a établi qu'il existait une relation de cause à effet entre les secousses répétées et les hématomes sous duraux. Cette découverte a été faite grâce à l'étude d'une série d'enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'agression par leurs parents dont certains présentaient un hématome sous dural (3). L'expression « shaken baby syndrome » ou « syndrome du bébé secoué » a été inventé par John Caffey en 1972. Ce terme a été utilisé pour décrire l'association d'hémorragies rétiniennes et d'hématome sous dural en l'absence de toute lésion traumatique (3).

Le syndrome du bébé secoué (SBS), qui est la forme la plus fréquente de maltraitance du très jeune enfant (4), est responsable d'un taux de mortalité d'environ 20% mais également de séquelles pour 75% des enfants survivants (4).

Il est défini par la haute autorité de santé (HAS) et la société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) comme un sous ensemble des traumatismes crâniens infligés (TCI) ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral (5). Le SBS survient le plus souvent chez les nourrissons de moins de 1 an et touche les nourrissons de moins de 6 mois dans 2/3 des cas (5)(6)(7). La méconnaissance du diagnostic est fréquente du fait des symptômes peu spécifiques et entraîne un risque de récurrence important. La HAS estime qu'il y a une récurrence du secouement dans plus de 50% des cas (8). Adamsbaum et al. ont identifié une répétition du secouement dans 55 % des cas dans leur cohorte de 112 enfants (9). Plusieurs parents ont même admis avoir répété le secouement parfois quotidiennement car le geste fonctionnait et permettait l'arrêt des pleurs.

Les facteurs de risque identifiés et liés à l'enfant sont (5) :

- Sexe masculin : les enfants victimes des secousses sont principalement des garçons. Ceci est confirmé par plusieurs publications dont celle de Mireau qui a étudié une série de 404 cas et a retrouvé 72.7% de garçons (10) et Adamsbaum qui en retrouvait dans son étude 76% (9).
- Prématurité ou complications périnatales.
- Séparation mère-enfant en post partum.
- Grossesse multiple, grossesse non désirée.
- Pleurs inconsolables.
- Troubles du sommeil.
- Difficultés alimentaires.
- Interventions antérieures des services sociaux.

Les principaux auteurs susceptibles de secouer un enfant ont également été identifiés. Il s'agit dans 70 % des cas d'un homme adulte vivant avec la mère (4)(5)(7) (que ce soit le père de l'enfant ou le compagnon de la mère), et dans 20% des cas les gardiens(nes), de l'enfant (assistante maternelle, nourrice non agréée). Les 10% restant concernent les mères ou l'entourage familial des parents.

Tous les milieux socioéconomiques, culturels, intellectuels peuvent être concernés. Cependant, des facteurs de risques associés ont été retrouvés. On peut par exemple citer une consommation d'alcool ou de substances illicites ou l'existence de violences familiales. D'autre part, le fait que les auteurs du secouement aient souvent une méconnaissance importante des besoins ou des comportements normaux de leur enfant constituent également un facteur de risque. On retrouve souvent un isolement social et familial des parents (10).

S'il est logique de penser que les enfants victimes de syndrome du bébé secoué appartiennent le plus souvent à la catégorie ci-dessus, il serait dangereux d'occulter la possibilité que cela intervienne dans un autre groupe socio-culturel.

Selon les études étrangères l'incidence de SBS est comprise entre 14 et 56 cas pour 100 000 enfants de moins de 1 an (5). L'incidence exacte est actuellement impossible à déterminer en France (4). Jusqu'à récemment, on pensait que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance (11). Cependant, depuis juillet 2017, la HAS estime qu'il y aurait 1000 cas annuels. Elle a obtenu ce résultat en croisant deux variables (âge inférieur à 1 an et hématome sous dural) du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

2013 (4). De plus, elle considère que ce chiffre sous-estime le nombre annuel réel car « les cas pas assez graves pour être hospitalisés ou les décès attribués trop rapidement à la mort subite du nourrisson ne sont pas pris en compte ». On estime que seulement la moitié des enfants secoués donnerait lieu à un signalement judiciaire.

A noter que le ministère de la santé estimait déjà en 2009 l'incidence du SBS à 700 nouveaux cas par an (12).

Bien que nous ne disposions pas de chiffre exact, il a été constaté dans le département de la Gironde en 2014 une recrudescence du nombre de bébé secoué (13). Cette tendance a également été constatée par le parquet du tribunal de grande instance de Tours qui a noté une recrudescence des procédures concernant les bébés secoués entre 2015 et 2016 (14).

Le syndrome du bébé secoué est la forme de maltraitance avec le pronostic le plus sévère en termes de morbi-mortalité. Plus l'enfant est jeune au moment du secouement et plus le risque de décès est élevé.

Les enfants qui survivent présenteront des séquelles permanentes dans environ 75% des cas (4).

- Neurologiques : déficits moteurs (hémiplégie, tétraplégie, hémiparésie), retard psychomoteur, épilepsie, microcéphalie avec atrophie cortico sous corticale, troubles autistiques, troubles du langage, troubles cognitifs et déficiences intellectuelles (15)(16).
- Ophtalmologiques : cécité (15)(16).
- Cassure de la courbe de croissance.

Ces conséquences désastreuses nécessiteront l'intervention de spécialistes et d'équipes de réadaptation tout au long de la vie de ces enfants.

Par ailleurs, les bébés semblant guéris à l'issue de l'agression pourront présenter des troubles comportementaux et cognitifs à l'âge scolaire.

Deux études ont évalué le coût financier à vie des enfants victimes de SBS. Une étude néo-zélandaise (17) qui a évalué ce coût à 1 008 344 dollars néo-zélandais par enfant (soit 589 103 euros). Ce chiffre comprenait les frais d'hospitalisation, la rééducation, l'éducation spécialisée, les frais judiciaires, la punition des coupables. Aux Etats-Unis, Miller et al. (18) ont estimé que ce coût s'élèverait à 2.6 millions de dollars (soit 2 193 093 euros). En plus des critères évalués en Nouvelle Zélande, ils ont inclus le coût de la perte de productivité et le coût de la perte de la

qualité de vie. En France, le député François Brottes, estimait en 2009 le coût par enfant victime de SBS à 1 million d'euros (19).

La prévention du SBS représente donc un enjeu de santé publique majeur du fait des coûts humains (morbi-mortalité élevée) et financiers importants. Elle fait d'ailleurs partie du plan interministériel (2017-2019) de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (20). Un des objectifs visés par ce plan sont de favoriser la connaissance du SBS afin d'éviter le risque de survenue et de récurrence, de mieux repérer les enfants victimes de secouement et de diffuser des outils de prévention (20).

Une étude menée par Simonnet (21) à la maternité des hôpitaux de Saint Maurice (Val de Marne) a mis en évidence qu'il existait un moyen simple de prévention. Cette étude a tout d'abord prouvé qu'il existait un manque de connaissance des parents vis-à-vis du SBS. Et, dans un deuxième temps, les auteurs ont prouvé qu'une information orale couplée à une plaquette d'information fournie par le pédiatre à la sortie de la maternité permettait une meilleure compréhension des pleurs du nourrisson et une meilleure connaissance du SBS.

Ces constatations nous ont amené à nous questionner sur l'action de prévention menée dans notre département face à des actes qui peuvent être évités et au rôle que nous jouons en tant que professionnels de la santé dans la transmission de l'information.

L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux de la prévention primaire du syndrome du bébé secoué au sein des maternités et des PMI (Protection Maternelle et Infantile) du Rhône. L'objectif secondaire est de proposer une plaquette d'information, réalisée à l'aide des études, programmes et plaquettes existant à l'international.

Dans un premier temps, nous ferons un rappel sur les secouements puis les pleurs du nourrisson, principal facteur déclenchant du secouement. Enfin, nous ferons un état des lieux (non exhaustif) des campagnes de prévention existant à l'étranger et des moyens mis en œuvre en France.

Dans un deuxième temps, nous nous efforcerons de faire le point sur la prévention primaire existant dans les maternités et PMI du Rhône en étudiant les pratiques et habitudes du personnel médical et para médical.

Dans un troisième temps, nous discuterons les résultats de cette étude et de ses limites en nous basant sur les données de la littérature et nous proposerons une plaquette d'information adaptée aux parents.

## 1. LE SECOUEMENT.

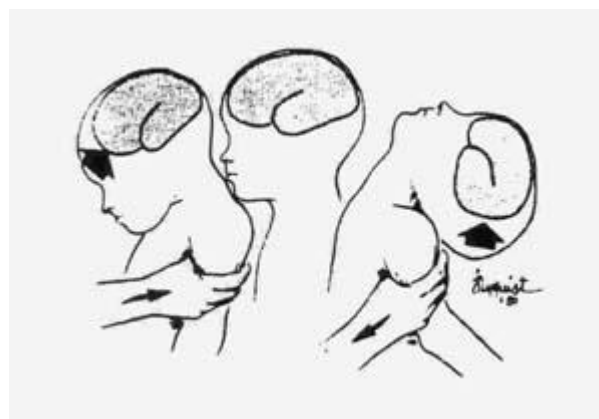
Le secouement est responsable d'un traumatisme crânien. Le plus souvent l'enfant est saisi au niveau du thorax sous les aisselles et est secoué. La tête du bébé se balance d'avant en arrière et va prendre des positions extrêmes du fait de la disproportion du volume de la tête par rapport au reste du corps et de l'immatunité des muscles du cou (22). Les forces d'accélération/décélération antéropostérieures créées vont entraîner un étirement et une rupture des veines ponts à l'origine d'un hématome sous dural (23). D'autre part le parenchyme cérébral n'étant pas encore complètement myélinisé, il est plus vulnérable aux lésions de cisaillement axonal (10).



*Figure 1 : le secouement (1)*

D'autres mécanismes peuvent expliquer les lésions retrouvées :

- écrasement du tissu cérébral contre la boîte crânienne à chaque secousse, entraînant des contusions et un œdème cérébral avec hémorragie (figure 2).
- Traumatisme direct du tronc cérébral au niveau de la charnière cervico occipitale (coup de fouet = whiplash) (figure 3) responsable de malaise grave et/ou d'arrêt cardio respiratoire (5)(24).



*Figure 2 : mouvement de la tête et du cerveau lors du secouement. (25)*



Figure 3 : traumatisme direct du tronc cérébral (whiplash). (26)

Différentes lésions sont observées en cas de secouement : (5)

- Lésions intracrâniennes :
  - Hématome sous dural : quasiment constant.
  - Lésions cérébrales : anoxiques, œdémateuses ou à type de contusion.
- Lésions médullaires (contusion, hématome, section) et hématome sous dural intrarachidien.
- Lésions oculaires et péri oculaires :
  - Hémorragie rétinienne : très fréquent.
  - Hémorragie du vitré.
  - Hémorragie de la cavité orbitaire.
- Lésions cutanéomuqueuses : ecchymose, hématome.
- Lésions de la nuque : ne sont pas toujours présentes mais sont associées à la présence de lésions hypoxo-ischémiques cérébrales diffuses.
- Lésions osseuses.

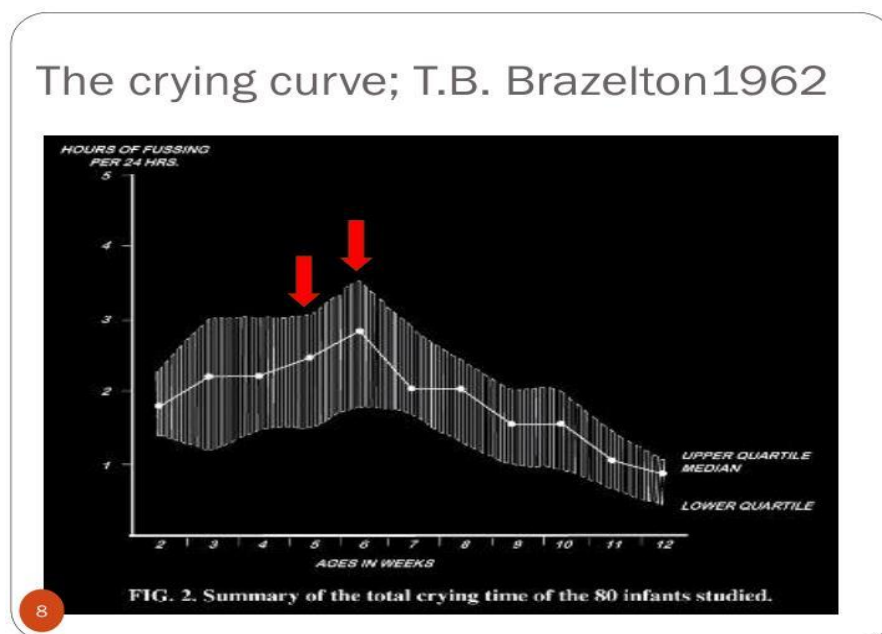
La force requise pour produire ces lésions en secouant un bébé est telle que des activités normales comme le jeu, les gestes de la vie quotidienne ou des tentatives de réanimation ne peuvent en être responsables (27). La société américaine de pédiatrie précise même dès 1993 que les secousses nécessaires sont assez violentes pour être reconnues comme dangereuses par un observateur.



## 2. LES PLEURS COMME FACTEUR DECLENCHANT.

Les pleurs sont fréquents et font partis du développement normal du nourrisson. Il s'agit de son seul moyen de communication avec son entourage. Ils jouent donc un rôle important dans les premiers mois de vie du nourrisson.

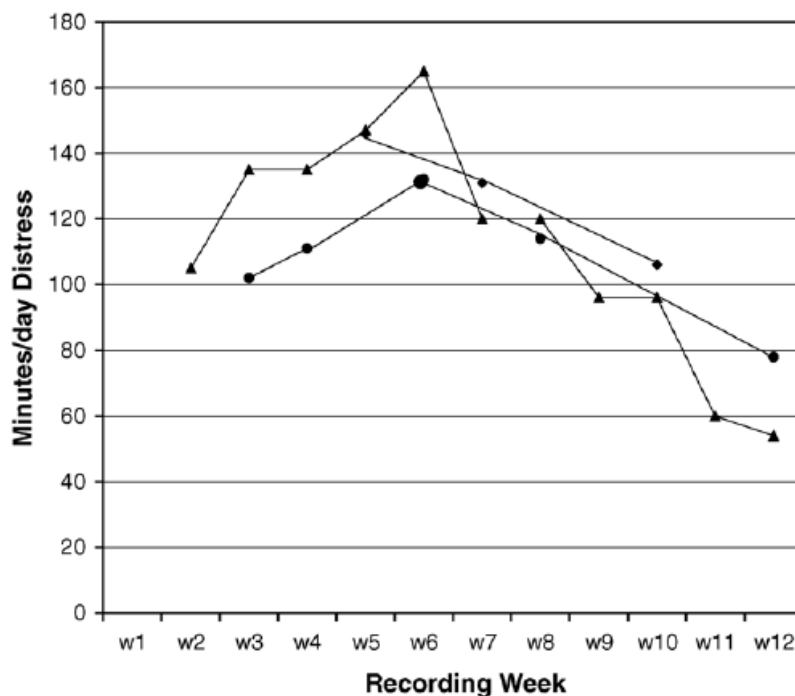
Brazelton a étudié les pleurs du bébé (28). Il a décrit le phénomène appelé "courbe normale des pleurs". Il a mis en évidence que les enfants, au cours des premiers mois de vie, traversaient une période où ils pleuraient de plus en plus avec un pic à 6 semaines puis une diminution jusqu'à 12 semaines.



*Figure 4 : La courbe des pleurs normaux selon Brazelton. (28)*

Cette tendance a ensuite été confirmée par d'autres auteurs : Hunziker et Barr en 1986 (29) et plus récemment par Kramer et al. en 2001 (30).

Les données de ces trois études sont résumées dans la figure 5.

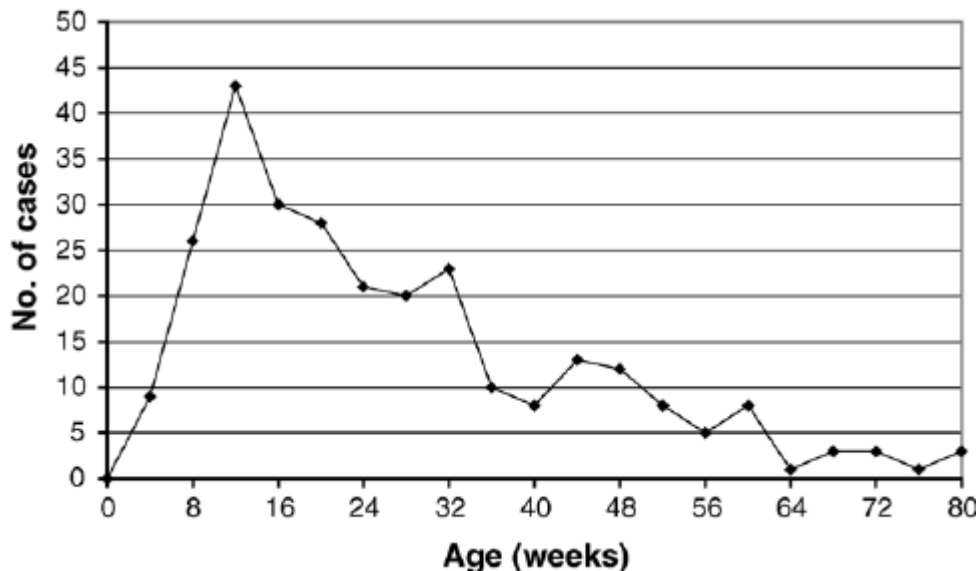


*Figure 5 : superposition de la courbe des pleurs de 3 études américaines : les données de Brazelton (1962) sont représentées par les triangles, celles de Hunziker et Barr (1986) par les cercles et celles de Kramer et al. (2001) par les losanges. (31)*

La quantité des pleurs évolue donc au cours des premiers mois de vie. Elle augmente à partir de la deuxième semaine 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.

Un nourrisson peut pleurer plusieurs heures par jour sans raison particulière. La durée des pleurs a également été étudiée. Elle varie selon les études de 20 minutes à 3h30 (28)(32)(33) par jour. Si les parents ne sont pas conscients de ces caractéristiques des pleurs, ils peuvent avoir des difficultés à les tolérer et être plus enclins à secouer leur bébé pour le faire taire.

En 2006 Barr et al. ont étudié 273 cas d'enfants victimes du syndrome du bébé secoué en Californie. Ils ont remarqué que la courbe d'incidence du syndrome du bébé secoué liée à l'âge a un point de départ et une forme semblable à la courbe normale des pleurs, mais le pic se produit à 12 semaines plutôt qu'à 6 semaines (31). Ils supposent que ce retard serait dû au fait que dans 35 à 50 % des cas de syndrome du bébé secoué diagnostiqués, l'épisode qui a permis de poser le diagnostic n'est que le dernier d'une série ayant débuté quelques semaines auparavant.



*Figure 6 : nombre de cas d'enfant secoué en fonction de l'âge. (31)*

Ces résultats ont été confirmés par Lee (34) en 2007 sur une autre cohorte de 591 enfants victimes de SBS et par Talvik en 2008 (35). De plus, Talvik annonce dans son étude que les parents avaient consulté pour pleurs excessifs avant le secouement dans 88.5% des cas. Ils ont donc conclu que le syndrome du bébé secoué était le résultat d'un parent ou d'un soignant qui devient exaspéré par les pleurs incessants du bébé (31)(34)(35).

Une thèse qualitative de Largeault-Morain (36) sur le ressenti des mères face aux pleurs de leurs enfants a mis en évidence que les pleurs excessifs étaient source d'angoisse et de stress et entraînaient un sentiment d'exaspération et de colère des mères envers leurs enfants.

Ces résultats sont confirmés par Fairbrother (37) qui a comparé deux groupes de mères. L'un était exposé à des pleurs de bébé et l'autre au « roucoulement » du nourrisson. Il a été conclu que les pleurs prolongés entraînaient une frustration et des émotions négatives importantes ainsi que des pensées intrusives.

Selon Fortin et al. (38) la colère peut mener à une perte de contrôle puis dégénérer en violence. L'association du manque de connaissance des parents vis à vis des pleurs du bébé, de la difficulté de gestion de la colère et du manque de connaissance des dangers du secouement est décrite comme le principal facteur lié au SBS.

Les pleurs répétés et prolongés constituent donc le principal facteur déclenchant du secouement. Certains adultes peuvent être exaspérés par les pleurs incessants d'un bébé inconsolable, et perdre leur sang-froid du fait de leur épuisement. C'est dans ce contexte que surviennent la colère et la frustration responsable du secouement (39). Il ne s'agit donc pas d'une volonté de faire du mal intentionnellement, mais cette réaction résulte d'une perte de contrôle sous l'effet du stress.

### 3. ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION

La prévention est une action essentielle pour lutter contre le SBS. L'OMS distingue classiquement trois niveaux de prévention : la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (40).

Notre étude s'intéresse à la prévention primaire. Il s'agit de l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Dans notre cas, il s'agit de l'information auprès des personnes en charge des nourrissons.

Les études et campagnes de prévention évaluées dans ce chapitre ne traiteront donc que de prévention primaire.

Les différentes études citées dans ce chapitre sont résumées dans un tableau récapitulatif présent en annexe 1.

#### 3.1. A l'étranger (non exhaustif)

Plusieurs campagnes de prévention primaire ont vu le jour à l'étranger. Nous avons retenu 5 programmes pertinents, évalués par des études. Trois ont prouvé leur efficacité sur les connaissances des parents et 2 sur la diminution de l'incidence du SBS.

##### 3.1.1. Efficacité sur les connaissances des parents.

- « Don't shake the baby ».

Showers a été le premier à développer et évaluer un programme de prévention nommé «don't shake the baby» dont les résultats ont été publiés en 1992 (41). Le but de cette étude était

d'évaluer si une campagne éducative concernant le syndrome du bébé secoué pouvait influencer les connaissances des parents et serait perçue par eux comme utile. L'outil utilisé lors de cette campagne était la « crying card », remise en post partum, qui expliquait pourquoi le bébé pleure et comment le consoler. Elle expliquait également les dangers du secouement et donnait des techniques aux parents en cas de pleurs insupportables. 75% des participantes affirmaient que l'information leur avait été utile, 49% d'entre elles signalaient qu'après avoir lu le matériel, elles seraient moins enclines à secouer leur bébé, et 91% pensaient que l'information devait être donnée à tous les parents. Cette campagne a été reprise dans d'autres états.

- « Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué » (PPPSBS).

En 2002, le centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte Justine de Montréal au Québec a développé un projet global de prévention du syndrome du bébé secoué (42) comprenant quatre modules dont le premier, basé sur le PPPSBS, s'intéresse à la prévention primaire.

Le PPSBS est une intervention éducative qui comprend 2 phases : (43)

- Première phase : A l'hôpital, en post partum immédiat, une infirmière préalablement formée, réalise une intervention éducative de quelques minutes auprès des deux parents à l'aide de 3 fiches d'information (annexe 2) (sur les pleurs, sur la colère et sur le syndrome du bébé secoué ainsi que le comportement à adopter). Les parents se voient remettre les fiches, et on leur demande de formuler par écrit un plan d'action qui leur permettra de faire face aux pleurs incessants de leur enfant. Plus tard, l'infirmière revoit avec les parents les stratégies qu'ils ont mises en place et répond aux questions. Elle termine par les ressources disponibles (numéro de téléphone de la Ligne Parents inscrit sur les fiches).
- La deuxième phase se focalise plus spécifiquement sur la colère. Elle est introduite comme une émotion normale dont l'expérience est universelle et qu'il faut apprendre à en maîtriser l'expression avant que celle-ci ne dégénère en une forme de violence envers l'enfant. Le thermomètre de la colère (annexe 3) est utilisé lors de cette deuxième phase. Cette phase est réalisée lors des visites post natales.

Goulet et al (44) ont évalué ce programme dans deux hôpitaux (hôpital universitaire Sainte-Justine et l'hôpital Pierre Le Gardeur dans la banlieue de Montréal). L'objectif était de juger la pertinence du programme.

La majorité des parents (95%) dit avoir appris des choses. 89 % des parents ont trouvé l'intervention utile. La fiche sur les pleurs du nourrisson était la plus aidante, suivie de celle sur la colère et 94 % des parents mentionnaient que la simple remise des fiches aux parents sans l'intervention de l'infirmière ne pourrait pas suffire pour mener à bien l'intervention. 97 % des parents croyaient utile d'écrire un plan d'action tel que suggéré.

Parmi les répondantes infirmières, la totalité trouvait l'intervention utile, 97 % recommandaient de la poursuivre, et dans 89.8 %, elles croyaient que l'intervention répondait bien aux besoins des parents. De plus les parents ont adopté des techniques de gestion et d'adaptation pour faire face aux pleurs du nourrisson.

Les auteurs ont donc conclu que le programme (PPPSBS) a atteint son objectif d'accroître les connaissances des parents sur les pleurs, la colère et le syndrome du bébé secoué chez les nourrissons.

Le PPPSBS a reçu le prix provincial innovation clinique en 2007. Son implantation a été recommandée en 2008.

- « The period of PURPLE crying ».

En 2004, Ronald G. Barr et le National Center on Shaken Baby syndrome initie en Amérique du Nord un programme de prévention nommé « The period of PURPLE crying » (45). Les lettres P.U.R.P.L.E. représentent une spécificité des pleurs des nourrissons en bonne santé qui peuvent frustrer les parents ou les gardiens de l'enfant.

- P (peak of crying) représente le pic des pleurs au cours du 2ème mois,
- U (unexpected) le moment inattendu des pleurs,
- R (resists soothing) la résistance à l'apaisement,
- P (pain-like face) le regard analogue à la douleur,
- L (long lasting) les longues durées de pleurs,
- E (evening) la soirée.

Les buts de ce programme sont de renforcer l'idée de normalité des pleurs, de suggérer des mesures pour calmer l'enfant, de décrire le lien entre les pleurs et la frustration des parents et de proposer 3 actions pour faire face à un bébé qui pleure (augmenter la fréquence de contact avec lui, le laisser en sécurité et s'en éloigner, ne jamais le secouer).

Le matériel éducatif comprend actuellement deux packs (46). Le premier est composé d'un livret, d'une carte de rappel des informations les plus importantes et d'un DVD comprenant 2 vidéos sur la période des pleurs et comment y faire face. Le deuxième pack comprend un livret, une carte de rappel des informations les plus importantes et une application internet et mobile sur lesquels on peut visualiser les mêmes vidéos que sur le DVD. Ce matériel est remis en post partum.

Trois études ont évalué ce programme, l'objectif était d'évaluer si l'utilisation du programme « P.U.R.P.L.E. crying » avait une influence sur les connaissances et le comportement des mères par rapport au syndrome du bébé secoué. Il s'agissait d'un essai contrôlé et randomisé dans lequel les connaissances et les comportements des mères ayant reçu le programme PURPLE a été comparé à un groupe de mères ayant reçu des informations et brochures sur la sécurité de l'enfant.

- Barr à Vancouver (47).

Il ressort de cette étude que les mères du groupe « PURPLE » ont de meilleures connaissances sur les pleurs, partagent plus fréquemment l'information concernant les pleurs, le fait qu'il faut s'éloigner de l'enfant en cas de frustration et les dangers de secouer et ce de manière statistiquement significative par rapport au groupe contrôle.

- Barr à Seattle (48).

Les connaissances sur les pleurs du nourrisson et sur les dangers de secouer étaient meilleures chez les mères du groupe « PURPLE ». Le partage de l'information sur le fait de s'éloigner en cas de frustration et sur les dangers de secouer était plus important dans le groupe « PURPLE ». Les auteurs concluent que l'utilisation des matériels d'éducation PURPLE semble conduire à des scores plus élevés sur les connaissances des pleurs du nourrisson et les dangers de secouer, et dans le partage d'informations considérées comme importantes pour la prévention des secousses

- Fujiwara au Japon (49).

Il a été retrouvé pour le groupe d'intervention une amélioration statistiquement significative sur les connaissances sur les pleurs, la réponse aux pleurs inconsolables, le partage de l'information

concernant le fait de s'éloigner en cas de frustration, le fait de s'éloigner en cas de frustration et le partage de l'information.

Les auteurs ont conclu que le matériel de PURPLE crying pouvait aussi être utile au Japon pour informer les mères sur les pleurs et sur la modification du comportement des parents face aux pleurs et au secouement.

Les différentes études ayant évalué le programme PURPLE crying ne permettent pas d'évaluer l'efficacité sur l'incidence du syndrome du bébé secoué. On retrouve cependant une amélioration des connaissances des parents et une modification de leurs comportements. Nous précisons tout de même que ces trois études se basent sur des reports subjectifs des mères et non sur des observations directes des auteurs.

### 3.1.2. Efficacité sur l'incidence du SBS.

- « Shaken baby syndrome education program ».

Dias a débuté en 1998 l'évaluation de son programme de prévention dans 8 comtés de l'état de New York (50). Celui-ci comprenait une information orale remise par une infirmière préalablement formée et la distribution d'une brochure explicative en post partum. Des posters étaient accrochés dans les salles d'attente. Une vidéo de 11 minutes donnant des renseignements sur le syndrome du bébé secoué, et les moyens pour faire face aux pleurs du nourrisson était également proposée. Les parents devaient signer une déclaration d'engagement qui affirmait qu'ils avaient bien reçu et compris les informations.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer les connaissances des parents sur les dangers du secouement et d'évaluer l'impact du programme sur l'incidence régionale du syndrome du bébé secoué chez les enfants de moins de 36 mois.

L'incidence du SBS a été calculée et comparée à l'incidence sur les années précédant l'instauration du programme (1992-1998).

92 % des parents ont trouvé l'information utile et 95% pensaient que l'information devait être donnée à tous les nouveaux parents. 94% des parents interrogés à 7 mois se souvenaient avoir reçus des informations sur le syndrome du bébé secoué.

L'auteur a annoncé une réduction statistiquement significative de 47% de l'incidence du syndrome du bébé secoué dans les 8 comtés de l'état de New York où s'est déroulée l'étude.



En octobre 2007 (51), les « centers for diseases control » ont décerné à la Pennsylvanie une subvention de 2.8 millions de dollars pour poursuivre les efforts de prévention.

- Programme de prévention de « Altman ».

En 2011, les résultats d'une étude conduite par Altman dans 20 hôpitaux de la région de la vallée de Hudson sur l'évaluation d'un programme de prévention du syndrome du bébé secoué ont été publiés (52).

Le matériel éducatif du programme, remis en post partum, comprenait un dépliant expliquant le SBS et comment le prévenir, une vidéo de 8 minutes et un questionnaire. Une déclaration d'engagement devait être signée par les parents.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer les effets de ce programme de prévention sur la fréquence du syndrome du bébé secoué.

Les chercheurs ont comparé une période historique de 5 ans à une période d'intervention de 3 ans dans un plan d'étude avant / après. Une zone de contrôle géographique comprenant 3 états voisins n'ayant pas reçu de programme de prévention a également été utilisée.

Les auteurs ont constaté une réduction statistiquement significative de 75% de la fréquence du syndrome du bébé secoué entre la période contrôle et la période d'intervention après instauration du programme.

Les résultats de l'étude démontrent donc l'efficacité de la prévention du programme dans la région de la vallée de Hudson sur la diminution de la fréquence de cas du syndrome du bébé secoué.

On constate donc que la prévention primaire du SBS est efficace. En effet, deux programmes ont prouvé leur efficacité sur la réduction de l'incidence du SBS avec une réduction de 47% pour Dias (49) et de 75% pour Altman (52). Les autres programmes présentés (41) (42) (47) (48) (49) ont prouvé leur efficacité sur l'amélioration des connaissances des parents sur le SBS et la modification de leur comportement et pourraient donc aider à la diminution de l'incidence.

## 3.2. En France (non exhaustif)

### 3.2.1. Etude évaluant les connaissances des parents sur le SBS.

- CHU de Bordeaux.

La première a été réalisée par Harambat et al. entre septembre et décembre 2001 (53). Elle s'est déroulée au CHU de Bordeaux où 500 questionnaires avec une plaquette d'information avaient été distribués lors du suivi de grossesse. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance des parents dans le but de proposer une prévention.

Parmi cette population 71% des personnes avaient déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué, 72% ne connaissaient pas ses conséquences. Cette étude faisait aussi apparaître que 27% des futurs parents imaginaient pouvoir secouer leur bébé en cas de pleurs. De plus pour 80 % d'entre eux, la plaquette correspondait au meilleur support d'information et pour 91% elle était suffisamment claire. Ils préféreraient être informés pendant la grossesse et par un pédiatre.

Les auteurs ont conclu que le syndrome du bébé secoué était une entité mal connue et des actions de prévention en maternité pourraient en réduire l'incidence.

Suite à cette étude, la plaquette d'information « votre bébé est fragile, bercez le, ne le secouez pas » (annexe 4) a été largement diffusée et son message a été intégré au carnet de santé du département de Gironde.

En 2014, devant la recrudescence constatée du nombre de bébé secoué, le conseil général de Gironde a décidé de relancer la diffusion de la plaquette d'information (13).

- Hôpital Necker Enfant Malade.

Les connaissances des femmes sur le SBS ont par la suite été évaluées en 2003 grâce aux sages-femmes dans une étude dirigée par le service de neurochirurgie de l'hôpital Necker Enfant Malade. Elles ont réalisé une enquête dans plusieurs maternités de Paris. L'objectif était d'évaluer la connaissance des femmes venant d'accoucher concernant la maltraitance, le syndrome du bébé secoué et les soins du nouveau-né. 203 femmes ont été interrogées lors de leur hospitalisation en post partum. Il en ressort que 39% ne connaissaient pas ce syndrome. Parmi celles qui en avaient déjà entendu parler, la moitié ne pouvait pas dire de quoi il s'agissait. Les résultats mettaient en évidence une mauvaise appréciation de la dangerosité de certains traumatismes : 89% d'entre

elles estimaient une chute de table à langer plus grave que le secouement, uniquement 54% des personnes appelaient les secours en cas de malaise grave du nourrisson, 36% pensaient qu'une claque sur le visage était plus dangereuse qu'un secouement et 9% pensaient que des secousses mêmes violentes ne pouvaient provoquer des lésions que si elles étaient accompagnées d'un choc direct. Enfin, 94% de ces jeunes mères souhaitaient que l'information concernant le syndrome du bébé secoué soit accentuée (10).

- Lille.

Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de novembre à décembre 2004 dans 3 maternités de Lille (54). L'objectif était d'évaluer les connaissances des femmes venant d'accoucher sur le SBS et d'évaluer l'information transmise à ce sujet. Parmi les femmes interrogées, 37% n'avaient jamais entendu parler du SBS avant leur grossesse et 78% pendant leur dernière grossesse. La principale source d'information était représentée par les médias. 88% estimaient qu'on ne parlait pas assez du SBS et la grande majorité souhaitait recevoir une information pendant et en dehors de la grossesse.

Cette enquête montrait le manque de connaissance des femmes sur le SBS, même après un accouchement.

- Hôpitaux de Saint Maurice.

En 2011, une étude a été réalisée dans les hôpitaux de Saint Maurice par Simonnet et al. L'objectif était d'évaluer les connaissances des parents sur le syndrome du bébé secoué et les pleurs du nourrisson et d'évaluer l'impact et la faisabilité d'une information courte donnée à la naissance dans le but d'une application régulière à des fins de prévention. Il s'agissait d'une étude d'intervention avant-après. L'étude montrait que 27% des mères et 36% des pères n'avaient jamais entendu parler du syndrome du bébé secoué. La différence des réponses avant et après l'information était significative pour la plupart des questions. Tous les parents ont trouvé l'information utile et la recommandent aux nouveaux parents. Les auteurs ont conclu qu'une information courte et simple donnée à la naissance permettait une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des pleurs du bébé et du problème du bébé secoué et pourrait donc aider à sa prévention (21).

### 3.2.2. Les outils

Différents outils utilisés en France ont été retrouvés dans la littérature :

- Le carnet de santé.

Le premier message de prévention du SBS diffusé en France en 1995 a été réalisé à l'aide du carnet de santé dans lequel était expliquée la dangerosité du secouement (annexe 5). Ce message fut modifié en 2006, mais reste très succinct (annexe 6) et probablement peu consulté par les parents. Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants prévoit de modifier ce message « afin de mieux conseiller les parents sur les pleurs de leur bébé et les conduites à tenir en cas d'énervement » (20).

- Les plaquettes.

La plus connue et probablement la plus diffusée reste celle réalisée par le centre de ressource francilien du traumatisme crânien (CRFTC) (annexe 7).

Une plaquette a été réalisée en 2008 par l'Union Nationale des Droits et Devoirs des Enfants (UNDDE) pour informer les parents des risques du secouement («vous craquez attention le secouer = danger») (annexe 8)).

D'autres plaquettes ont été retrouvées notamment dans notre département : celle de Courlygonnes (annexe 9) et celle du Grand Lyon (annexe 10).

Ces plaquettes sont toutes différentes dans leur contenu et dans la manière de traiter le sujet. Bien que de telles plaquettes existent, nous nous posons la question de la diffusion et de la connaissance de ces plaquettes par le grand public.

- Site internet.

Un site internet en lien avec le syndrome du bébé secoué a été créé en 2012 dans le but d'attirer l'attention du grand public et des professionnels de santé. Il comporte une partie événementielle (bebesecoue.com) plutôt destinée aux parents expliquant les pleurs et la conduite à tenir, et une partie professionnelle (syndromedubebesecoue.com). On peut y retrouver des informations, vidéos et liens en rapport avec le SBS. Ce site a pour but de favoriser les bonnes pratiques, permettre un diagnostic plus précoce et éviter la récurrence (55).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données concernant la connaissance de ces sites ni la fréquentation par le grand public.

- Vidéos.

Des vidéos sont disponibles sur le site de la HAS sur lesquelles le Dr Laurent-Vannier explique à de jeunes parents le syndrome du bébé secoué (56).

### 3.2.3. Campagne de prévention.

La seule campagne de prévention du SBS évaluée en France a eu lieu entre le 6/10/05 et le 6/10/06. Cette campagne de prévention a eu lieu en Ile de France (57) sous la direction du centre de ressource francilien du traumatisme crânien (CRFTC), du Professeur Dominique Renier (CHU Necker Enfants Malades) et du Dr Anne Laurent Vannier (hôpital National de Saint Maurice).

Trois outils ont été proposés et diffusés dans le cadre de cette campagne :

- Remise d'une plaquette, sur une période de 1 an (environ 180 000 naissances), aux nouveaux parents lors du séjour pour l'accouchement en même temps que le carnet de santé.
- Apposition dans tous les lieux de consultation d'un poster pour assurer une sensibilisation permanente (annexe 11).
- Formation des personnels médicaux et paramédicaux à l'aide d'un CD rom qui apporte des éléments de réponses aux éventuelles questions qui pourraient être posées par les parents.

Grâce à cette campagne, une baisse de 50% du nombre d'hospitalisation pour SBS a été notée en 2006 dans le service des urgences de l'hôpital Necker Enfants Malades.

Le CRFTC précise qu'aujourd'hui les outils de cette campagne sont proposés dans toute la France.

En 2016, il a été distribué environ 13 000 plaquettes, 200 affiches, 27 posters et 58 CD rom dans toutes la France. Si on rapporte le nombre de plaquettes distribuées aux 784 000 naissances recensées par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) en 2016

(58), on remarque que seulement 1.6% des parents d'enfants nés en 2016 ont reçu la plaquette. Ce chiffre paraît très faible au vu de l'importance de la pathologie. De plus le nombre d'affiches, de posters et de CD rom distribués semble également faible au vu du nombre de praticiens et de structures existant en France.

#### 3.2.4. Recommandation HAS.

La HAS a publié en 2011 des recommandations à l'intention des professionnels de santé sur le SBS. Ces recommandations ont été créées suite à une audition publique organisée par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) en 2009. Elles ont été actualisées en juillet 2017 (5). Concernant la prévention primaire, elle précise que « des campagnes de sensibilisation et d'information organisées par les pouvoirs publics, sous différentes formes, et en tout lieu, en direction de toutes les personnes au contact des bébés, sur les pleurs, les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre sont un élément essentiel de prévention »

Elle propose également de favoriser le soutien aux parents et gardiens d'enfants en mettant en place des « lieux d'accueil enfants-parents » où pourra se construire la relation parent-enfant et en proposant des aides appropriées aux parents qui le demandent ou d'en faire la proposition à ceux qui en auraient besoin. Enfin, elle préconise de former l'ensemble des professionnels susceptibles de se retrouver face à ces situations de secouement (professionnels médicaux, paramédicaux, psychologues, médico-sociaux, des cadres de l'aide sociale à l'enfance, etc...)

Les différentes études ont donc démontré l'intérêt d'une prévention primaire durant le post partum.

Après une large revue de la littérature nous avons constaté que des actions locales existaient mais rien à l'échelon national. De plus des outils sont disponibles mais se pose la question de la diffusion. Les dernières recommandations de la HAS (5) et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants incitent cependant à la mise en place d'un programme de prévention national (20).

## II. MATERIEL ET METHODE

### 1. L'ETUDE.

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique, de type « enquête de pratique » réalisée du 12 avril 2017 au 9 juin 2017 à l'aide d'un questionnaire anonyme.

### 2. LA POPULATION ETUDIEE.

La population étudiée était le personnel médical (obstétriciens, pédiatres) et paramédical (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires puéricultrices) des maternités et PMI du Rhône.

Pour être inclus, ils devaient répondre entièrement au questionnaire.

### 3. REALISATION DU QUESTIONNAIRE, DISTRIBUTION, RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.

#### 3.1. Le questionnaire.

L'étude a été réalisée à l'aide de deux questionnaires à choix multiples réalisés avec le logiciel Google doc sur internet. Le premier était destiné aux maternités et le deuxième aux PMI du département du Rhône. Les questionnaires différaient uniquement sur les questions concernant les données démographiques des établissements.

Ils ont été réalisés sur la base de la recherche bibliographique effectuée au préalable sur le syndrome du bébé secoué et les programmes de prévention en France et à l'international.

Ces questionnaires ont dans un premier temps été testés auprès du personnel médical et paramédical de 2 maternités (un CHU, une clinique privée) et d'une PMI du département de l'Isère au cours du mois de mars 2017. Ce test a permis d'évaluer sa faisabilité et de dépister les difficultés de compréhension, permettant une reformulation du questionnaire.

Son titre était : "Quelle prévention du syndrome du bébé secoué dans les maternités et PMI du Rhône"

Le questionnaire destiné aux maternités comportait 21 items : (annexe 12)

- Les questions 1 à 5 concernaient les caractéristiques de l'établissement.
- La question 6 portait sur la profession exercée.
- Les questions 7 à 16 concernaient les habitudes et pratiques du personnel interrogé et de l'établissement en matière de prévention du syndrome du bébé secoué.
- Les questions 17 à 21 concernaient les avis du personnel médical et para médical sur la prévention du syndrome du bébé secoué.

Le questionnaire destiné aux PMI comportait 17 items : (annexe 13)

- La question 1 demandait le nom de l'établissement.
- La question 2 portait sur la profession exercée.
- Les questions 3 à 12 concernaient les habitudes et pratiques du personnel interrogé et de l'établissement en matière de prévention du syndrome du bébé secoué.
- Les questions 13 à 17 concernaient les avis du personnel médical et para médical sur la prévention du syndrome du bébé secoué.

### 3.2. Distribution des questionnaires.

Le recensement des maternités a été fait à l'aide des données de l'agence régionale de la santé (ARS). Celui des PMI avec les données des sites grandlyon.com et rhone.fr ainsi que les données des chefs de service de PMI du département du Rhône et de la métropole de Lyon.

- Maternités.

Les 14 maternités du Rhône ont été contactées pour participer à cette enquête. Les cadres de santé et/ou chefs de services ont été contactés par téléphone. Lors de cet entretien nous leur avons expliqué le type et l'objectif de l'étude, demander leur accord pour diffusion du questionnaire aux personnels du service et nous avons recueillis les effectifs exacts des médecins, sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires puéricultrices à qui ont été diffusés les questionnaires. Nous leur avons également demandé de nous faire parvenir, s'ils en avaient, les outils de prévention distribués. Suite à cet appel, les questionnaires, accompagnés d'une lettre d'information spécifiant les objectifs de l'étude et le lien du questionnaire, ont été envoyés par mail aux cadres



de santé des maternités ayant acceptés de participer à l'étude. Ces mails ont ensuite été transférés au personnel médical et para médical du service. La diffusion a commencé le 12 avril 2017. Une première relance a été effectuée le 2 mai 2017 et une seconde le 22 mai 2017. La clôture de la collecte des résultats a été faite le 9 juin 2017.

Les maternités suivantes nous ont donné leur accord :

- La clinique de l'union à Vaulx-en-velin.
- La clinique des Portes du Sud à Vénissieux.
- L'hôpital Nord-Ouest à Villefranche sur Saône.
- La clinique du Tonkin à Villeurbanne.
- L'hôpital Femme Mère Enfant à Bron.
- La clinique du Val d'Ouest à Ecully.
- La polyclinique du Beaujolais à Arnas.
- Le centre hospitalier de Givors.
- L'hôpital Saint Joseph – Saint Luc à Lyon.
- La clinique Natécia à Lyon.
- Le centre hospitalier Lyon sud.
- La clinique Lyon nord.
- Le centre hospitalier de Sainte Foy les Lyon.

La maternité de l'hôpital de la Croix Rousse est la seule à ne pas avoir donné suite à notre sollicitation.

- PMI.

Les chefs de service de PMI du département du Rhône et de la métropole de Lyon, ont été contactés directement par mail le 13 avril 2017. Nous leur avons expliqué les modalités et les objectifs de l'étude et avons recueilli les effectifs médicaux et paramédicaux exacts. Nous leur avons ensuite envoyé par mail la lettre d'information et le questionnaire qu'ils ont transféré à l'ensemble des médecins, sages-femmes et puéricultrices de toutes les PMI du département du Rhône et de la métropole de Lyon. Nous leur avons également demandé de nous faire parvenir, s'ils en avaient, les outils de prévention distribués.

### 3.3. Collecte et analyse des données.

Les effectifs médicaux et paramédicaux exacts des maternités et PMI ayant participé à l'étude ont été reportés sous forme de tableau à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2010.

Les réponses, anonymes, ont été recueillies sur ordinateur via internet et le logiciel "Google doc".

Nous avons dans un premier temps réalisé une analyse descriptive des résultats obtenus pour chaque question. Les résultats des deux questionnaires ont été analysés séparément et présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages pour l'ensemble des critères évalués. Des graphiques ont été obtenus grâce au logiciel Microsoft Excel® 2010.

Dans un second temps nous avons réalisé une analyse statistique pour certaines variables qualitatives à l'aide du test du chi 2. La correction de Yates a été utilisée quand les effectifs étaient trop faibles pour appliquer le chi 2. Les tests statistiques ont été réalisés avec le site internet BiostaTGV®. Le seuil de significativité était fixé à 0.05.

## 4. SOURCE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE.

La recherche bibliographique a été réalisée d'octobre 2016 à novembre 2017 grâce aux outils internet suivant :

- Pubmed.
- Google scholar.
- Cismef.
- Sudoc.
- EM consult.
- Bibliothèque universitaire Lyon 1.

Les mots clés utilisés en français étaient : "syndrome du bébé secoué", "programme de prévention", "épidémiologie", "traumatisme crânien non accidentel", "coût du syndrome du bébé secoué", "méthodologie", "élaboration", "plaquette d'information", "document d'information".

Les mots clés utilisés en anglais étaient : "abusive head trauma", "shaken baby syndrome", "prevention program", "Non accidental head injury", "cost of abusive head trauma".

Les données de la recherche bibliographique ont été actualisées en octobre et novembre 2017 afin de prendre en compte les dernières publications.

### III. RESULTATS

#### 1. GENERALITES

Au total 1045 questionnaires ont été envoyés aux professionnels de santé des maternités et PMI. 270 réponses ont été obtenues soit un taux de 25,8 % de réponses.

720 questionnaires ont été envoyés dans 13 maternités du département et 325 dans les 82 lieux de consultations de PMI du département (département du Rhône et métropole de Lyon). 148 réponses ont été reçues de la part des 13 maternités soit 20.6 % de réponses et 122 de la part des PMI soit 37.5 % de réponses.

100% des questionnaires reçus étaient entièrement remplis et ont donc été inclus pour l'analyse.

211 médecins (124 pédiatres, 87 obstétriciens), 439 sages-femmes, 395 paramédicaux (299 puéricultrices et 96 auxiliaires puéricultrices) ont été sollicités. Un taux de réponse de 30,3 % a été obtenu pour les médecins, (37.9% pour les pédiatres, 19,5% pour les obstétriciens) 21.6% pour les sages-femmes, 28.1% pour les paramédicaux (29% pour les puéricultrices, 25% pour les auxiliaires puéricultrices).

L'ensemble des effectifs recensé par les cadres de santé est résumé dans le tableau ci-dessous.

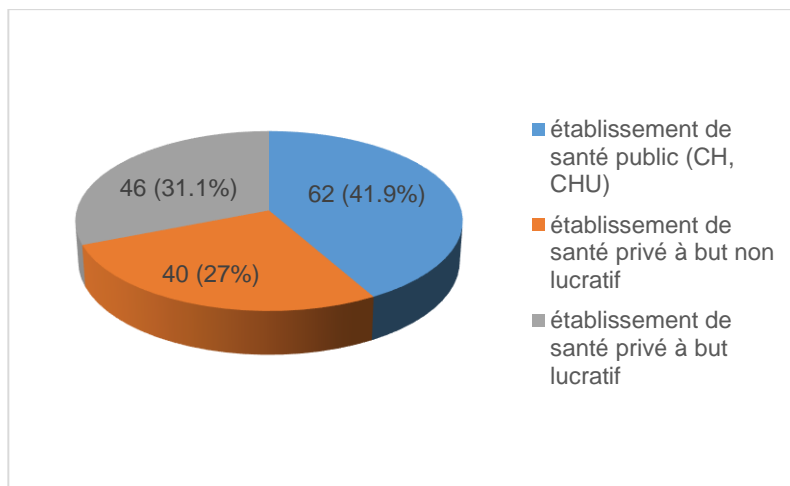
	<b>Pédiatres</b>	<b>Obstétriciens</b>	<b>Sages-femmes</b>	<b>Puéricultrices</b>	<b>Auxiliaires puéricultrices</b>
<b>Clinique de l'union</b>	5	5	20	0	15
<b>Clinique porte du sud</b>	5	7	25	0	0
<b>Hôpital Nord-Ouest</b>	1	10	50	0	0
<b>Clinique du Tonkin</b>	2	4	14	0	14
<b>Hôpital Femmes Mères Enfants</b>	12	2	86	47	0
<b>Clinique du Val d'Ouest</b>	5	12	55	0	0
<b>Polyclinique du Beaujolais</b>	3	4	18	0	12
<b>Centre hospitalier de Givors</b>	2	5	18	0	14
<b>Hôpital Saint Luc Saint Joseph</b>	7	7	35	1	18
<b>Clinique Natecia</b>	10	20	23	4	0
<b>Centre hospitalier Lyon Sud</b>	2	3	35	19	0
<b>Clinique Lyon Nord</b>	2	3	7	0	7
<b>Centre hospitalier Sainte Foy les Lyon</b>	4	5	20	0	16
<b>PMI département du Rhône</b>	18	0	13	50	0
<b>PMI métropole de Lyon</b>	46	0	20	178	0
<b>TOTAL</b>	124	87	439	299	96

*Tableau 1 : professionnels de santé sollicités pour l'enquête.*

## 2. CARACTERISTIQUES DES MATERNITES

### 2.1. Lieux d'exercice.

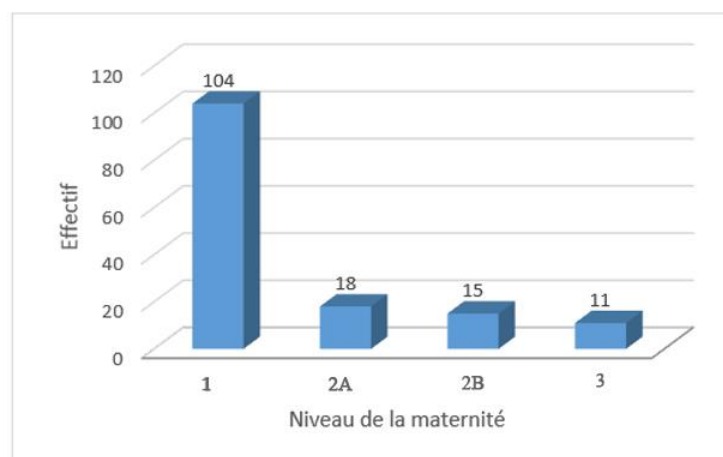
Parmi les répondants, 62 (soit 41,9%) travaillaient dans un établissement public (CH, CHU), 40 (27%) dans un établissement de santé à but non lucratif et 46 (31,1%) dans un établissement de santé à but lucratif.



*Figure 7 : répartition en fonction du lieu d'exercice.*

### 2.2. Niveau de la maternité.

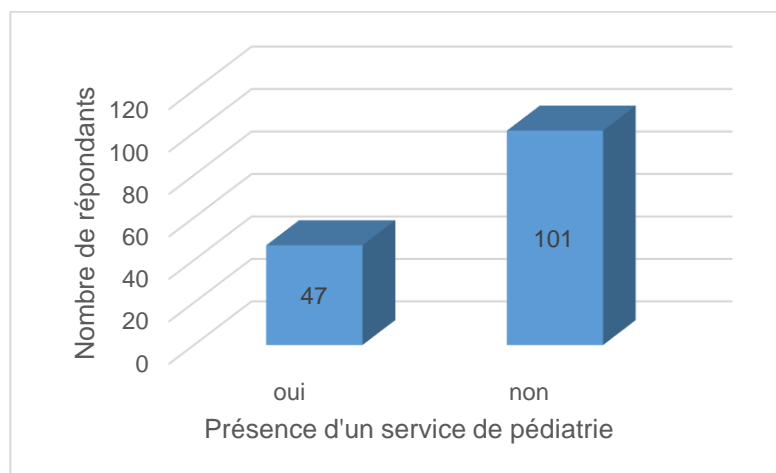
Sur les 148 professionnels de santé ayant répondu, 104 (70,3%) travaillaient dans une maternité de niveau 1, 18 (12,2%) dans une maternité de niveau 2A, 15 (10,1%) dans une maternité de niveau 2B et 11 (7,4%) dans une maternité de niveau 3.



*Figure 8 : répartition en fonction du niveau de la maternité.*

### 2.3. Service de pédiatrie attaché à la maternité.

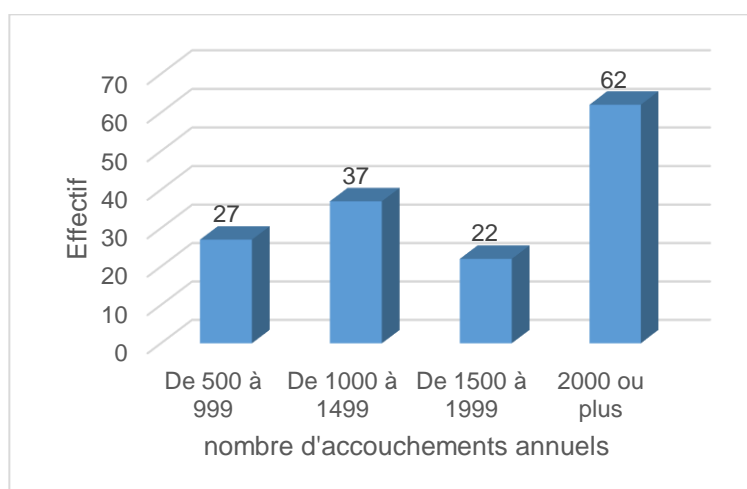
Seulement 47 répondants (31,8%) disposaient d'un service de pédiatrie attaché à la maternité.



*Figure 9 : répartition en fonction de la présence d'un service de pédiatrie.*

### 2.4. Nombre d'accouchements annuels.

18,2 % (n=27) des répondants travaillaient dans une maternité qui pratiquait de 500 à 999 accouchements annuels, 25 % (n=37) de 1000 à 1499 accouchements annuels, 14,9 % (n=22) de 1500 à 1999 et 41,9 % (n=62) 2000 accouchements annuels ou plus.



*Figure 10 : répartition en fonction du nombre d'accouchements annuels.*

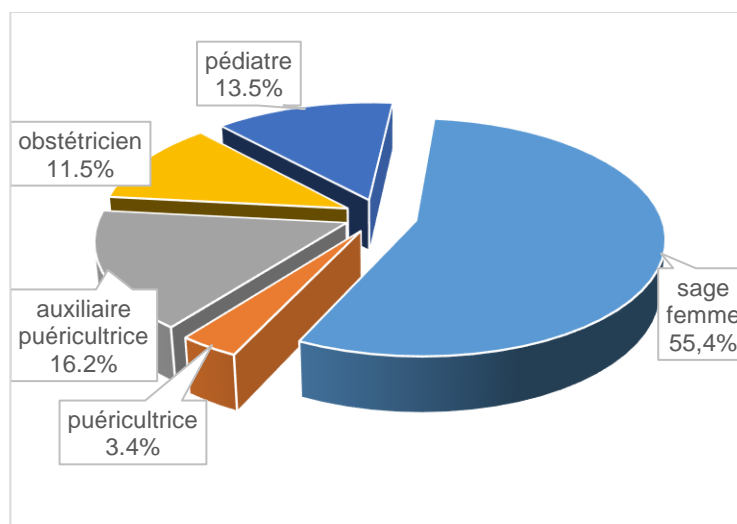
	Nombre	Pourcentage
Lieux d'exercice		
établissement public	62	41,9%
établissement de santé à but non lucratif	40	27%
établissement de santé à but lucratif	46	31,1%
Niveau de maternité		
1	104	70,3%
2A	18	12,2%
2B	15	10,1%
3	11	7,4%
Service de pédiatrie attaché		
oui	47	31,8%
non	101	68,2%
Nombre d'accouchements annuels par maternité		
De 500 à 999	27	18,2%
De 1000 à 1499	37	25%
De 1500 à 1999	22	14,9%
Plus de 2000	62	41,9%

*Tableau 2 : Caractéristiques des professionnels de la santé des maternités participants.*

### 3. PROFILS PROFESSIONNELS.

- Maternités.

82 (55,4%) sages-femmes ont répondu au questionnaire, 5 (3,4%) puéricultrices, 24 (16,2%) auxiliaires puéricultrices, 17 (11,5%) obstétriciens et 20 (13,5%) pédiatres.

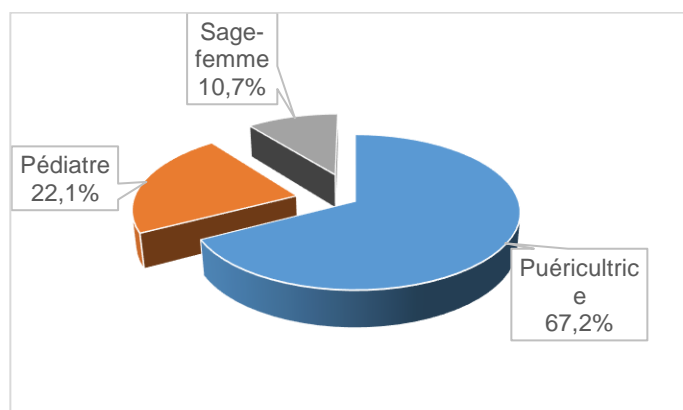


*Figure 11 : répartition en fonction de la profession.*



- PMI.

Parmi les 122 participants de l'étude travaillant en PMI, 82 (67.2%) étaient des puéricultrices, 27 (22.1%) étaient pédiatres, et 13 (10.7%) étaient des sages-femmes.



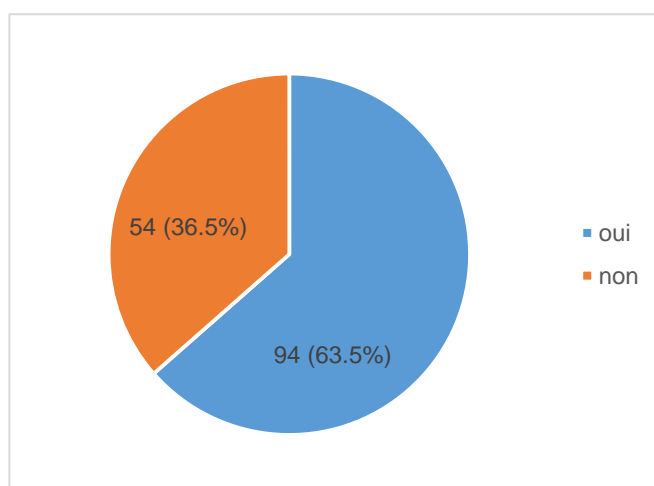
*Figure 12 : répartition en fonction de la profession.*

#### 4. HABITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION.

##### 4.1. Information délivrée sur les pleurs du nourrisson.

- Maternités.

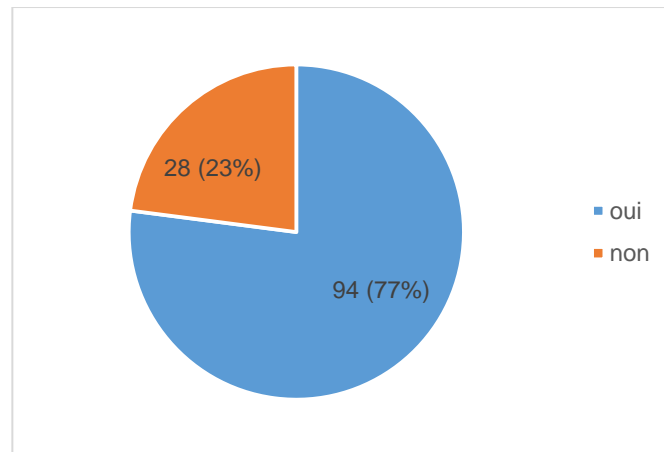
Une information sur les pleurs du nourrisson était donnée par 63,5% du personnel interrogé (n=94).



*Figure 13 : information sur les pleurs (maternités).*

- PMI.

77 % (n=94) donnaient systématiquement une information sur les pleurs du nourrisson.



*Figure 14 : Information sur les pleurs PMI.*

4.2. Thèmes abordés en cas d'information délivrée sur les pleurs du nourrisson.

- Maternités.

Lorsqu'une information sur les pleurs du nourrisson était donnée les thèmes abordés étaient : « pourquoi bébé peut pleurer » dans 87,2% des cas, « bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilée » dans 40,4 % des cas, « les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal » dans 85,1 % des cas, « comment apaiser les pleurs de bébé » dans 82 % des cas, « que faire s'il continue de pleurer » dans 51 % des cas et « comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer » dans 43,6 % des cas.

<b>Pourquoi bébé peut pleurer</b>	<b>Bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilée</b>	<b>Les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal</b>	<b>Comment apaiser les pleurs de bébé</b>	<b>Que faire s'il continu de pleurer</b>	<b>Comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer</b>	<b>TOTAL</b>
82	38	80	77	48	41	94
87,2%	40,4%	85,1%	82%	51%	43,6%	100%

*Tableau 3 : répartition en fonction du thème abordé (maternités).*

- PMI.

Les thèmes abordés étaient : « pourquoi bébé peut pleurer » dans 87,2% des cas, « bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilée » dans 37.2 % des cas, « les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal » dans 91.5 % des cas, « comment apaiser les pleurs de bébé » dans 90.4 % des cas, « que faire s'il continue de pleurer » dans 77.7 % des cas et « comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer » dans 56.4 % des cas.

<b>Pourquoi bébé peut pleurer</b>	<b>Bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilée</b>	<b>Les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal</b>	<b>Comment apaiser les pleurs de bébé</b>	<b>Que faire s'il continu de pleurer</b>	<b>Comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer</b>	<b>TOTAL</b>
82	35	86	85	73	53	94
87.2%	37.2 %	91.5%	90.4 %	77.7%	56.4 %	100%

*Tableau 4 : répartition en fonction du thème abordé (PMI).*

#### 4.3. Protocole de prévention.

- Maternités.

Sur les 148 professionnels de santé de maternité interrogés, 100% ont déclaré qu'il n'existait aucun programme de prévention du syndrome du bébé secoué au sein de leur établissement.

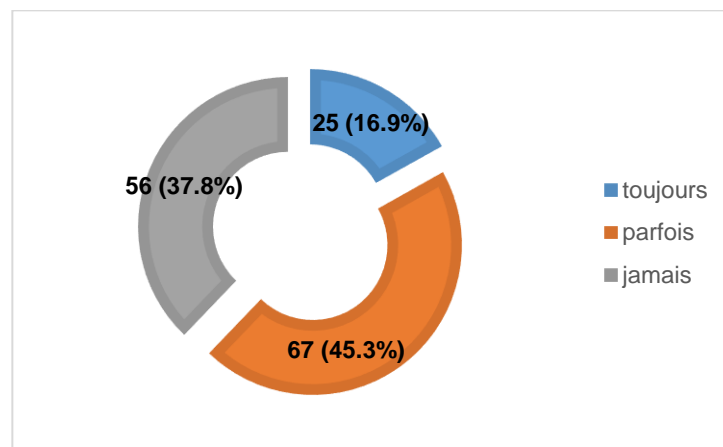
- PMI.

Les 122 professionnels de santé interrogés (100%) en PMI ont déclaré qu'il n'existait aucun programme de prévention du syndrome du bébé secoué au sein de leur établissement.

#### 4.4. Information sur le syndrome du bébé secoué.

- Maternités.

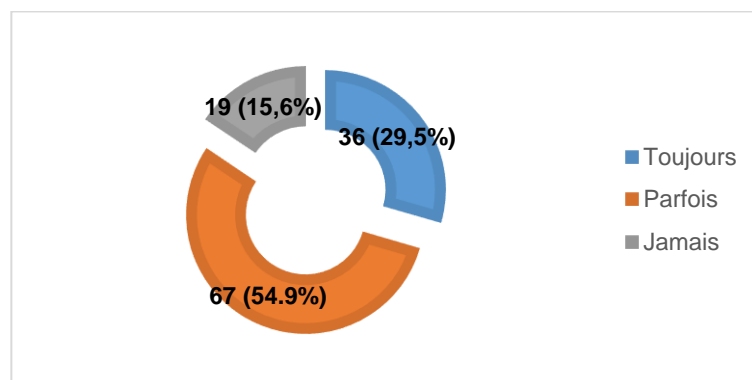
Le sujet du syndrome du bébé secoué n'était abordé systématiquement que par 16,9 % des participants. 45,3 % d'entre eux disaient « l'aborder parfois ». Il n'était cependant jamais abordé par 37,8 % des répondants.



*Figure 15 : information donnée sur le SBS (maternités).*

- PMI.

Le sujet du syndrome du bébé secoué était toujours abordé avec les femmes enceintes ou jeunes parturientes dans 29,5 % des cas (n=36), parfois abordé dans 54,9 % des cas (n=67) et jamais abordé dans 15,6 % des cas (n=19).



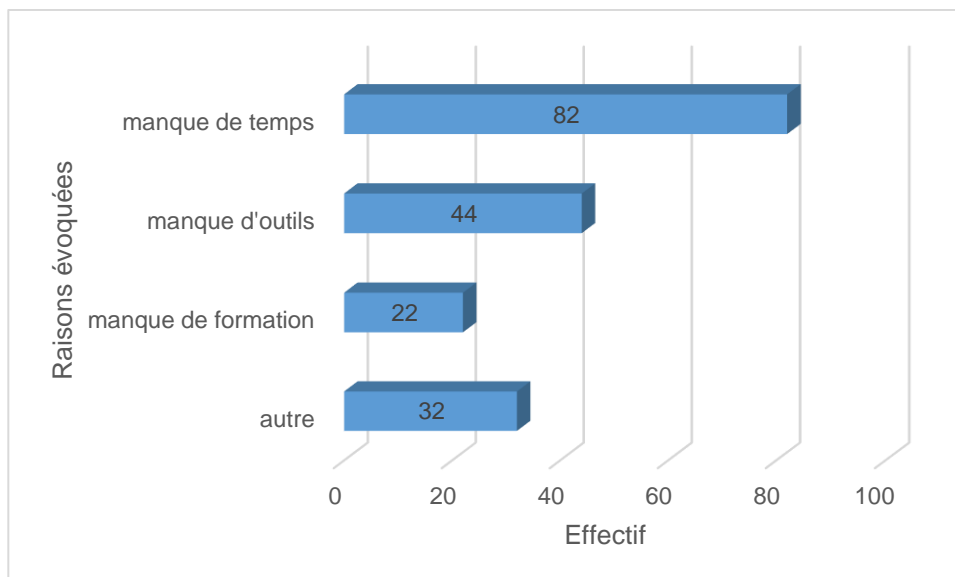
*Figure 16 : information donnée sur le SBS (PMI).*

#### 4.5. Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé.

- Maternités.

La principale raison évoquée par ceux qui ne l'abordaient pas systématiquement était le manque de temps (n= 82, soit 66,7%). Les autres raisons évoquées étaient le manque d'outils (n=44, soit 35,8%) et le manque de formation (n=22, soit 17,9%).

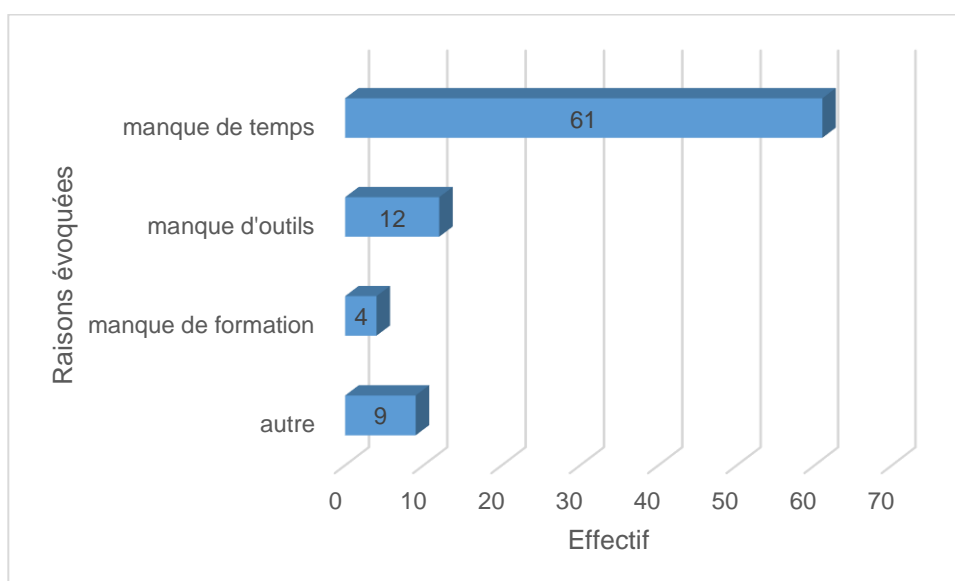
Enfin, pour 32 répondants (26%), d'autres raisons (non précisées) justifiaient le fait qu'ils n'abordaient pas le sujet.



*Figure 17 : répartition en fonction de la raison évoquée (maternités).*

- PMI.

Quand le syndrome du bébé secoué n'était pas abordé, c'était par manque de temps dans 70.9 % (n=61) des cas, par manque d'outils dans 13.9 % des cas (n=12), par manque de formation dans 4.7 % des cas (n=4). Enfin, d'autres raisons (non précisées) sont évoquées dans 10.5 % des cas (n=9).

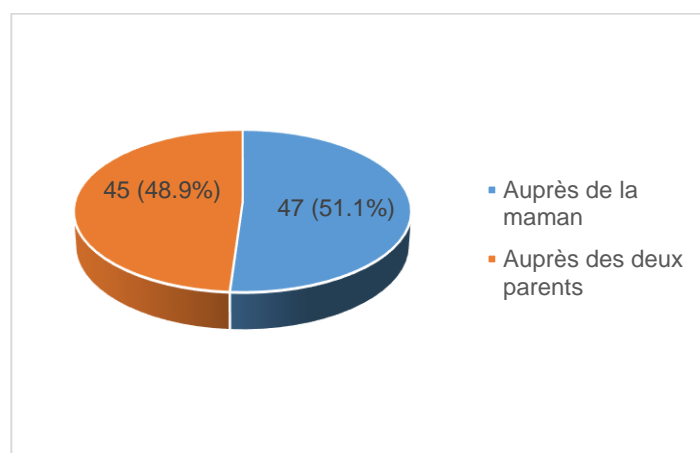


*Figure 18 : répartition en fonction de la raison évoquée (PMI).*

#### 4.6. A qui l'information est-elle donnée ?

- Maternités.

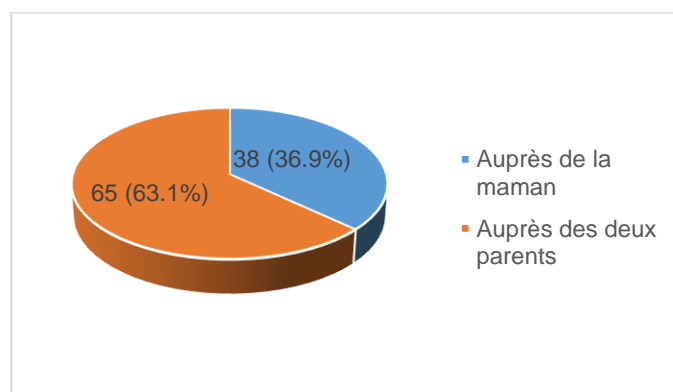
Lorsque le sujet était abordé, l'information était donnée aux deux parents dans 48,9% des cas (n=45) et seulement à la maman dans 51,1% des cas (n=47). Elle n'était jamais donnée seulement au papa.



*Figure 19 : répartition en fonction du receveur de l'information.*

- PMI.

L'information était donnée auprès des deux parents dans 63,1 % des cas (n=65) et dans 36,9 % des cas (n=38) à la maman seulement. Elle n'était jamais donnée au papa seulement.

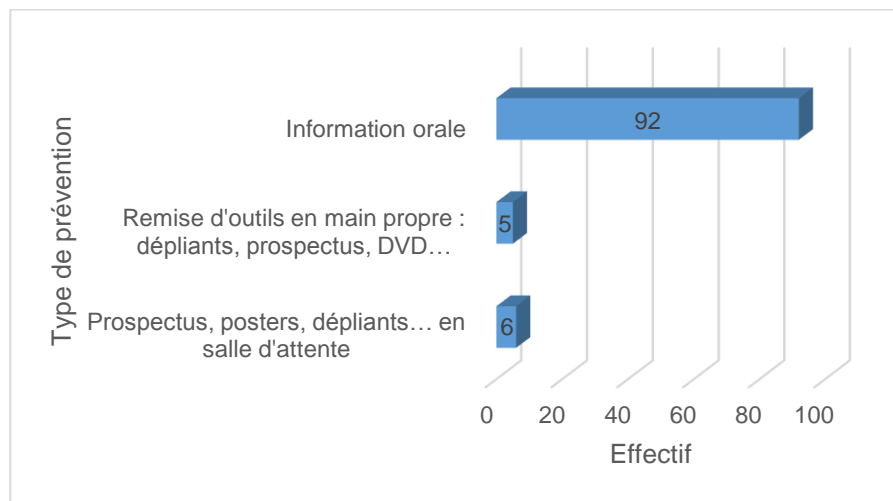


*Figure 20 : répartition en fonction du receveur de l'information.*

#### 4.7. Type de prévention réalisée.

- Maternités.

Parmi ceux qui évoquaient le syndrome du bébé secoué, 100% des professionnels (n=92) qui abordaient le sujet du syndrome du bébé secoué le faisaient avec une information orale. 6,5 % (n=6) laissaient des prospectus, posters ou dépliants en salle d'attente, et 5,4 % (n=5) remettaient des outils de prévention en mains propres : dépliants, prospectus, DVD.

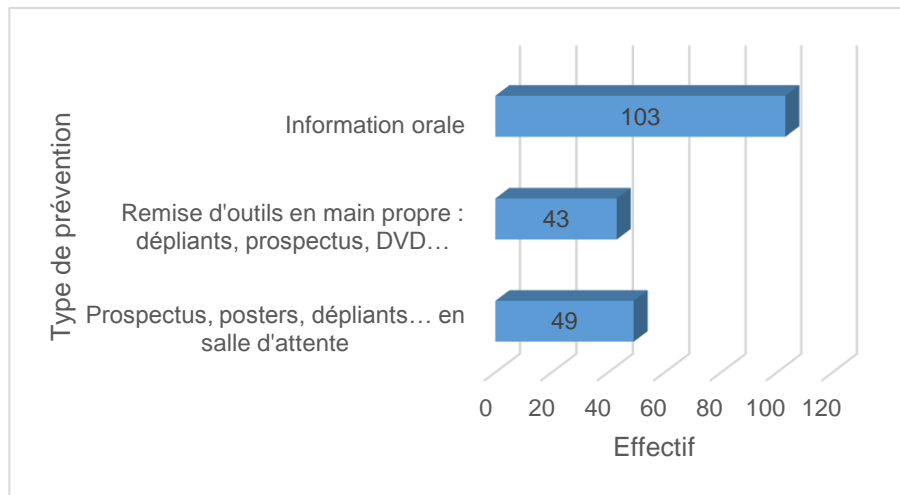


*Figure 21 : répartition en fonction du type de prévention donnée (maternités).*

- PMI.

La totalité des personnes : 100% des professionnels (n=103) qui abordaient le sujet du syndrome du bébé secoué le faisaient avec une information orale. 47,6 % (n=49) laissaient des prospectus, posters ou dépliants en salle d'attente, et 41,7 % (n=43) remettaient des outils de prévention en mains propres : dépliants, prospectus, DVD.





*Figure 22 : répartition en fonction du type de prévention donné (PMI).*

#### 4.8. Thèmes abordés en cas d'information sur le syndrome du bébé secoué.

- Maternités.

Le principal thème abordé par les praticiens était « les facteurs favorisant le secouement » dans 69,6 % des cas (n = 64). Viennent ensuite « les conséquences irréparables : peut tuer ou handicaper à vie » dans 68,5 % des cas (n = 63), « la définition du syndrome du bébé secoué » dans 47,8 % des cas (n = 44), « un seul secouement suffit » dans 44,6 % des cas (n = 41) et enfin « le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu » dans 17,4 % des cas (n = 16).

Définition du syndrome du bébé secoué	Facteur favorisant le secouement	Les conséquences irréparables : « peut tuer ou handicaper à vie »	Un seul secouement suffit	Le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu	TOTAL
44	64	63	41	16	92
47,8%	69,6%	68,5%	44,6%	17,4%	100%

*Tableau 5 : répartition en fonction du thème abordé (maternités).*

- PMI.

Les thèmes abordés étaient « la définition du syndrome du bébé secoué » dans 44,7 % des cas (n=46), « les facteurs favorisant le secouement » dans 81,6 % des cas (n=84), « les conséquences irréparables : peut tuer ou handicaper à vie » dans 76,7% des cas (n=79), « un seul secouement suffit » dans 48,5% des cas (n=50), « le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu » dans 32 % des cas (n=33).

Définition du syndrome du bébé secoué	Facteurs favorisant le secouement	Les conséquences irréparables : « peut tuer ou handicaper à vie »	Un seul secouement suffit	Le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu	TOTAL
46	84	79	50	33	103
44,7%	81,6%	76,7%	48,5%	32%	100%

*Tableau 6 : répartition en fonction du thème abordé (PMI).*

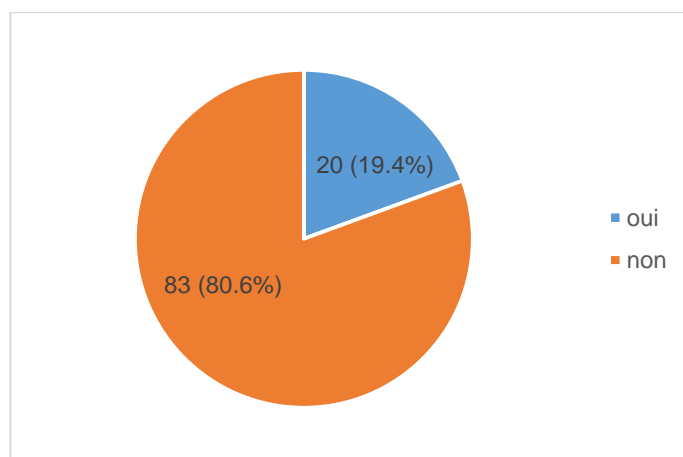
#### 4.9. Notification de l'information dans le dossier médical.

- Maternités.

L'information donnée aux parents n'était jamais notifiée dans le dossier médical.

- PMI.

L'information était rarement notifiée dans le dossier médical : seulement 20 praticiens déclaraient le faire.

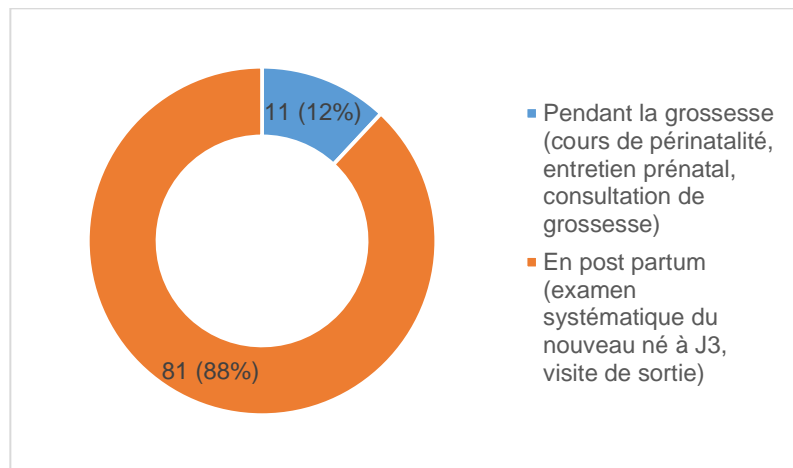


*Figure 23 : répartition en fonction de la notification dans le dossier médical.*

#### 4.10. A quel moment l'information est-elle donnée ?

- Maternités.

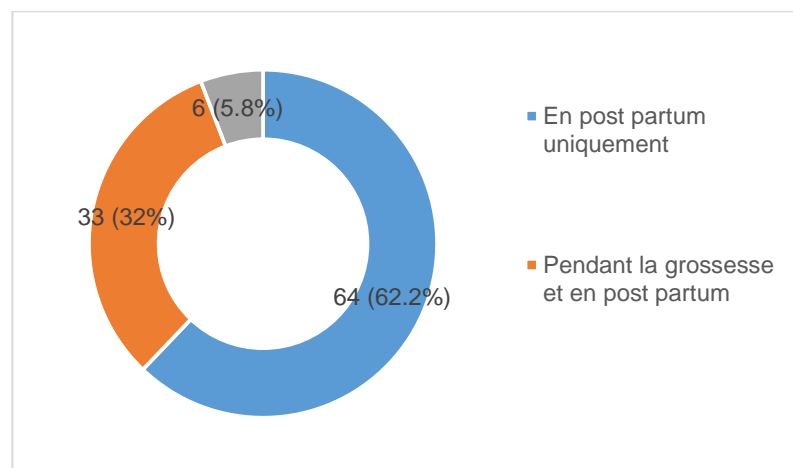
L'information était donnée dans la plus grande majorité des cas en post partum (88% n =81). Elle n'était donnée que dans 12% (n= 11) des cas pendant la grossesse et n'était jamais donnée en salle de naissance.



*Figure 24 : répartition en fonction du moment où l'information est donnée (maternités).*

- PMI.

64 praticiens (62,2 %) déclaraient donner l'information en post partum, 33 (32%) pendant la grossesse et en post partum et 6 (5,8%) pendant la grossesse uniquement.



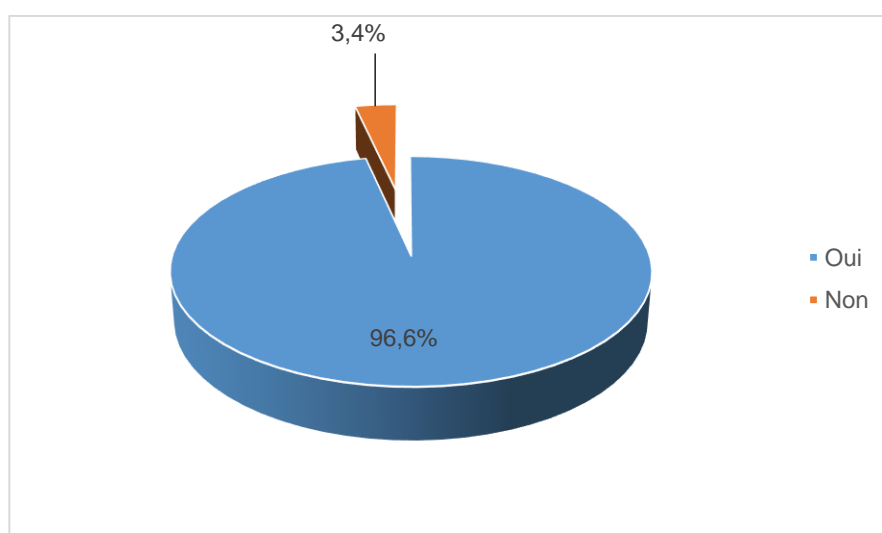
*Figure 25 : répartition en fonction du moment où l'information est donnée (PMI).*

## 5. AVIS SUR LA PREVENTION.

### 5.1. Faut-il systématiquement informer les parents ?

- Maternités.

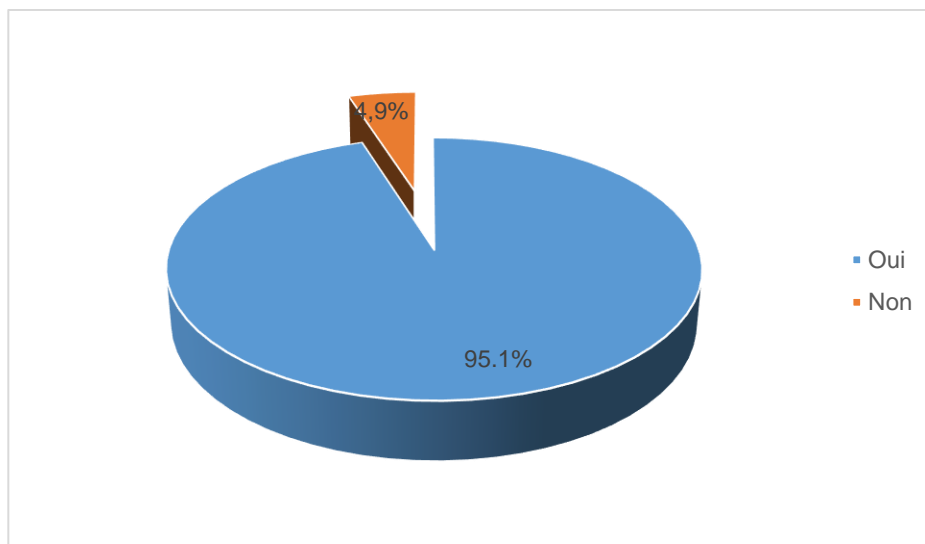
Parmi les 148 répondants, 143 (96.6%) pensaient qu'il faut systématiquement informer les parents sur le syndrome du bébé secoué, alors que 5 (3.4%) ne semblaient pas juger nécessaire d'en évoquer la problématique.



*Figure 26 : répartition en fonction de l'information à donner systématiquement (maternités).*

- PMI.

La quasi-totalité (95,1 % ; n=116) des professionnels interrogés pensait qu'il faudrait systématiquement donner une information sur le syndrome du bébé secoué aux parents. 4,9 % (n=6) pensaient que ce n'était pas nécessaire.



*Figure 27 : répartition en fonction de l'information à donner systématiquement (PMI).*

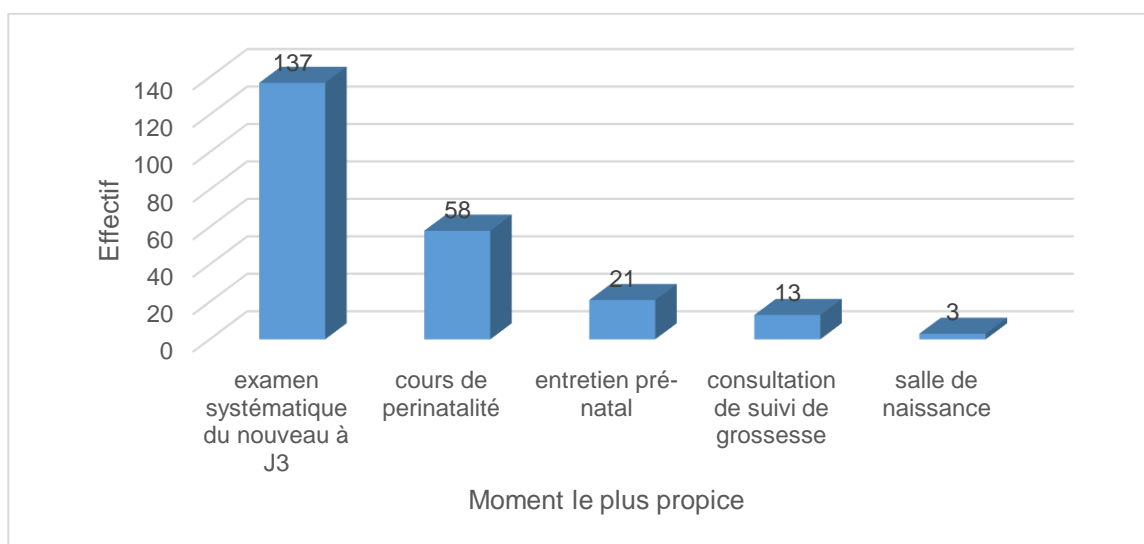
## 5.2. Quel est le moment le plus propice ?

- Maternités.

Le moment le plus propice selon les répondants était l'examen systématique du nouveau-né à 3 jours de vie pour 137 d'entre eux (92,6%).

58 (39,2%) pensaient que les cours de périnatalité pourraient également être l'occasion d'aborder le sujet, 21 (14,2%) lors de l'entretien pré natal et 13 (8,8%) lors des consultations de suivi de grossesse.

Enfin 3 (2%) pensaient que l'information pourrait être délivrée en salle de naissance.

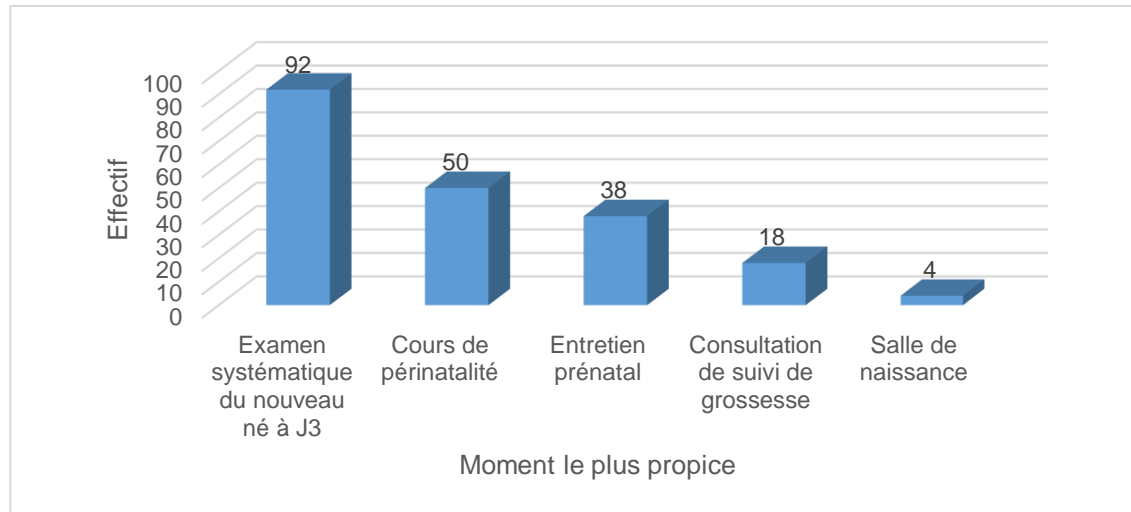


*Figure 28 : répartition en fonction du moment jugé le plus propice (maternités).*

- PMI.

Le moment le plus propice était pour 75,4 % des personnes interrogées (n=92) l'examen systématique du nouveau-né à 3 jours de vie. 50 (40,9%) pensaient que les cours de périnatalité pourraient également être l'occasion d'aborder le sujet, 38 (31,1%) lors de l'entretien pré natal et 18 (14,8%) lors des consultations de suivi de grossesse.

Enfin 4 (3,3%) pensaient que l'information pourrait être délivrée en salle de naissance.

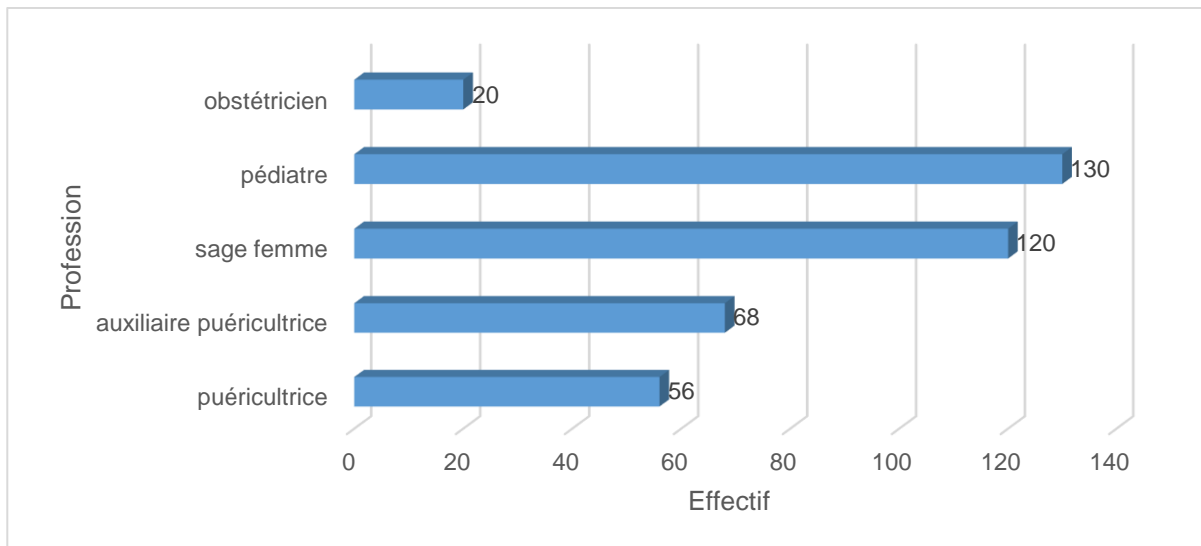


*Figure 29 : répartition en fonction du moment jugé le plus propice (PMI).*

### 5.3. Qui doit délivrer l'information ?

- Maternités.

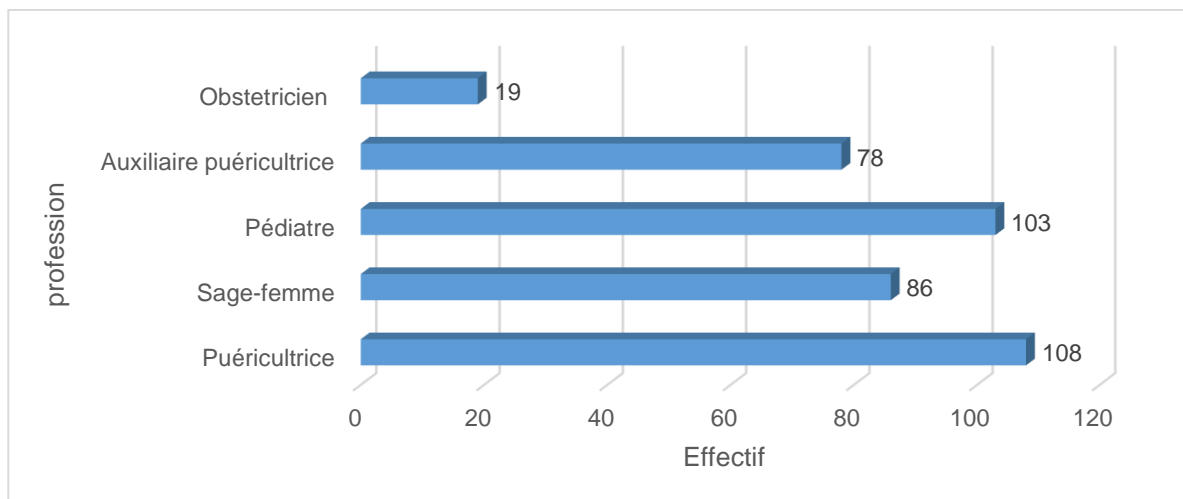
La grande majorité des personnes sondées pensaient que l'information peut être donnée par le pédiatre (n=130, 87,8%), ou par la sage-femme (n=120, 81,1%). 68 (45,9%) pensaient que l'auxiliaire puéricultrice peut délivrer l'information et 56 (37,8%) la puéricultrice. Seulement 20 (13,5%) pensaient que l'obstétricien serait meilleur acteur de prévention.



*Figure 30 : répartition en fonction de qui doit délivrer l'information (maternité).*

- PMI.

Les professionnels de la santé interrogés pensaient que l'information peut être donnée par la puéricultrice (n=108, 88,5%) le pédiatre (n=103, 84,4%), ou par la sage-femme (n=86, 70,5%). 78 (63,9%) pensaient que l'auxiliaire puéricultrice peut délivrer l'information et 19 (15,6%) l'obstétricien.

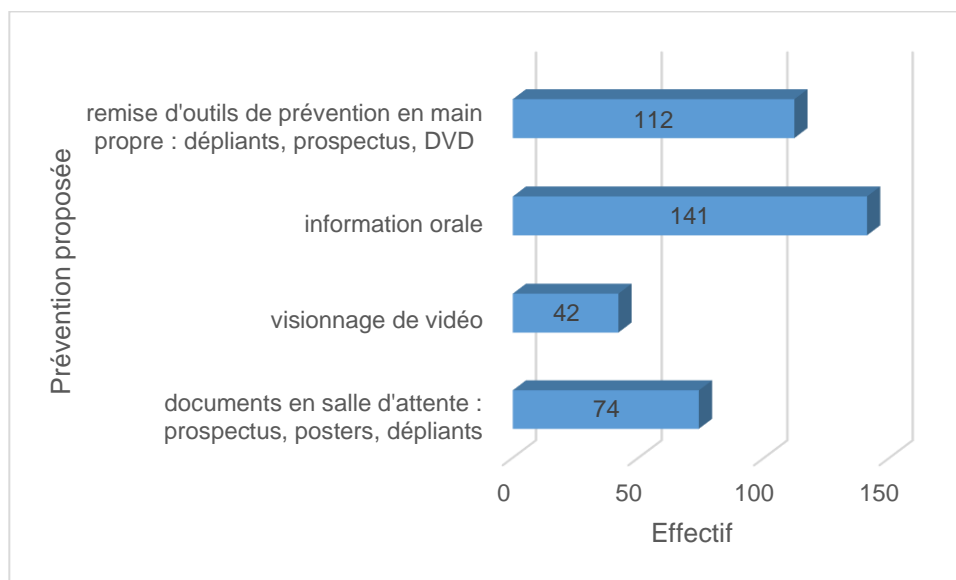


*Figure 31 : répartition en fonction de qui doit délivrer l'information (PMI).*

#### 5.4. Comment ?

- Maternités.

L'information orale était la méthode la plus approuvée (n= 141, 95,3%) avec la remise d'outils de prévention en main propre : dépliants, prospectus, DVD (n= 112, 75,7%). La mise à disposition de documents en salle d'attente : prospectus, posters, dépliants était proposée par 74 répondants (50 %) et le visionnage de vidéo par 42 (28,4 %).

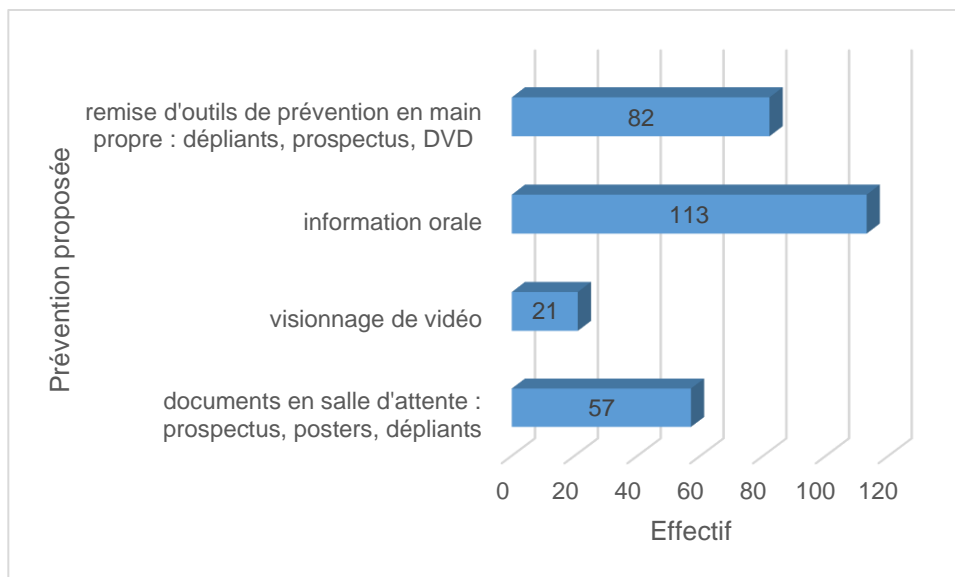


*Figure 32 : répartition en fonction du type de prévention proposée (maternité).*

- PMI.

Pour 113 personnes, le meilleur moyen de prévention était l'information orale (92,6%), puis la remise d'outils en mains propres : dépliants, prospectus, DVD pour 82 d'entre eux (67%). La mise à disposition en salle d'attente de prospectus, posters et dépliants était recommandée par 57 personnes (46,7%) et le visionnage de vidéo par 21 (17,2%).



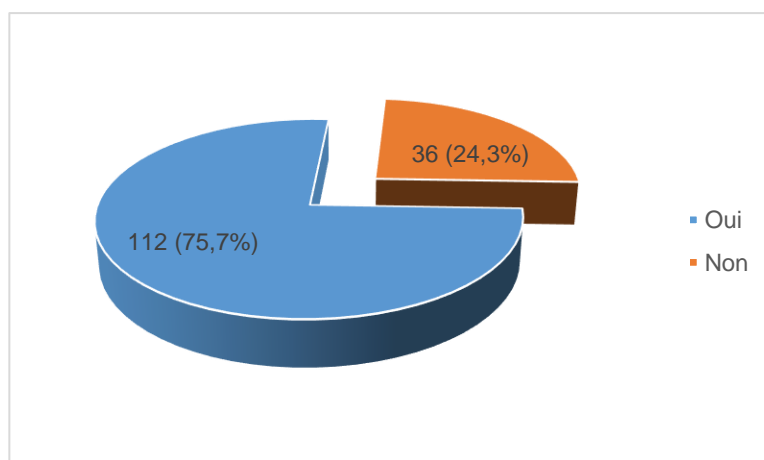


*Figure 33 : répartition en fonction du type de prévention proposée (PMI).*

### 5.5. Formation.

- Maternités.

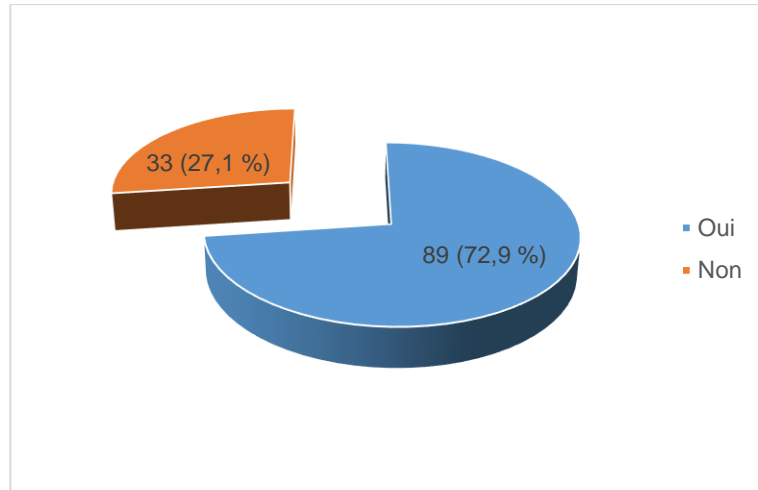
Parmi les 148 participants de l'étude, 112 (75,7%) aimeraient avoir une formation sur le syndrome du bébé secoué.



*Figure 34 : répartition en fonction d'une formation désirée (maternités).*

- PMI.

Parmi les différents professionnels ayant répondu au questionnaire, 89 (72,9%) aimeraient avoir une formation.



*Figure 35 : répartition en fonction d'une formation désirée (PMI).*

## 6. ANALYSE STATISTIQUE.

- Information sur les pleurs.

<b>Caractéristiques (maternités)</b>	<b>Information sur les pleurs donnée n (%)</b>	<b>Information sur les pleurs non donnée n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Total</b>	94 (63.5)	54 (36.5)	
<b>Lieux d'exercice</b>			0.49
établissement public	41 (66.1)	21 (33.9)	
établissement de santé à but non lucratif	27 (67.5)	13 (32.5)	
établissement de santé à but lucratif	26 (56.5)	20 (43.5)	
<b>Niveau de maternité</b>			<0.01
1	72 (69.2)	32 (30.8)	
2A	4 (22.2)	14 (77.8)	
2B	14 (93.3)	1 (6.7)	
3	4 (36.4)	7 (63.6)	
<b>Service de pédiatrie attaché</b>			0.49
oui	28 (59.6)	19 (40.4)	
non	66 (65.3)	35 (34.7)	
<b>Nombre d'accouchement annuel par maternité</b>			0.62
De 500 à 999	18 (66.7)	9 (33.3)	
De 1000 à 1499	26 (70.3)	11 (29.7)	
De 1500 à 1999	12 (54.5)	10 (45.5)	
Plus de 2000	38 (61.3)	24 (38.7)	
<b>Profession</b>			<0.01
Pédiatre	11 (55)	9 (45)	
Sage-femme	61 (74.4)	21 (25.6)	
Puéricultrice	4 (80)	1 (20)	
Auxiliaire puéricultrice	18 (75)	6 (25)	
Obstétriciens	0 (0)	17 (100)	

*Tableau 7 : Information sur les pleurs du nourrisson en fonction des caractéristiques démographiques (maternités).*

Le niveau de la maternité ( $p < 0.01$ ) et la profession ( $p < 0.01$ ) influencent le fait de donner une information sur les pleurs de manière statistiquement significative. L'information sur les pleurs est plus souvent donnée dans les maternités de niveau 1 et 2B.

<b>Caractéristiques (PMI)</b>	<b>Information sur les pleurs donnée n (%)</b>	<b>Information sur les pleurs non donnée n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Total</b>	94 (77)	28 (23)	
<b>Profession</b>			<b>&lt;0.01</b>
Pédiatre	13 (48.1)	14 (51.9)	
Sage-femme	11 (84.6)	2 (15.4)	
Puéricultrice	70 (85.4)	12 (14.6)	

*Tableau 8 : Information sur les pleurs du nourrisson en fonction de la profession.*

La profession dans les PMI influence le fait de fait de donner une information sur les pleurs de manière statistiquement significative ( $p < 0.01$ ). Les sages-femmes et les puéricultrices donnent plus fréquemment cette information.

- Information sur le SBS.

<b>Caractéristiques (maternités)</b>	<b>Information sur SBS : Toujours n (%)</b>	<b>Information sur SBS : Parfois n (%)</b>	<b>Information sur SBS : Jamais n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Total</b>	25 (16.9)	67 (45.3)	56 (37.8)	
<b>Lieux d'exercice</b>				0.055
établissement public	13 (20.9)	30 (48.4)	19 (30.7)	
établissement privé non lucratif	10 (25)	15 (37.5)	15 (37.5)	
établissement privé lucratif	2 (4.4)	22 (47.8)	22 (47.8)	
<b>Niveau de maternité</b>				0.059
1	16 (15.4)	47 (45.2)	41 (39.4)	
2A	1 (5.6)	9 (50)	8 (44.4)	
2B	7 (46.7)	5 (33.3)	3 (20)	
3	1 (9.1)	6 (54.5)	4 (36.4)	
<b>Service de pédiatrie attaché</b>				0.56
oui	10 (21.3)	19 (40.4)	18 (38.3)	
non	15 (14.9)	48 (47.5)	38 (37.6)	
<b>Nombre d'accouchement annuel</b>				0.44
De 500 à 999	1 (3.7)	12 (44.4)	14 (51.9)	
De 1000 à 1499	7 (18.9)	17 (45.9)	13 (35.2)	
De 1500 à 1999	5 (22.7)	11 (50)	6 (27.3)	
Plus de 2000	12 (19.4)	27 (43.5)	23 (37.1)	
<b>Profession</b>				<b>&lt;0.01</b>
Pédiatre	1 (5)	11 (55)	8 (40)	
Sage-femme	21 (25.6)	38 (46.3)	23 (28.1)	
Puéricultrice	1 (20)	2 (40)	2 (40)	
Auxiliaire puéricultrice	2 (8.3)	12 (50)	10 (41.7)	
Obstétriciens	0 (0)	4 (23.5)	13 (76.5)	

*Tableau 9 : Information sur le SBS en fonction des caractéristiques démographiques (maternités).*

La profession dans les maternités influence le fait de donner systématiquement une information sur le SBS de manière statistiquement significative ( $p < 0.01$ ). Les sages-femmes et les puéricultrices donnent plus fréquemment cette information.

<b>Caractéristiques (PMI)</b>	<b>Information sur SBS : Toujours n (%)</b>	<b>Information sur SBS : Parfois n (%)</b>	<b>Information sur SBS : Jamais n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Total</b>	36 (29.5)	67 (54.9)	19 (15.6)	
<b>Profession</b>				<b>&lt;0.01</b>
Pédiatre	2 (7.4)	12 (44.4)	13 (48.2)	
Sage-femme	5 (38.5)	6 (46.2)	2 (15.3)	
Puéricultrice	29 (35.4)	49 (59.8)	4 (4.8)	

*Tableau 10 : Information sur le SBS en fonction de la profession (PMI).*

La profession dans les PMI influence le fait de donner systématiquement une information sur le SBS de manière statistiquement significative ( $p < 0.01$ ). Les sages-femmes et les puéricultrices donnent plus fréquemment cette information.

## IV. DISCUSSION

### 1. DES RESULTATS.

#### 1.1. Généralités.

On recense au niveau du département du Rhône 14 maternités (La clinique de l'union à Vaulx-en-velin, la clinique des Portes du sud à Vénissieux, l'hôpital Nord-Ouest, la clinique du Tonkin, l'hôpital Femme Mère Enfant, la clinique du val d'ouest, la polyclinique du Beaujolais, le centre hospitalier de Givors, l'hôpital Saint Joseph – Saint Luc, la clinique Natécia, le centre hospitalier Lyon sud, la clinique Lyon nord, l'hôpital de la Croix Rousse). Parmi ces maternités, 6 sont des établissements publics (42,9%), 3 sont des établissements privés à but non lucratif (21,4%) et 5 sont des établissements privés à but lucratif (35,7%). 8 sont de niveau 1 (57,1%), 2 de niveau de 2A (14,3%), 2 de niveau 2B (14,3%) et 2 de niveau 3 (14,3%). 5 disposent d'un service de pédiatrie attaché à la maternité (35,7%). Enfin 2 (14,3%) réalisent entre 500 et 999 accouchements annuels, 4 (28,6%) entre 1000 et 1499, 1 (7,1%) entre 1500 et 1999 et 7 (50%) plus de 2000.

Le taux de réponse obtenu est représentatif de la population départementale. En effet, nous avons obtenu une majorité de réponses de la part des établissements publics (41,9%), ce qui s'explique par le fait que la majorité des maternités du Rhône sont des établissements publics (42,9%).

Ces réponses proviennent pour la grande majorité de maternités de niveau 1 (70,3%), qui représentent au niveau départemental 57,1% des maternités.

Les services de pédiatrie attachés aux maternités étant peu nombreux dans le département du Rhône (35,7%), c'est sans surprise que la grande majorité des réponses obtenues proviennent de personnels travaillant dans une maternité sans service de pédiatrie attaché (68,2%).

Enfin, concernant le nombre d'accouchements annuels réalisés, nous avons principalement reçu des réponses provenant d'établissements réalisant plus de 2000 accouchements par an (41,9%). Ces établissements représentent 50% des maternités du Rhône.

Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

	<b>Maternités du Rhône n (%)</b>	<b>Réponses obtenues n (%)</b>
<b>Lieux d'exercice</b>		
établissement public	6 (42,9)	62 (41,9)
établissement de santé à but non lucratif	3 (21,4)	40 (27)
établissement de santé à but lucratif	5 (35,7)	46 (31,1)
<b>Niveau de maternité</b>		
1	8 (57,1)	104 (70,3)
2A	2 (14,3)	18 (12,2)
2B	2 (14,3)	15 (10,1)
3	2 (14,3)	11 (7,4)
<b>Service de pédiatrie attaché</b>		
oui	5 (35,7)	47 (31,8)
non	9 (64,3)	101 (68,2)
<b>Nombre d'accouchement annuel par maternité</b>		
De 500 à 999	2 (14,3)	27 (18,2)
De 1000 à 1499	4 (28,6)	37 (25)
De 1500 à 1999	1 (7,1)	22 (14,9)
Plus de 2000	7 (50)	62 (41,9)

*Tableau 11 : comparaison des pourcentages de réponses obtenues avec les maternités du Rhône en fonction de différentes variables.*

## 1.2. Profession.

Pour les maternités, le taux de réponses obtenu par les puéricultrices est faible par rapport aux effectifs qu'elles représentent. Nous avons paradoxalement obtenu une surreprésentation des pédiatres et des auxiliaires de puériculture (tableau 8). La profession dans les maternités n'est pas comparable à celle de notre échantillon ( $p < 0.05$ ).



	<b>Maternités du Rhône n (%)</b>	<b>Réponses obtenues n (%)</b>
<b>Profession</b>		
Sage-femme	406 (56,4)	82 (55,40)
Obstétricien	87 (12.1)	17 (11,50)
Puéricultrice	71 (9.9)	5 (3,40)
Auxiliaire puéricultrice	96 (13.3)	24 (16,20)
Pédiatre	60 (8,3)	20 (13,50)

*Tableau 12 : comparaison du pourcentage de professionnel des maternités ayant participé à l'étude avec le pourcentage des effectifs présents dans les maternités.*

Concernant les PMI, le taux de réponses obtenu en fonction de la profession est proportionnel aux effectifs de ces professions (tableau 9).

	<b>PMI du Rhône n (%)</b>	<b>Réponses obtenues n (%)</b>
<b>Profession</b>		
Sage-femme	33 (10.2)	13 (10,7)
Puéricultrice	228 (70.1)	82 (67,2)
Pédiatre	64 (19.7)	27 (22,1)

*Tableau 13 : comparaison du pourcentage de professionnel des PMI ayant participé à l'étude avec le pourcentage des effectifs présents dans les PMI.*

### 1.3. Information sur les pleurs.

Les pleurs répétés et prolongés du nouveau-né sont le principal facteur de risque du syndrome du bébé secoué (31)(34)(35)(39). Une information relative à ses pleurs paraît donc indispensable dans le cadre de la prévention du syndrome du bébé secoué d'autant plus que la HAS a actualisé en 2017 ses recommandations à l'intention des professionnels de santé (5) : elle préconise d'informer systématiquement les parents sur les pleurs du nourrisson, ainsi que l'exaspération qu'ils peuvent engendrer.

Dans notre enquête, une information sur les pleurs du nourrisson est donnée dans 63,5% des cas en maternité et dans 77% des cas en PMI. La délivrance d'une information sur les pleurs semble insuffisante si on se base sur les recommandations de la HAS et les différents travaux ayant étudié le lien entre les pleurs et le SBS. Il semble primordial d'axer la prévention du syndrome du bébé secoué sur une information claire concernant les pleurs du nourrisson.

### 1.4. Sujets abordés.

A la lumière des différentes études qui ont eu lieu outre atlantique sur le syndrome du bébé secoué, nous avons retenu 6 thèmes d'égale importance à aborder avec les parents concernant les pleurs du nourrisson. Tout d'abord expliquer les causes des pleurs aux parents, leur expliquer que les pleurs peuvent être prolongés. Il faut également insister sur le fait que les pleurs peuvent exaspérer et surtout sur l'importance de la normalité de l'exaspération que les parents peuvent ressentir pour éviter de les culpabiliser. Il faut également expliquer aux parents comment faire face aux pleurs, que faire si les pleurs sont incessants et comment faire face à la colère et l'exaspération.

Les professionnels de santé des maternités interrogés abordent principalement les causes des pleurs (87.2%), le fait que les pleurs peuvent exaspérer (85.1%) et comment apaiser les pleurs (82%). Les autres thèmes sont peu abordés (bébé peut pleurer jusqu'à 2 heures d'affilée (40.4%), que faire s'il continue de pleurer (51%) et comment faire face à la colère et à l'exaspération (43.6%).

Les professionnels de santé des PMI abordent principalement le fait que les pleurs peuvent exaspérer (91.5%), les causes des pleurs (87.2%), comment apaiser les pleurs (90.4%) et que faire si l'enfant continue de pleurer (77.7%). Les autres thèmes sont peu abordés (bébé peut

pleurer jusqu'à 2 heures d'affilée (37.2%), et comment faire face à la colère et à l'exaspération (56.4%).

La HAS a listé 6 messages clés de prévention à destination des nouveaux parents et des gardiens de nourrissons (5). Trois de ces messages concernent les pleurs. Il est préconisé d'expliquer les causes des pleurs, la conduite à tenir s'il continue de pleurer et le fait qu'il peut pleurer jusqu'à 2 heures par jour. Que ce soit au niveau des maternités ou des PMI, on se rend compte qu'il n'est pas assez expliqué aux parents qu'un bébé peut pleurer longtemps. Cette information est indispensable à délivrer. Différentes études ont démontré que les pleurs excessifs sont sources d'angoisse, de stress et peuvent entraîner un sentiment de frustration et de colère responsable du secouement (31)(34)(35).

Dans la majorité des cas les parents ne reçoivent pas une information complète. Ceci est probablement dû au fait que la formation des différents professionnels de santé intervenants varie selon leur profession et est probablement incomplète. Cette variable dépend aussi de l'expérience personnelle et professionnelle de chacun.

### 1.5. Protocole de prévention.

Que ce soit au niveau des maternités ou des PMI, il n'existe aucun protocole de prévention en ce qui concerne le syndrome du bébé secoué. L'information donnée aux parents dépend donc de la personne qui la délivre, de sa formation et du temps qu'elle a à disposition pour l'aborder. De plus, d'après les réponses obtenues les maternités ne disposent pratiquement pas de support écrit (4.3% vs 41 % dans les PMI).

Ces résultats ne sont pas surprenant, en effet, en France hormis quelques études locales évaluant les connaissances des parents (21)(53)(54) et une campagne de prévention en Ile de France (57) mené en 2005 et ayant duré 1 an, il n'a pas été retrouvé dans la littérature de véritable étude concernant la méthode de prévention.

Il est désormais recommandé que des campagnes de prévention soient réalisées « sous différentes formes et en tout lieu » (5) et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants prévoit la diffusion d'outils (20). Des protocoles de prévention devraient donc voir le jour dans les PMI et maternités dans les années à venir.

## 1.6. Information sur le syndrome du bébé secoué.

Les résultats de notre étude nous montrent que le sujet du syndrome du bébé secoué n'est que rarement abordé de façon systématique par les professionnels de santé : 16,9% des professionnels des maternités et 29,5% des professionnels de PMI. Ces chiffres reflètent une grande faiblesse dans la prévention de ce problème de santé publique.

Une étude de 2011 réalisée par Simonnet et al. (21) dans les hôpitaux de Saint Maurice montrait que 27 % des mères et 36 % des pères n'avaient jamais entendu parler de ce syndrome. Ces chiffres sont relativement importants d'autant que les auteurs suggèrent qu'une information donnée dans le post partum permettrait de diminuer l'incidence du syndrome du bébé secoué. Ces résultats peuvent donc en partie être expliqués par le fait que le sujet n'est pas systématiquement abordé.

## 1.7. Raisons pour lesquelles le sujet n'est pas abordé.

Pour les professionnels des maternités et des PMI la principale raison évoquée est le manque de temps (respectivement 66.7% et 70.9% des cas). La charge de travail dans les établissements de santé est importante et il paraît évident que les acteurs privilégient les actions qu'ils maîtrisent bien (celles pour lesquelles il existe une procédure écrite et qui sont entrées dans une routine professionnelle). Le manque d'outils est la seconde raison évoquée. Comme nous le supposions, les outils, bien que différents supports existent, ne sont pas suffisamment distribués et mis à disposition des praticiens pour aider à délivrer l'information. Néanmoins, les praticiens interrogés ne semblent, pour la plupart, pas manquer de formation pour pouvoir délivrer une information de qualité aux parents.

On peut supposer que ce type de prévention n'étant pas systématique ni encadrée, n'est peut-être tout simplement pas dispensée par habitude.

## 1.8. A qui est donnée l'information.

Les résultats de l'étude nous montrent que l'information est soit donnée à la mère, soit aux deux parents de manière quasi égale dans les maternités (48,9% pour les 2 parents et 51,1% pour la

mère). Dans les PMI elle est plus souvent donnée aux deux parents (63,1%). Ceci est probablement dû au fait que l'information donnée par les PMI, l'est au cours d'un rendez-vous programmé et permet donc aux deux parents d'être présents.

On constate par ailleurs que les pères ne sont pas assez présents lors de la délivrance de l'information alors qu'ils sont les auteurs principaux du secouement (5). Il est donc important de cibler les deux parents. En pratique il est souvent difficile d'avoir à disposition les deux parents pour délivrer l'information, le père étant beaucoup moins présent à la maternité et n'accompagnant pas toujours la mère lors de la visite en PMI.

### 1.9. Type de prévention réalisée.

Les programmes de prévention existant et ayant prouvé leur efficacité (41)(44)(47)(48)(49)(50)(52) couplent plusieurs outils pour délivrer leurs informations.

Dans notre étude, que ce soit en maternité ou en PMI, l'information sur les pleurs du NRS et le SBS est essentiellement donnée par voie orale. Il n'existe que très peu de supports écrits en maternité, et ceux, plus facilement disponible en PMI, ne sont pas forcément spécifiques du SBS. Concernant les outils à leur disposition, les maternités nous ont uniquement envoyé la plaquette du CRFTC (annexe 7). Les PMI nous ont envoyé celle du grand Lyon (annexe 10).

### 1.10. Thèmes abordés en cas d'information sur le syndrome du bébé secoué.

Que ce soit au niveau des maternités ou des PMI, l'information est surtout axée sur le facteur favorisant le secouement (respectivement 69.6% et 81.6%), donc les pleurs et sur les conséquences que peut engendrer un tel acte (respectivement 68.5% et 76.7%). Il est plus rarement sujet de la définition du syndrome du bébé secoué, alors que Simonnet et al. ont montré dans leur enquête réalisée en 2011 (21) que 27% des mères et 36% des pères ne connaissaient pas ce syndrome. Les professionnels informent également très peu sur le fait qu'un seul secouement suffit, que le jeu n'a rien à voir avec le secouement et que le secouement n'a rien à voir avec le jeu.

Tout comme pour les pleurs, la HAS préconisent 3 messages clés à délivrer : il s'agit de faire prendre conscience que le syndrome du bébé secoué existe, que secouer peut tuer ou rendre

handicapé à vie et qu'un seul secouement suffit. On constate donc dans notre population (maternités et PMI) que parmi ces messages, il y en a deux qui ne sont pas suffisamment abordé avec les parents.

#### 1.11. Notification dans le dossier médical.

Dans les maternités, l'information, lorsqu'elle est donnée, n'est jamais notifiée dans le dossier. Dans les PMI elle n'est notifiée que dans 19,4% des cas.

Cela pose le problème de la traçabilité. Il est donc impossible dans la plupart des cas de prouver que l'information a bien été donnée.

D'autre part, on peut supposer que s'il existait dans le dossier de chaque nourrisson un emplacement réservé à la délivrance de l'information, le problème serait peut être abordé de façon plus systématique.

#### 1.12. A quel moment l'information est-elle donnée.

Dans la majorité des cas l'information est donnée en post partum ce qui correspond bien aux données que l'on retrouve dans les campagnes de prévention de la littérature internationale.

Dans la cohorte de Tavernier, la grande majorité des femmes interrogées souhaitent recevoir une information pendant et en dehors de la grossesse (54).

#### 1.13. Faut-il systématiquement informer les parents.

Que ce soit au niveau des maternités (96.6%) ou au niveau des PMI (95.1%), la quasi-totalité des participants pensent qu'il faut systématiquement informer les parents au sujet du syndrome du bébé secoué. Chaque professionnel de santé est conscient de la gravité de ce syndrome au point de juger utile d'être systématique. Il semble manquer une impulsion pour passer de la pensée l'acte.

#### 1.14. Quel est le moment le plus propice.

Il ressort des résultats de notre enquête que le moment plus propice est l'examen systématique du nouveau-né à J3 (92.6% pour les maternités et 75.4% pour les PMI). Cette consultation semble être un moment privilégié au cours duquel les parents pourraient poser des questions aux professionnels. Il semble important d'établir un protocole avec un moment dédié à la délivrance de l'information car la durée d'hospitalisation en maternité est relativement courte : elle est estimée à 4,3 jours en France (59) et les informations à délivrer aux parents sont nombreuses. Nous rappellerons que le manque de temps est la cause la plus fréquemment invoquée quand l'information n'est pas délivrée.

La majorité des programmes de prévention se déroule à la maternité et ce moment semble le plus opportun à la délivrance de l'information. En effet, le séjour à l'hôpital lors de la naissance de l'enfant permet d'avoir un contact avec un maximum de couples (mère ET père). De plus l'incidence du syndrome du bébé secoué est élevée durant les premiers de mois de vie. L'information doit donc être délivrée précocement. Enfin, les parents auront tout le loisir de poser des questions avant la sortie de maternité s'ils en ressentent le besoin.

Délivrer l'information avant l'accouchement ne nous semble pas pertinent car les parents ne sont pas encore préoccupés par les pleurs du nourrisson et seraient peu réceptifs. Et au contraire, délivrer l'information trop tard expose au risque de secouement.

La répétition de l'information est aussi un facteur d'amélioration d'une prévention. Si elle doit être donnée tôt, à la maternité, elle doit aussi être répétée lors des consultations programmées des premiers mois.

#### 1.15. Qui doit délivrer l'information.

Dans les maternités, pour la grande majorité, les répondants pensent que l'information doit être délivrée soit par le pédiatre (87.8%), soit par la sage-femme (81.1%). Dans les PMI, ils pensent que cette tâche doit être réalisée soit par le pédiatre (84.4%) soit par la puéricultrice (88.5%) et dans une moindre mesure par la sage-femme (70.5%) ou l'auxiliaire puéricultrice (63.9%). On se rend compte que les professionnels pensent que trois professions sont les mieux placées pour délivrer cette information. Dans la cohorte de Tavernier (54), les patientes souhaitaient recevoir

l'information de préférence par une sage-femme (52%) alors que dans celle de Harambat (53), elles préféreraient plutôt que ce soit le pédiatre.

Quel que soit la personne qui délivre l'information, nous pensons qu'elle doit avant tout avoir reçu une formation adéquate et qu'elle s'implique totalement dans cette tâche notamment en terme de temps. Il serait judicieux de prévoir au sein de chaque équipe un référent capable de renouveler une formation régulière afin de pérenniser l'action de prévention.

#### 1.16. Comment l'information doit être délivrée.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les programmes de prévention existant couplent plusieurs outils pour délivrer l'information. Ce couplage d'outils permet à chaque parent de trouver un support lui correspondant.

L'information orale semble être la méthode la plus choisie. Il faut cependant que la personne qui la délivre soit préalablement formée et qu'elle prenne le temps de répondre aux questions des parents. L'utilisation d'outils associés à cette information orale permettrait de renforcer le message délivré.

Il n'a pas été retrouvé d'évaluation des outils indépendamment dans la littérature. Cependant, nous pouvons déjà dire que le dépliant remis en main propre aux parents et qui reprend les informations importantes semble indispensable car il permettrait aux parents de relire l'information au calme et de mieux l'intégrer notamment lorsqu'ils seront seuls chez eux. De plus, nous pensons également qu'il y a plus de chance qu'une information orale soit délivrée s'il existe un support écrit.

Concernant les affiches et les dépliants mis à disposition des patients en salle d'attente, des études ont évaluées leur impact. Cependant ces études ne concernent pas spécifiquement le syndrome du bébé secoué.

D'après une étude canadienne publiée en 2007, il n'y a pas de différence significative dans la prévention des accidents domestiques en pédiatrie après campagne d'affichage (60).

En 2011, une étude est publiée dans le British Dental Journal. Les auteurs ont interviewé 1161 patients à propos des affiches présentes dans la salle d'attente. Seulement 40% des patients affirment avoir lu ces affiches (61).



Une étude publiée en juin 2013 retrouve un attrait des patients pour les dépliants dans les salles d'attente. Cette étude a été menée dans la région de Bruxelles à partir d'un questionnaire. 19 % des patients déclarent qu'ils parlent des sujets des brochures avec leur médecin. Les auteurs ont conclu à l'utilité des dépliants pour améliorer la relation médecin-malade (62).

L'impact de l'affichage en salle d'attente semble limité mais ce mode de communication reste tout de même pertinent avec ses fonctions d'information générale, de pédagogie et même de décoration.

D'ailleurs, La HAS recommande l'utilisation des affiches pour faire passer des messages de santé publique (63).

### 1.17. Formation.

Les médecins sont soumis, d'après l'article de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 à l'obligation de développement professionnel continu (= formation médicale continue + évaluation des pratiques professionnels) (64). Ils restent cependant libres de choisir les domaines dans lesquels ils veulent se former.

Dans notre enquête, près de  $\frac{3}{4}$  des participants aimeraient avoir une formation sur le sujet (75.7% dans les maternités et 72.9% dans les PMI). Cette formation pourrait s'avérer utile pour augmenter les connaissances des soignants concernant le syndrome du bébé secoué et permettrait une meilleure prévention. On peut éventuellement imaginer un petit film pédagogique concis délivrant aux professionnels de santé les outils nécessaires pour pouvoir répondre aux questions des parents en détresse. La diffusion pourrait se faire par l'intermédiaire de l'Ordre des médecins et l'Ordre des sages-femmes.

### 1.18. Analyse statistique.

Les sages-femmes et les puéricultrices donnent plus fréquemment une information sur les pleurs du nourrisson et sur le SBS de manière statistiquement significative. On peut penser que ces professionnels passent plus de temps avec leur patient que les pédiatres en post partum et sont plus proches d'eux, ce qui leur permet d'aborder plus de sujets et plus facilement.

Le niveau de la maternité semble également influencer le fait de donner une information sur les pleurs du nourrisson. On constate que les maternités de niveau 1 et de niveau 2B donnent plus

facilement une information sur les pleurs du nourrisson. Ces résultats sont surprenant, on pourrait penser que les maternités de niveau 3 seraient celles qui délivreraient le plus cette information, la prématurité étant un facteur de risque de pleurs excessifs

## 2. DE LA METHODOLOGIE.

### 2.1. Points forts :

- à propos de la sélection :

Toutes les professions en liens avec les parents et nouveaux nés (pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires puéricultrices) de l'ensemble des maternités et PMI du Rhône ont été sollicitées. 13 maternités sur 14 ont participé et l'ensemble des PMI.

- à propos du recueil de donnée :

Les questionnaires ont été réalisés en se basant sur les études et programmes connus et évalués dans d'autres pays.

- à propos de la population étudiée.

L'enquête a été réalisée dans des maternités de tous niveaux dans le réseau de périnatalité du Rhône, ainsi qu'auprès des PMI du département. Elle reflète donc bien l'ensemble de la population du Rhône.

### 2.2 Limite de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé est une étude de faible niveau de preuve scientifique.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

*Figure 36 : Grade des recommandations de la HAS*

De plus la méthodologie utilisée (diffusion d'un questionnaire) entraîne un biais de mesure car les réponses sont déclaratives et ne peuvent pas être vérifiées. Certaines questions portant sur les pratiques personnelles des professionnels de santé peuvent accentuer le biais. En effet, on peut penser que les répondants pourraient se sentir jugés dans leurs pratiques quotidiennes si elles ne correspondent pas aux recommandations.

### 3. DE LA PLAQUETTE D'INFORMATION (annexe 14).

#### 3.1 Points forts :

La plaquette a été réalisée à partir des recommandations de la HAS concernant « l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (65), des plaquettes existantes et du travail de recherche bibliographique réalisé pour faire l'état des lieux de la prévention du syndrome du bébé secoué.

Cela nous a permis de rassembler les recommandations actuelles et les données scientifiques récentes et validées au niveau national et international.

La HAS rappelle que ce type de brochure a pour objectif la prise de conscience d'un comportement à risque évitable.

Nous avons choisi une plaquette d'information comme support car il semble être l'élément indispensable à une bonne campagne de prévention. Harambat (53) a en effet montré l'attrait des parents pour cet outil (80% la choisissait).

Le but de notre plaquette est de faire prendre conscience aux personnes en contact avec des nourrissons que leurs pleurs sont le principal facteur de risque du secouement, de leur donner les moyens pour y faire face et de rappeler que le syndrome du bébé secoué existe et que ses conséquences sont dramatiques.

Les informations de notre brochure s'appuient sur une synthèse de la littérature réalisée au préalable. L'utilisation de données scientifiques pour élaborer le contenu de la brochure assure la crédibilité de l'information.

Concernant le contenu de la plaquette, nous nous sommes efforcés à produire un document qui contient un message simple concis et compréhensible. Nous n'avons pas employé de consignes négatives et avons veillé à encourager les parents à être actifs. Nous avons également essayé de rassurer et dédramatiser la situation. Nous avons employé des mots simples et utilisé des schémas pour aider à la compréhension et rendre le document plus ludique.

Nous avons décidé de présenter cette plaquette en format A4 divisé en 3 parties.

Les thèmes abordés choisis l'ont été au vue de la synthèse bibliographique.

### 3.2. Limites :

La HAS recommande la participation des patients et usagers à toutes les étapes de l'élaboration du document. Elle recommande également l'implication d'un groupe de travail qui doit être multi professionnel et représentatif des différents domaines professionnels, médicaux ou non, intéressés par le thème.

Nous avons réalisé la plaquette à l'aide des données de la littérature et des documents existants. Au cours de l'élaboration, il n'y a eu la participation ni des patients ni d'un groupe de travail.

La brochure n'a pas encore été testée, bien que l'utilisation d'une méthode de test de la lisibilité, de la compréhension et de la présentation des informations par le public destinataire soit une étape décrite comme essentielle par la HAS.

Le document n'a également pas encore été évalué.

Cette plaquette a été réalisée uniquement en français. Il serait pertinent, en cas de diffusion de prévoir des plaquettes traduites dans d'autres langues pour les immigrés.

#### 4. DE LA DIFFUSION :

Avant toute diffusion, nous préconisons de soumettre la plaquette à un comité d'usagers puis à un groupe de travail multi professionnel comprenant des professionnels de santé en lien avec le thème afin d'y apporter les modifications nécessaires.

Selon les recommandations de la HAS, il faudrait toujours accompagner le message écrit d'un message oral explicatif, afin de renforcer l'impact du message, et de s'assurer que l'information écrite et orale ait été comprise.

Nous pensons donc que cette plaquette, après validation, devrait être remise aux deux parents lors de la consultation à J3 par le pédiatre réalisant la consultation du nourrisson. Ce moment paraît opportun pour apporter une information orale aux parents et répondre à leurs questions.

Elle pourrait également être mise à disposition des PMI, des médecins généralistes, pédiatres de ville et sages-femmes libérales qui pourraient s'en servir pour aborder le sujet avec les parents lors des diverses consultations et également leur remettre une nouvelle plaquette si elle a été égarée.

Les conseils de l'ordre des médecins et sages-femmes pourraient donc jouer un rôle dans la mise à disposition de ces plaquettes pour les professionnels de santé.

Les services d'urgences pédiatriques semblent être aussi un lieu d'information : les pleurs du nourrisson sont des motifs de consultation fréquents et devrait être l'occasion de renouveler les recommandations concernant leur prise en charge et les risques de passage à l'acte.

Nous pensons qu'il pourrait être judicieux de répéter l'information lors d'une consultation après la sortie d'hospitalisation soit à la consultation obligatoire à J8, soit à la consultation du premier mois (par le pédiatre, le médecin généraliste ou la PMI). Cette deuxième intervention permettrait de renforcer le message délivré à un moment où les parents seraient plus préoccupés par les pleurs du bébé.

Aucun programme de prévention n'a mis en place plusieurs expositions, il pourrait donc être utile de tester l'efficacité d'une telle intervention d'autant que Barr et al. (47) pensent que plusieurs expositions permettraient de renforcer le message délivré par un programme.

Idéalement le programme devrait cibler toutes les personnes qui sont amenées à être en contact avec les nourrissons.

La question du coût d'une telle campagne peut se poser. Altman a évalué le coût de sa campagne à 4.5 dollars (52) par enfant et Dias à 10 dollars par enfant (50). Nous pensons que les coûts

devraient être similaires dans notre pays. Si on compare ces chiffres au coût à vie d'un enfant victime de secouement (variant de 589 103 euros à 2 193 09 euros selon les études (17)(18)(19)), on se rend compte qu'il est beaucoup plus avantageux financièrement de mettre en place une campagne de prévention.

Nous pensons que dans un premier temps nous devons cibler tous les parents en prenant bien soin d'intégrer les pères qui sont les principaux auteurs de ce type de maltraitance.

Selon les résultats de notre étude, il en ressort que les professionnels interrogés pensent que le pédiatre ou la sage-femme devrait délivrer l'information. L'accent doit être mis sur les connaissances du praticien qui devrait avoir été formé préalablement sur le sujet pour pouvoir donner l'information la plus pertinente possible.

Par ailleurs, il ne s'agit pas de distribuer cette plaquette sur courte période mais plutôt de pérenniser cette action pour qu'elle rentre dans les habitudes quotidiennes des professionnels de santé.

Enfin, après la diffusion de la plaquette, nous préconisons d'évaluer l'impact de cette intervention sur les connaissances et sur le comportement des parents.

Notre étude s'intéressait à la prévention primaire mais, la prévention secondaire ainsi que la prévention tertiaire restent tout aussi importantes. Bien que ce ne soit pas le sujet de ce travail nous pouvons rappeler que le secouement n'est pas un cas isolé. En effet, en 2010, d'après les résultats de son étude, Adamsbaum conclue que le secouement est répété dans 55% des cas (9). Certains auteurs de secouement avouent même répéter le secouement quotidiennement car il permettait l'arrêt des pleurs.

## 5. PROPOSITIONS.

L'idéal serait de sensibiliser et former tous les professionnels de santé de la petite enfance sur les pleurs du nourrisson et le syndrome du bébé. Puis nous pensons qu'au moment de la consultation du nourrisson, avant la sortie de la maternité, une information orale devrait être délivrée aux deux parents accompagnée d'un support écrit. Nous pensons également qu'il serait utile de poser des affiches et de laisser des documents en salle d'attente.

De la répétition de cette information dépend son efficacité. Il semble donc essentiel qu'elle soit délivrée à plusieurs moments cibles : consultation du 8<sup>ème</sup> jour, du premier, deuxième et troisième mois. Elle peut être délivrée par les médecins traitants (pédiatres ou médecins généralistes), et au moment des consultations d'urgences pour pleurs.

Les plaquettes d'information devraient donc être mises à disposition des professionnels de santé dans les maternités, PMI mais également dans les cabinets libéraux (pédiatres, médecins généraliste, sages-femmes) et les services d'urgences pédiatriques.

Etant donnée la place des smartphones dans la vie des usagers, nous avons pensé que nous pourrions réaliser une application pour smartphone sur le thème du syndrome du bébé secoué qui résumerait l'ensemble des informations à savoir sur les pleurs du nourrisson et sur le syndrome du bébé secoué. Elle pourrait donner aux parents désemparés des clefs pour réagir positivement face aux pleurs de leur nourrisson. Elle rappellerait aussi les numéros à composer en cas de besoin. Cette application pourrait également être un lieu d'échange via un forum de discussion. Il pourrait également être judicieux de mettre en place une plateforme téléphonique dédiée aux parents ou autre gardien de l'enfant exaspéré par les pleurs du nourrisson.

Concernant le financement et la diffusion, nous pourrions mettre à contribution le conseil général du Rhône ainsi que des associations comme « l'association Tatiana-soutient-prévention-syndrome bébé secoué » ou « l'association courlygonnes ».

Les réseaux sociaux comme Facebook® doivent être une piste à explorer.

Il serait donc important pour nous de mettre en place un programme de prévention national et que des évaluations à long terme soient effectuées afin de pouvoir mesurer son impact sur la prévention du syndrome du bébé secoué.

## V. CONCLUSION

Le syndrome du bébé secoué, qui est une forme de maltraitance, est un problème de santé publique. Son pronostic est très sévère avec une mortalité estimée à environ 20%. Sa prévention fait d'ailleurs partie des objectifs visés par le plan interministériel (2017-2019) de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux de la prévention primaire du syndrome du bébé secoué au sein des maternités et PMI du Rhône. L'objectif secondaire est de proposer une plaquette d'information, réalisée à l'aide des études et programmes existant à l'international.

Nous avons réalisé une étude descriptive qui a consisté à envoyer un questionnaire par mail aux différents professionnels médicaux et para médicaux des maternités et PMI. Ce document fait préciser les caractéristiques des établissements et le profil des personnels interrogés, les pratiques habituelles et les avis personnels concernant cette problématique.

1045 questionnaires ont été envoyés dans 13 maternités et à l'ensemble des PMI du Rhône. Nous avons obtenu 270 réponses (25,8%). Les caractéristiques générales de notre échantillon sont comparables à celles des établissements de santé retrouvés de notre département.

Les résultats de notre enquête nous montrent que les pleurs du nourrisson et le syndrome du bébé secoué ne sont pas des sujets systématiquement abordés avec les parents. Une information sur les pleurs du nourrisson est donnée dans 63,5% des cas en maternité et 77% des cas en PMI. Concernant le syndrome du bébé secoué, il n'est abordé systématiquement que dans 16,9% des cas en maternité et 29,5% des cas en PMI. Ces informations sont dans la plupart des cas délivrées en post partum. Les papas, qui font partie des principaux auteurs du secouement, ne sont pas assez souvent présent lors de la délivrance de l'information. Ils ne reçoivent une information que dans 48,9% des cas en maternités et 63,1% des cas dans les PMI. La principale raison évoquée pour expliquer le fait que l'information n'est pas donnée est le manque de temps dans trois quart des cas. Le manque d'outil est la deuxième raison évoquée. Aucun des professionnels interrogés n'a déclaré avoir un protocole de prévention dans sa structure. Le principal moyen de prévention



est basé sur une information orale personne dépendante. Peu d'outils sont remis aux parents, et lorsqu'ils sont remis il s'agit de plaquettes d'informations.

Malgré ce constat, la quasi totalité des professionnels de santé que nous avons interrogé s'accordent sur le fait que les parents devraient systématiquement recevoir une information sur le syndrome du bébé secoué. Il convient alors de mettre en place un programme qui pourrait être applicable dans nos maternités françaises.

La majorité des professionnels qui ont répondu à notre enquête pensent que les deux parents devraient recevoir une information orale sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué avant la sortie de la maternité. Elle devrait être accompagnée au moins d'un support écrit qui leur permettrait, une fois rentré à domicile, de renforcer les informations reçues à la maternité. Cette information, qui se voudrait courte, pourrait facilement être délivrée par le pédiatre ou par la sage femme au moment de la visite de sortie. D'ailleurs, 75,7% des professionnels des maternités et 72,9% des professionnels de PMI aimeraient avoir une formation sur le sujet.

D'autres supports pourraient être mis en avant comme des applications téléphoniques avec forum de discussion destiné aux parents qui pourraient être en situation de détresse ou des spots télévisés.

Différentes plaquettes d'informations existent déjà en France, mais le problème reste celui de la diffusion. Nous avons proposé une plaquette d'information en nous basant sur les études, plaquettes et programmes existants. Cette plaquette nous semble être simple, concise et adaptée à la problématique mais elle nécessiterait d'être évaluée par un groupe d'expert pour validation. Elle pourrait servir de base à une campagne de prévention.

La prévention du syndrome du bébé secoué, même si elle s'est améliorée ces dernières années, reste encore insuffisante au regard des récentes recommandations de la HAS. Elle dépend essentiellement du professionnel qui va délivrer l'information. En accord avec les projets du plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants, il semble pertinent de mettre en place une campagne de prévention avec diffusion d'outils.



Nom, prénom du candidat : RENARD Jeremy

## CONCLUSIONS

Le syndrome du bébé secoué, qui est une forme de maltraitance, est un problème de santé publique. Son pronostic est très sévère avec une mortalité estimée à environ 20%. Sa prévention fait d'ailleurs partie des objectifs visés par le plan interministériel (2017-2019) de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux de la prévention primaire du syndrome du bébé secoué au sein des maternités et PMI du Rhône. L'objectif secondaire est de proposer une plaquette d'information, réalisée à l'aide des études et programmes existant à l'international.

Nous avons réalisé une étude descriptive qui a consisté à envoyer un questionnaire par mail aux différents professionnels médicaux et para médicaux des maternités et PMI. Ce document fait préciser les caractéristiques des établissements et le profil des personnels interrogés, les pratiques habituelles et les avis personnels concernant cette problématique.

1045 questionnaires ont été envoyés dans 13 maternités et à l'ensemble des PMI du Rhône. Nous avons obtenu 270 réponses (25,8%). Les caractéristiques générales de notre échantillon sont comparables à celles des établissements de santé retrouvés de notre département.

Les résultats de notre enquête nous montrent que les pleurs du nourrisson et le syndrome du bébé secoué ne sont pas des sujets systématiquement abordés avec les parents. Une information sur les pleurs du nourrisson est donnée dans 63,5% des cas en maternité et 77% des cas en PMI. Concernant le syndrome du bébé secoué, il n'est abordé systématiquement que dans 16,9% des cas en maternité et 29,5% des cas

ACCOMPAGNER  
CRÉER  
PARTAGER



en PMI. Ces informations sont dans la plupart des cas délivrées en post partum. Les papas, qui font partie des principaux auteurs du secouement, ne sont pas assez souvent présent lors de la délivrance de l'information. Ils ne reçoivent une information que dans 48,9% des cas en maternités et 63,1% des cas dans les PMI. La principale raison évoquée pour expliquer le fait que l'information n'est pas donnée est le manque de temps dans trois quart des cas. Le manque d'outil est la deuxième raison évoquée. Aucun des professionnels interrogés n'a déclaré avoir un protocole de prévention dans sa structure. Le principal moyen de prévention est basé sur une information orale personne dépendante. Peu d'outils sont remis aux parents, et lorsqu'ils sont remis il s'agit de plaquettes d'informations.

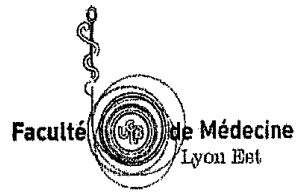
Malgré ce constat, la quasi totalité des professionnels de santé que nous avons interrogé s'accordent sur le fait que les parents devraient systématiquement recevoir une information sur le syndrome du bébé secoué. Il convient alors de mettre en place un programme qui pourrait être applicable dans nos maternités françaises.

La majorité des professionnels qui ont répondu à notre enquête pensent que les deux parents devraient recevoir une information orale sur les pleurs et sur le syndrome du bébé secoué avant la sortie de la maternité. Elle devrait être accompagnée au moins d'un support écrit qui leur permettrait, une fois rentré à domicile, de renforcer les informations reçues à la maternité. Cette information, qui se voudrait courte, pourrait facilement être délivrée par le pédiatre ou par la sage femme au moment de la visite de sortie. D'ailleurs, 75,7% des professionnels des maternités et 72,9% des professionnels de PMI aimeraient avoir une formation sur le sujet.

D'autres supports pourraient être mis en avant comme des applications téléphoniques avec forum de discussion destiné aux parents qui pourraient être en situation de détresse ou des spots télévisés.

Différentes plaquettes d'informations existent déjà en France, mais le problème reste celui de la diffusion. Nous avons proposé une plaquette d'information en nous basant sur les études, plaquettes et programmes existants. Cette plaquette nous semble être simple, concise et adaptée à la problématique mais elle nécessiterait d'être évaluée par un groupe d'expert pour validation. Elle pourrait servir de base à une campagne de prévention.

ACCOMPAGNER  
CRÉER  
PARTAGER



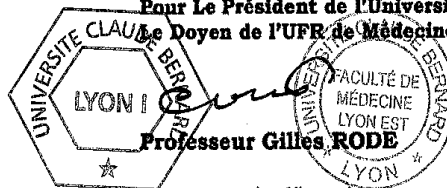
La prévention du syndrome du bébé secoué, même si elle s'est améliorée ces dernières années, reste encore insuffisante au regard des récentes recommandations de la HAS. Elle dépend essentiellement du professionnel qui va délivrer l'information. En accord avec les projets du plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants, il semble pertinent de mettre en place une campagne de prévention avec diffusion d'outils.

**Le Président de la thèse,**  
*Professeur Etienne JAVOUHEY*



Vu :

**Pour Le Président de l'Université  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 15 NOV, 2017



## BIBLIOGRAPHIE

1. Renier D. Le bébé secoué : le traumatisme crânien du nourrisson. Paris : Khartala, 2000. 177p
2. Tardieu A. A medico-legal study of the sevicees and ill treatments conducted on children. Ann Hyg Publ Med Leg. 1860;13:p.361-398.
3. SOFMER. Audition publique. Syndrome du bébé secoué. Synthèse bibliographique. Septembre 2011. [Consulté en octobre 2016] disponible sur : [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/bb\\_secoue\\_audition\\_publicue\\_synthese-bibliographique-sofmer.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/bb_secoue_audition_publicue_synthese-bibliographique-sofmer.pdf)
4. HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011. Juillet 2017. [Consulté en octobre 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_argumentaire\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf)
5. HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011. Juillet 2017. [Consulté en octobre 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_recommandations\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf)
6. King WJ, MacKay M, Sirnick A. Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. Canadian Medical Association Journal. 2003; 168(2):155-9.
7. Société canadienne de pédiatrie. Programme canadien de surveillance pédiatrique, (PCSP). Résultat 2008. [Consulté en novembre 2016]. Disponible sur [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2014/aspc-phac/HP7-2-2008-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP7-2-2008-fra.pdf)

8. HAS. Bébé secoué : une forme mal connue de maltraitance aux conséquences irréparables. 2011 [consulté en novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1095926/fr/bebe-secoue-une-forme-mal-connue-de-maltraitance-aux-consequences-irreparables](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095926/fr/bebe-secoue-une-forme-mal-connue-de-maltraitance-aux-consequences-irreparables).
9. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma : judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*. 2010;126:546-55
10. Mireau E. Syndrome du Bébé Secoué : Hématome Sous-Dural du Nourrisson et Maltraitance. A propos d'une série de 404 cas. [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris V René Descartes; 2005.
11. HAS. Syndrome du bébé secoué. [Consulté en novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/syndrome-bebe-secoue-recommandations-comission-audition.pdf>
12. Sénat. Prévention du syndrome du bébé secoué. 13<sup>e</sup> législature. 2009 [consulté en janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ090107214.html>
13. Conseil général de la Gironde. Observatoire départemental de la protection de l'enfance. Décembre 2014. [Consulté en janvier 2017]. Disponible sur : [https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/rapport-\\_2014\\_odpe33.pdf](https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-04/rapport-_2014_odpe33.pdf)
14. Tribunal de grande instance de Tours. Charte départementale de prévention du syndrome du bébé secoué. 2016 [Consulté en janvier 2017]. Disponible sur : [https://france3-regions.francetvinfo.fr/centre-val-de-loire/sites/regions\\_france3/files/assets/documents/charte\\_bebes\\_secoues\\_0.pdf](https://france3-regions.francetvinfo.fr/centre-val-de-loire/sites/regions_france3/files/assets/documents/charte_bebes_secoues_0.pdf)
15. Leroy B, Renier D, Meyer P. Prise en charge en réanimation des traumatismes crâniens non accidentels de l'enfant « Syndrome du bébé secoué ». 53<sup>ème</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation. 2011:p. 7-11.
16. Chevignard MP, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2014;44:p. 548-58.

17. Friedman J, Reed P, Sharplin P, Kelly P. Primary prevention of pediatric abusive head trauma : a cost audit and cost utility analysis. *Child abuse negl.* 2012;36(11-12):760-70.
18. Miller TR, Steinbeigle R, Lawrence BA, Peterson C, Florence C, Barr M et al. Lifetime cost of abusive head trauma at ages 0-4. USA. *Prev sci.* 2017.
19. Manus JM. Lutter contre une maltraitance particulière : le bébé secoué. *Revue francophone des laboratoires.* Juin 2009;39(413):p.98
20. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. 1 mars 2017. [Consulté en mai 2017]. Disponible sur : [http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES\\_-ENFANTS\\_2017-2019.pdf](http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf)
21. Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier A. Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* Octobre 2011; 54:293.
22. Le syndrome des bébés secoués. [Consulté en septembre 2017]. Disponible sur : [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Syndrome\\_du\\_BB\\_secoue-Psychiopathologie.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Syndrome_du_BB_secoue-Psychiopathologie.pdf)
23. Adamsbaum C, Husson B. Le syndrome du bébé secoué: quelles lésions en imagerie? *Arch Pédiatrie.* septembre 2012;19(9):1002-1007.
24. Rambaud C. Syndrome du bébé secoué : apport de l'autopsie. 2013 [consulté en décembre 2016]. Disponible sur : <http://syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2013/11/Apport-de-lautopsie-Dr-C.-Rambaud.pdf>
25. Rambaud C. Sévices à enfants. [Consulté en septembre 2017]. Disponible sur : <http://criminalistique.free.fr/ML%20-%20sevices%20enfants.htm>
26. Raul JP. Le syndrome du «bébé secoué». La violence du geste et son caractère volontaire. Novembre 2015. [Consulté en mai 2017] Disponible sur : <http://www.france-traumatisme-cranien.fr/upload/ma-canisme-raul.pdf>

27. Société canadienne de pédiatrie. Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatr Child Health*. 2001;6(9):673–677.  
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805974/>
28. Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics*, 1962;29:579-588
29. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying : a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 1986;77:641-648
30. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2001;286:322–326.
31. Barr RG, Trent RB, Cross J. « Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases : convergent evidence for crying as a trigger to shaking ». *Child abuse and neglect*. January 2006;30(1):7-16.
32. Baildam EM, Hillier VF, Ward BS, Bannister RP, Banford FN, Moore WM. Duration and pattern of crying in the first year of life. *Developmental medicine and child neurology*. 1995;37(4):345-353.
33. St James-Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year : Normal community and clinical findings. *The journal of child psychology and psychiatry*. 1991;32(6):951-968.
34. Lee C, Barr RG, Catherine N, Wicks A. Age-Related Incidence of Publicly Reported Shaken Baby Syndrome Cases: Is Crying a Trigger for Shaking? *J Dev Behav Pediatr*. août 2007;28(4):288-293.
35. Talvik I, Randell CA, Talvik T. Shaken baby syndrome and a baby’s cry. *Acta paediatrica*. Juin 2008;96(6):782-785.
36. Largeault-Morain C. Les pleurs excessifs du nourrisson : une étude qualitative du ressenti des mamans face aux pleurs de leurs enfants. [Thèse d’exercice] Besançon. France Université de Franche Comté. 2013.



37. Fairbrother N, Barr RG, Pauwels J, Brant R, Green J. Maternal thoughts of harm in response to infant crying : An experimental analysis. *Archives of women's mental health*. 2015;18;447-455.
38. Fortin S, Frappier JY, Déziel L. Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile. 2011 [consulté en décembre 2016]. Disponible sur : [https://www.chusj.org/getmedia/b87e8020-2fb8-4be7-9469-d11be61d9425/SBS\\_resume-implantation-programme-perinatal\\_fr.pdf.aspx](https://www.chusj.org/getmedia/b87e8020-2fb8-4be7-9469-d11be61d9425/SBS_resume-implantation-programme-perinatal_fr.pdf.aspx)
39. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *The Lancet*. 15 oct 2004;364(9442):1340-1342.
40. OMS. La prévention : définitions et comparaisons. [Consulté en octobre 2016] Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
41. Showers J. « Don't shake the baby » : the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse and Neglect* 1992;16(1):p.11-18.
42. CHU Sainte Justine. Syndrome du bébé secoué (SBS): Projet global de prévention. 2015 [Consulté en janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Pour-professionnels-et-intervenants/Projet-global-de-prevention-du-CHU-Sainte-Justine>
43. CHU Sainte Justine. Syndrome du bébé secoué. Programme périnatal de prévention. 2015. [Consulté en janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Pour-professionnels-et-intervenants/Programme-perinatal-de-prevention-du-syndrome-du-b>
44. Goulet C, Frappier JY, Fortin S, Déziel, Lampron A, Boulanger M, Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2009;38(1):p.7-21
45. Barr RG. National Center on Shaken Baby Syndrome. *Period of PURPLE crying*. Ogden (UT): National Center on Shaken Baby Syndrome; 2004

46. The period of PURPLE crying. [Consulté en novembre 2016]. Disponible sur : [www.purplecrying.info](http://www.purplecrying.info)
47. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association*. 2009;180(7):p. 727-733.
48. Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, et al. Effectiveness of Educational Materials Designed to Change Knowledge and Behaviors Regarding Crying and Shaken-Baby Syndrome in Mothers of Newborns: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 2009;123(3):p. 972-980.
49. Fujiwara T, Yamada F, Okuyama M, Kamimaki I, Shikoro N, Barr RG. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: a replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse Negl*. 2012 Sep;36(9):613-620.
50. Dias M, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer M. Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children : A Hospital-Based, Parent Education Program. *Pediatrics*. April 2005;115(4):p. 470-477.
51. PennSate Health Children's Hospital. Pennsylvania Shaken Baby Syndrome Prevention Program. [Consulté en janvier 2017]. Disponible sur : <http://childrens.pennstatehealth.org/shaken-baby>
52. Altman RL, Canter J, Patrick PA, Daley N, Butt NK, Brand DA. Parent Education by Maternity Nurses and Prevention of Abusive Head Trauma. *Pediatrics*. november 2011; 128(5):1164-1172
53. Harambat J, Sanson S, Lamireau D, Jouvencel P, Maurice-Tison S, Pillet T. Connaissance et prévention du syndrome du bébé secoué au sein d'une population de parents de la maternité du CHU de Bordeaux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Juin 2004;33(4):351.

54. Tavernier M, Ganga-Zandzou PS. Le syndrome de l'enfant secoué : enquête auprès de femmes en suites de couches. Janvier 2006;13(1):87-88.
55. Laurent-Vannier A, Méhira Y, Raoul V, Dulot M, Carrette A. Site internet dédié au syndrome du bébé secoué. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2012;55(1):p236-237.
56. HAS. Vidéos – Bébés secoués. 2011. [Consulté en novembre 2016]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1095395/fr/videos-bebes-secoues](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095395/fr/videos-bebes-secoues)
57. Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien. Campagne bébé secoué. [consulté en décembre 2016]. Disponible sur : [www.crftc.org/index.php/actions-du-centre-ressources-francilien-du-traumatisme-cranien?id=46:campagne-bebe-secoue](http://www.crftc.org/index.php/actions-du-centre-ressources-francilien-du-traumatisme-cranien?id=46:campagne-bebe-secoue)
58. INSEE. 2017. [Consulté en octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2898646>
59. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2013;42(1):76-85.
60. Pless IB, Hagel B, Patel H, Leduc D, Magdalinos H. Preventing product-related injuries: a randomized controlled trial of poster alerts. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2007. Aug;98(4):271–5.
61. Williams M, Bethea J. Patient awareness of oral cancer health advice in a dental access centre: a mixed methods study. British Dental Journal. 2011. Mar 26;210(6):E9–E9.
62. Devroey D, Moerenhout T, Borgermans, Schol, Vansintejan J, Van De Vijver. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? Patient Preference and Adherence. 2013 Jun;489.
63. HAS. Education thérapeutique du patient, comment la proposer et la réaliser? 2007 [consulté en mai 2017]. Disponible sur : [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp__comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

64. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le développement professionnel continu (DPC) : une démarche innovante au service des patients. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarcheinnovante-au-service-des-patients.html>

65. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. 2008 [consulté en juillet 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration\\_document\\_dinformation\\_des\\_patients\\_-\\_guide\\_methodologique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf)

# ANNEXES

## Annexe 1 : récapitulatif des études

Auteur, Année de publication, Pays, Référence	Objectif	Méthodologie	Résultats	Conclusion
<b>Showers, 1992, USA (Ohio), (41)</b>	Évaluer si une campagne éducative sur le SBS pouvait influencer le savoir des parents et serait perçu comme utile.	Remise d'une plaquette d'information avec carton réponse (à renvoyer) à 15708 mères après l'accouchement. 3293 participantes (21%) ont renvoyé le carton réponse.	75% des participantes affirmaient que l'information leur avait été utile, 49% d'entre elles signalaient qu'après avoir lu le matériel, elles seraient moins enclines à secouer leur bébé, et 91% pensaient que l'information devait être donnée à tous les parents.	L'intervention éducative en post partum augmente considérablement les connaissances des parents sur les dangers du secouement et pourrait diminuer l'incidence du syndrome du bébé secoué.
<b>Dias, 2005, USA (Pennsylvannie), (50)</b>	Fournir un programme universel d'éducation aux parents de tous les nouveaux nés de la région, évaluer les connaissances des parents sur les dangers du secouement et évaluer l'impact du	Une infirmière donnait une information orale à la maternité aux deux parents et leur remettait une brochure explicative. Une vidéo était proposé et des posters accrochés en salle d'attentes.	Réduction statistiquement significative de 47% de l'incidence du syndrome du bébé secoué, 92 % des parents ont trouvé l'information utile et 95% pensaient que l'information devait être donnée à tous les nouveaux parents.	Réduction significative de l'incidence du SBS chez les enfants de moins de 36 mois

	programme sur l'incidence régionale du syndrome du bébé secoué chez les enfants de moins de 36 mois.	Les parents devaient signer une déclaration d'engagement. Certains ont été rappelés par téléphone à 7 mois pour évaluer leur connaissance. L'incidence du SBS chez les enfants de moins de 36 mois a été calculée sur la période de l'étude (1998-2004) et a été comparé à l'incidence des années précédant le programme (1992-2004).	94% des parents interrogés à 7 mois se souvenaient avoir reçus des informations sur le syndrome du bébé secoué. Parmi ceux-ci, 98% se souvenaient des documents écrits, 92% de la déclaration d'engagement, 89% de la conversation avec l'infirmière et 60% de l'affichage des posters. Seulement 23% se souvenaient avoir vu la vidéo.	
<b>Goulet, 2009, Québec (Montréal), (44)</b>	Juger la pertinence du programme PPPSBS en se basant sur les opinions des parents et des infirmières.	Parents : En post partum, l'infirmière réalise une intervention éducative auprès des deux parents à l'aide de trois fiches qui leur sont remises. Ils doivent par la suite écrire un plan d'action en cas de pleurs. Une interview téléphonique est réalisée entre 6 et 9 semaines.	263 parents ont participé. 98% des parents ont déclaré que l'intervention était pertinente et ont apprécié l'information. 99.6 % des parents soulignaient que l'information est facile à comprendre et 92 % disaient avoir appris à propos des pleurs, de la colère et du syndrome du bébé	Amélioration des connaissances des parents sur les pleurs, la colère et le syndrome du bébé secoué chez les nourrissons. Programme pertinent et utile.

			Infirmières, quant à elles, devaient remplir un questionnaire.	secoué. La totalité des infirmières trouvaient l'intervention utile, 97 % recommandaient de la poursuivre, et 89.8 % pensaient que l'intervention répondait bien aux besoins des parents.	
<b>Barr, 2009, Canada (Vancouver), (47)</b>	Evaluer l'utilisation du programme « P.U.R.P.L.E. crying » avait une influence sur les connaissances et le comportement des mères par rapport au SBS	si du	Essai contrôlé randomisé. Mères recrutées à l'hôpital. Remise soit du matériel "PURPLE Crying" soit du matériel de prévention générale lors de visites à domicile effectuées par une infirmière dans les deux semaines après la naissance de leur enfant. A 5 semaines il a été demandé aux mères de noter dans un carnet leur comportement et celui de l'enfant. Une interview téléphonique a été	Groupe 1 : 649 mères qui ont reçu des documents d'information du programme Period of PURPLE Crying.  Groupe 2 : 630 mères qui ont un reçu une documentation de prévention.  Les mères du groupe d'intervention avaient de meilleures connaissances sur les pleurs, partageaient plus fréquemment l'information concernant les pleurs, le fait qu'il faut s'éloigner de l'enfant en cas de frustration	Le programme a permis une amélioration des connaissances sur les pleurs du nourrisson et de certains comportements considérés comme importants pour la prévention du secouement.

		réalisée deux mois après la naissance pour évaluer leurs connaissances et leurs comportements.	et les dangers de secouer.	
<b>Barr, 2009, USA (Seattle), (48)</b>	Evaluer si l'utilisation du programme « P.U.R.P.L.E. crying » avait une influence sur les connaissances et le comportement des mères par rapport au SBS	Essai contrôlé randomisé. Mères recrutées soit pendant les cours prénataux, soit à la maternité soit au cabinet du pédiatre. Remise soit du matériel "PURPLE Crying" soit du matériel de prévention générale. A 5 semaines il a été demandé aux mères de noter dans un carnet leur comportement et celui de l'enfant. Une interview téléphonique a été réalisée deux mois après la naissance pour évaluer leurs connaissances et leurs comportements.	Les connaissances sur les pleurs du nourrisson étaient plus élevées dans le groupe d'intervention ainsi que les connaissances sur les dangers de secouer et le partage de l'information sur le fait de s'éloigner en cas de frustration et sur les dangers de secouer.	Le programme a permis une amélioration des connaissances sur les pleurs du nourrisson les dangers du secouement et sur le partage d'information concernant les comportements considérés comme importants pour prévenir le secouement.



<p><b>Fujiwara, 2012, Japon (Tokyo), (49)</b></p>	<p>Evaluer si l'utilisation du programme « P.U.R.P.L.E. crying » avait une influence sur les connaissances et le comportement des mères par rapport au SBS</p>	<p>Essai clinique contrôlé et randomisé, mères recrutées dans deux maternités de Tokyo. Remise soit du matériel "PURPLE Crying" soit du matériel de prévention générale lors de visites à domicile effectuées par une infirmière dans les deux semaines après la naissance de leur enfant. A 5 semaines il a été demandé aux mères de noter dans un carnet leur comportement et celui de l'enfant. Une interview téléphonique a été réalisée deux mois après la naissance pour évaluer leurs connaissances et leurs comportements.</p>	<p>Les connaissances sur les pleurs, la réponse aux pleurs inconsolables, le partage de l'information concernant le fait de s'éloigner en cas de frustration et le fait de s'éloigner en cas de frustration pendant les pleurs inconsolables étaient meilleurs dans le groupe d'intervention.</p>	<p>Le programme a permis une amélioration des connaissances sur les pleurs de l'enfant et les dangers du secouement et sur le partage d'information concernant les comportements considérés comme importants pour prévenir le secouement.</p>
<p><b>Altman, 2011, USA (Hudson), (52)</b></p>	<p>Évaluer les effets d'un programme de prévention sur la</p>	<p>Remise du matériel éducatif aux deux parents par</p>	<p>320 interviews ont été conduites. 88,4% se souvenaient avoir</p>	<p>Le programme est efficace pour</p>

	<p>fréquence du syndrome du bébé secoué.</p>	<p>l'infirmière en post partum. Une déclaration d'engagement était signée par les parents.</p> <p>A 6 mois, un entretien téléphonique a été réalisé.</p> <p>La fréquence du SBS pendant la période d'intervention (2005-2008) a été comparée avec la fréquence dans le même état avant l'implantation du programme (2000-2004) et avec une zone de contrôle géographique comprenant 3 états voisins</p>	<p>reçu des informations au sujet de « comment prendre soin de leur bébé s'il pleure ». 55,6% pouvaient également penser à une situation particulière où les informations reçues dans le programme ont été utiles. Les auteurs ont constaté une réduction statistiquement significative de 75% de la fréquence du syndrome du bébé secoué entre la période contrôle et la période d'intervention.</p>	<p>réduire la fréquence du SBS. Les programmes de prévention réalisés en post partum constituent l'approche la plus efficace en matière de prévention.</p>
<p><b>Harambat, 2004, France (Bordeaux), (53)</b></p>	<p>L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance et la demande des parents dans le but de proposer une prévention.</p>	<p>500 questionnaires anonymes accompagnés d'une plaquette d'information sur le SBS ont été distribués aux parents se rendant à la maternité de Bordeaux dans le cadre d'un suivi de</p>	<p>71% des personnes avaient déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué, 72% ne connaissaient pas ses conséquences. 27% des futurs parents imaginaient pouvoir secouer leur bébé en cas de pleurs. Pour 80 % d'entre</p>	<p>Le syndrome du bébé secoué est une entité mal connue et des actions de prévention en maternité pourraient réduire l'incidence.</p>

		grossesse entre septembre et novembre 2001	eux, la plaquette correspondait au meilleur support d'information et pour 91% elle était suffisamment claire. Ils préféreraient être informés pendant la grossesse et par un pédiatre.	
<b>Renier, Laurent-Vannier, 2006, Paris, (57)</b>	Évaluation d'une campagne de prévention.	Utilisation de trois outils : - remise d'une plaquette pendant 1 an aux nouveaux parents lors du post partum. - poster mis dans tous les lieux de consultation - formation des personnels médicaux et paramédicaux	Baisse de 50% du nombre d'hospitalisation pour SBS dans le service des urgences de l'hôpital Necker.	Efficacité d'une campagne de prévention sur la baisse du nombre de cas de SBS.
<b>Simonnet, 2011, Paris, (21)</b>	Evaluer les connaissances des parents sur le syndrome du bébé secoué et les pleurs du nourrisson ainsi que leur aptitude à s'y adapter et d'évaluer l'impact et la faisabilité d'une information courte	Étude d'intervention avant après A j2, pré test à l'aide d'un questionnaire à choix multiple puis lors de l'examen systématique de l'enfant par le pédiatre, une information orale, de moins de 3	266 parents ont répondu au pré test. L'intervention était faisable et facile à fournir. 27 % des mères et 36 % des pères n'avaient jamais entendu parler du SBS. A 6 semaines, 183 parents ont répondu	Les pédiatres ou les infirmières pourraient facilement délivrer cette information courte aux parents durant l'examen systématique du nouveau-né

	donnée à la naissance dans le but de prévenir le syndrome du bébé secoué.	minutes par un pédiatre, sur les pleurs du nouveau-né et le SBS leur était donnée avec une brochure, et enfin à 6 semaines de vie un nouveau questionnaire était proposé par téléphone.	au post test. la différence des réponses avant et après l'information était significative pour la plupart des questions. Tous les parents ont trouvé cette information utile et la recommandaient aux nouveaux parents en période néonatale.	Cela permettrait une meilleure connaissance et compréhension par les parents des pleurs et du SBS et aiderait à sa prévention
<b>Tavernier, 2006, Lille (54)</b>	Evaluer les connaissances du public et démontrer qu'il existe un manque d'information des femmes pendant et après la grossesse.	Enquête prospective dans 3 maternités de la communauté urbaine de Lille (1 établissement public, 1 établissement semi-public et 1 établissement privé). Un questionnaire était distribué en suite de couche.	252 questionnaires ont été recueillis. 37 % des femmes interrogées n'avaient jamais entendu parler du SES avant leur grossesse et 78 % pendant leur dernière grossesse. La principale source d'informations était représentée par les médias. 88 % des femmes interrogées estimaient qu'on ne parle pas assez du SBS.	Même après un accouchement, les femmes sont peu ou mal informées sur le SBS et les principales sources d'informations sont extra médicales.

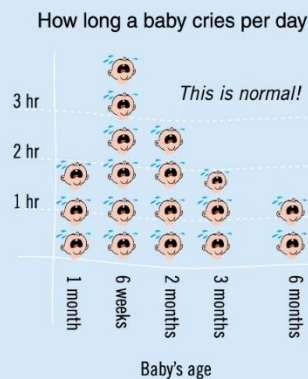
## Annexe 2 : cartes du PPPSBS

“ He cried and cried without stopping  
At first, it was mostly at night. Later, it seemed like he cried all the time!  
I did everything I could think of, but nothing would comfort him. WHY? ”

1

### ∴ the baby's cries

what to know ∴



Babies often cry because they are hungry, cold, tired, in pain or bored.

Sometimes a baby keeps crying for no apparent reason, even if you have tried everything. All babies cry—some just more than others. It's normal.

Between 15% and 30% of healthy babies fuss or cry more than three hours a day. Here are a few characteristics of babies who cry persistently:

- They cry more in the evening.
- They often cry for more than 30 minutes.
- Their faces become red.
- They draw their legs up to their belly, but are not in pain.
- Nothing comforts them.

Babies cry the most at around the age of six weeks.

This is an important period of their development and their crying is a symptom of this change.

They start to cry less at around three months.



No  
to violence!



CHU Sainte-Justine  
Mother and Child  
University Hospital Center

For the love of children



© S. Fortin, CHU Sainte-Justine, 2006

### ∴ what to do?

Crying is very rarely related to a health problem. However, if your baby has a fever or diarrhea, is vomiting or has other symptoms that appear suddenly, consult a health-care professional right away.

Crying is often a source of concern for the person caring for the baby. It can become very irritating—even unbearable. To calm down your baby:

- Hold or rock your baby, if you are in a calm frame of mind
- Feed and burp your baby
- Change your baby's diaper or clothing
- Take your baby's temperature
- Change position of your baby
- Sing a few lullabies or play soft music
- Take your baby out for a walk in the carriage or stroller
- Lay your baby down gently in the crib, on the baby's back
- Dim the light
- Leave your baby alone in the crib for about 10 to 15 minutes

Remember...

- It does not good to try everything at once. Do one thing at a time.
- Crying, even when it's very loud and intense, won't harm the baby.
- There is no magic cure... Patience, self-control and help from someone else will get you through this difficult time and calm you down.

Crisis intervention helpline for parents

PARENT'S HELPLINE: 1 800 361-5085

Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.



“ I felt my heart racing and I didn't know what else to do! I felt my body getting warmer and warmer. I couldn't listen to him anymore, I only thought of shutting him up! So, I screamed. WHY? ”

2

.: anger

what to know .:



No to violence!

Frustration, impatience and anger are normal emotions that all parents experience at one time or another.

Anger is stirred up by something unexpected, involuntary and seemingly uncontrollable, such as your baby's crying.

We don't become angry right away. Anger grows from our thoughts and causes our body to react.

Here is how a parent's anger can grow when faced with a crying baby who can't be comforted:

MY THOUGHTS

- Why is my baby crying?
- I don't know what else to do.
- My baby has no reason to cry.
- I am all alone.
- I didn't know my baby could cry so much!
- I can't deal with this!
- Why is my baby doing this to me?
- That's enough, it has to stop.

MY REACTIONS

- I frown.
- I raise my voice.
- My neck and shoulder muscles tense up.
- My heart races, I am short of breath.
- I feel warm all over.
- I have a headache.
- I scream!



It is important to recognize the thoughts and reactions that built up when you become angry. You have to know your limit.

CHU Sainte-Justine  
Mother and Child  
University Hospital Center  
For the love of children

Université  
de Montréal

© S Fortin, CHU Sainte-Justine, 2006

.: action plan

What will you do if you can no longer listen to  cry?

Father/Partner/Friend

- 1-
- 2-
- 3-

Reliable person that you can call

Father's signature:

Mother

- 1-
- 2-
- 3-

Reliable person that you can call

Mother's signature :

Your nurse:

Date:

.: what to do?

If you are having a difficult time with your child, talk about it. Such emotions do not make you a bad parent. Other parents go through the same feelings.

When you can no longer stand listening to your baby cry:

- 1 Lay her down gently in her crib
- 2 Step away and leave the room
- 3 Call someone (parent or friend)

- Take at least five deep breaths
- Cry or yell
- Go outside for a few minutes
- Drink a glass of cold water
- Say NO several time out loud
- Count ot 10, 20, 30 ...

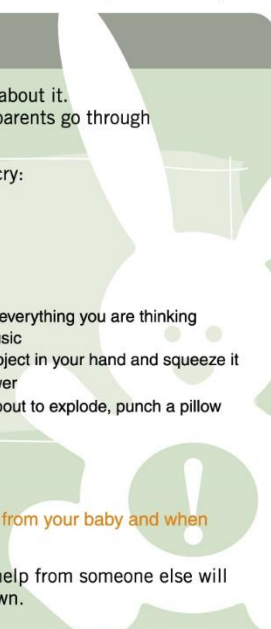
- Write down everything you are thinking
- Listen to music
- Put a soft object in your hand and squeeze it
- Take a shower
- If you are about to explode, punch a pillow

Remember...

- You have to know your limit. Know when to step away from your baby and when it is safe to go back to him.
- There is no magic cure. Patience, self-control and help from someone else will get you through this difficult time and calm you down.

Crisis intervention helpline for parents  
**PARENTS' HELPLINE: 1 800 361-5085**  
Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.



“ It was 10 o'clock at night. I was alone. He cried non-stop! I tried everything. I picked him up, although I shouldn't have. I shook him so he would stop crying. I don't know how many times... I loved him but I was beside myself. ”  
 - New father

3

## ∴ shaken baby syndrome

### What to know ∴



No  
to violence!

Shaken baby syndrome (SBS) happens when an adult violently shakes a baby. The baby's head bounces about in every direction, which causes his brain to bleed and swell. When brain cells burst, they never heal. One baby in five dies as a result of such rough shaking.

After being shaken, the baby may become irritable and drowsy. The baby may vomit, have difficulty breathing or have a seizure.

#### YOU MUST CALL 911 IMMEDIATELY IF THIS HAPPENS.

Be careful: you cannot always see the injuries as they happen inside the head.

There can be serious consequences. The baby could become disabled and:

- Go blind
- Paralyzed (not able to run or walk)
- Have mental disabilities (difficulty speaking, not able to go to a regular school)

Other problems could arise as the baby gets older.

- In some cases, he will need special care for the rest of his life.
- Shaking a baby has a major impact on the whole family, and for a long time.

#### BE CAREFUL: a baby is very FRAGILE

- A baby's brain is soft and delicate since it is still developing.
- The baby's head is heavy and their neck muscles are not strong enough to handle being shaken.

Shaken baby syndrome is not a resuscitation technique. The injury produced by shaking does not occur during normal play activities with your little ones.



CHU Sainte-Justine  
Mother and Child  
University Hospital Center

For the love of children



© S. Fortin, CHU Sainte-Justine, 2006

## NEVER EVER SHAKE A BABY, NO MATTER WHAT THE CIRCUMSTANCE!

### AM I AT RISK? Is my partner or spouse at risk?

- I am tired, I need sleep
- I'm having problems with those around me or in my relationship
- The baby has changed my life, but not as I had planned
- I am taking medication, or using alcohol or drugs
- I have financial troubles
- I feel that my baby is a burden
- My baby has a health problem
- My baby cries... for way too long
- None of the above, but "I've had it!"

The baby is crying. You changed his diaper, fed and burped him, he isn't too warm or too cold, and yet he is still crying! You don't know what else to do. You can't take it anymore!

### ∴ what to do?

- 1 Put the baby in a safe place, like in their crib.
- 2 Step away and leave the room.
- 3 Call for help: a friend, relative, someone you can rely on, CLSC nurse, telephone helpline, etc.
- 4 Check on the baby every 10 to 15 minutes.
- 5 WAIT until you have calmed down to pick the baby up again.

#### Remember...

- Tell EVERYONE who takes care of your baby (including babysitters) about shaken baby syndrome.
- Any person who is in contact with a crying baby is at risk.
- Draw up an action plan with them, just in case...
- Show them the information sheets on crying and anger.

Crisis intervention helpline for parents  
**PARENTS' HELPLINE: 1 800 361-5085**  
 Free. Confidential. Professional. Available 24/7

This information sheet is given to all parents. By working with you to plan ways to react during difficult situations with your baby, we can together protect your child's health.

## Annexe 3 : 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?**

Ces parents vous disent quelque chose ?  
Sentez-vous la colère, y'en a qui s'en rend bien des  
parents qui ont de jeunes enfants. La colère est une  
émotion normale. Mais les parents peuvent agir  
de la colère à des niveaux différents et pour des  
raisons différentes.  
Le thermomètre de la colère présente des parents et  
des situations plus ou moins qui ont un parent face  
à son bébé.

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

Pour garder le contrôle de la situation  
demander le thermomètre de la colère.

**La colère, c'est normal.  
Garder le contrôle, c'est vital.  
Surtout ne secouez jamais un bébé.  
Ne frappez jamais un enfant.**

Le thermomètre de la colère, un outil pour vous aider  
à rester calme sur place. Demandez à un professionnel.  
Droit communautaire 0110, Santé-Infance  
Téléphone: 514-943-4271. Consultez votre médecin généraliste.

  
Centre de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale  
1100, rue de la Capitale  
Québec, Québec G1R 2G1  
Téléphone: 514-943-4271

  
Non  
à la violence



## Annexe 4 : plaquette du CHU de Bordeaux

### Quelques conseils...

**Lors de jeux...**

N'envoyez jamais votre bébé en l'air  
Ne le faites jamais tourner violemment  
**Ne le secouez pas brutalement ...**  
**... soutenez sa tête**

**Si votre bébé présente un malaise :**

Ne le secouez pas violemment  
Mettez-le sur le côté et frottez lui énergiquement le dos  
Appelez le SAMU (15) ou les pompiers (18)

### Contacts utiles

Votre pédiatre ou médecin traitant  
L'espace santé accueil de la PMI (MDSI)\* dont vous dépendez  
Les urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux  
Tél. 05 56 79 59 72



\*Maison Départementale de la Solidarité et de l'insertion

### Votre bébé est fragile... Bercez-le



**... ne le secouez pas !**

© CHU de Bordeaux - Tous droits réservés

### Soutenez toujours la tête de votre bébé

Si vous le secouez violemment, sa tête va balloter d'avant en arrière.

Le cerveau d'un bébé est fragile. Il bouge dans la boîte crânienne pour permettre son développement. De plus, sa tête est lourde et les muscles de son cou sont faibles.

Lors d'un secouage violent, les vaisseaux sanguins du cerveau se déchirent puis saignent ...

Cela provoque dans presque tous les cas des dégâts irréversibles. Votre bébé peut entrer dans le **coma**, subir de graves handicaps toute sa vie ou décéder.

**Ne secouez pas votre bébé**

**Les risques sont majeurs avant 18 mois**

### Être parent n'est pas facile

**Lorsque bébé pleure**

surtout si vous êtes fatigué, vous ne comprenez pas pourquoi il crie et vous n'arrivez pas à le calmer ...  
... vous pouvez vous énerver et faire un geste dangereux !

**Votre bébé peut pleurer 2 à 3 heures par jour car :**

- Il est fatigué
- Il a faim
- Il est mal installé
- Il a trop chaud ou froid
- Il a mal au ventre ou aux dents

*Il désire simplement un câlin, c'est aussi son mode de communication*

**Que faire pour calmer votre bébé ?**

- Parlez-lui
- Bercez-le dans vos bras en lui massant le ventre
- Proposez-lui à boire
- Promenez-le
- Chantez-lui des chansons
- Faites-lui écouter de la musique douce...

**S'il continue à pleurer**

Couchez-le dans son lit sur le dos, sans couverture ni oreiller.  
Il peut s'apaiser au calme ...  
... vous aussi, par la même occasion !  
Car si vous êtes énervé le bébé le ressent et s'énerve de plus belle !

**Mieux vaut le laisser pleurer que le secouer**

**Si, malgré tout, vous êtes inquiet, énervé ou épuisé faites appel (téléphonez ou déplacez-vous) :**

- à votre famille
- à un(e) ami(e)
- à un(e) voisin(e)
- aux sage-femmes de votre maternité
- à votre médecin ou pédiatre
- aux professionnels de PMI (MDSI\* la plus roche)

**N'hésitez pas à demander de l'aide**

## Annexe 5 : carnet de santé 1995



**SA SANTÉ**

*Si votre bébé :*

- est gêné pour respirer,
- ronfle dès sa naissance,
- vomit ou présente des régurgitations répétées surtout si elles se produisent à distance des repas,
- pleure pendant ou peu après le biberon,
- présente une température supérieure à 38° ou inférieure à 36°,
- transpire de façon importante sans raison apparente,
- pâlit brusquement ou devient bleu,
- vous paraît avoir un comportement ou des pleurs inhabituels,

*soyez très attentifs. Consultez sans tarder votre médecin ; demandez-lui rapidement son avis.*

*Dans tous les cas, ne donnez jamais de médicaments à votre bébé s'ils ne sont pas prescrits par le médecin et ne le secouez pas.*

CONCEPTION / ILLUSTRATIONS J.C. / M. DESCHAMPS

*Pour jouer, pour le calmer ou par énervement, ne secouez jamais votre bébé.*

- sa tête est lourde
- son cou est encore faible
- son cerveau est fragile

*Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.*

ILLUSTRATION VALÉRIE NYZAN



## Conseils aux parents

Dès la naissance se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix, la parole : prenez l'habitude de lui parler.



### Le bain de votre bébé

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37°C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement bébé dans l'eau. Tenez toujours votre bébé quand il est dans son bain.

### Rythme de vie

Respectez les horaires de repas et de sommeil de votre bébé.

### 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.

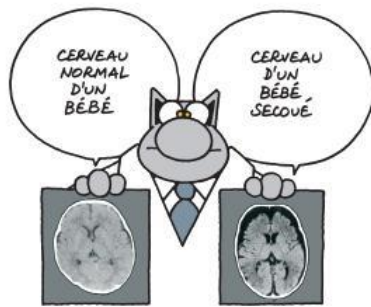
**S'il ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, appelez votre médecin.**

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.



**SPECIMEN**

## Annexe 7 : plaquette CRFTC



pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

### secouer peut tuer

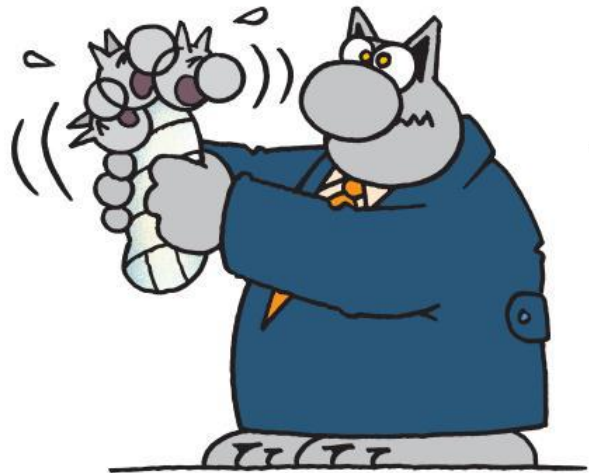
- 10% décèdent
- près de 50% sont handicapés à vie

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.



IL NE FAUT  
**JAMAIS**  
SECOUER UN BÉBÉ



secouer peut tuer ou handicaper à vie



bébé pleure, c'est sa seule façon de vous dire que

- il a faim
- il a sommeil
- sa couche est sale
- il a chaud ou froid
- il y a trop de bruit
- il y a trop de monde
- il veut un câlin



pour calmer bébé

- proposez-lui un peu d'eau ou de lait
- vérifiez s'il n'a pas chaud ou froid
- emmenez-le dans un endroit calme
- promenez-le
- changez sa couche
- bercez-le doucement
- massez-lui le ventre ou le dos



bébé continue de pleurer

Si vous ne supportez plus ses pleurs, sortez de la pièce pour retrouver votre calme.

- Demandez à quelqu'un de prendre le relais
- Couchez-le sur le dos, au calme dans son lit
- Faites une pause, Respirez profondément.

appelez un(e) ami(e), la famille, un voisin, votre pédiatre  
consultez votre pédiatre, votre généraliste, la PMI, l'hôpital  
S'il fait un malaise, appelez le 15 ou le 18 ne le secouez pas.  
Vos secousses risquent de faire plus de mal que le malaise.

# Annexe 8 : plaquette UNDDE

## Laure PÉQUEGNOT

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



Laure PÉQUEGNOT, Marraine de l'UNDDE

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

*Avec ton mis encouragement  
peu poursuivre la prévention  
sur le Syndrome du bébé secoué !*

RECEVOIR LAURE

*Péquegnot*

v3.indd 1

## Coordonnées



Union Nationale Droits et Devoirs de l'Enfant

UNDDE  
BP 38  
38330 S'ISMIER  
Tél. : 09.71.46.47.59  
Fax : 04.76.15.34.91  
web : [www.undde.org](http://www.undde.org)



Cette brochure a été réalisée grâce au soutien de :

AOSTE VIDANGE, GOZZI PROTECTION, EUROMASTER, LYONNAISE DE BANQUE, MARIAUX FRERES, GRAS SAVOYE, OTP, PESENTI PEINTURE, ESSA FRERES, FUZET STÉPHANE, PERENON, MIB, BUDILLON RABATEL BRUNEAU JM, ALSYTECH, BIBKO, EURL ALEX, ENTRETIEN IMMOBILIER, ACTION BUSINESS MARKETING, ESCOLLE BETON, PAYANT, MME HENNEUSE, CABINET MEUNIER, LA MURE BIANCO, HPGD.

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



avec l'aimable autorisation de Claire BRETECHER

**VOUS CRAQUEZ  
ATTENTION  
LE SECOUER=DANGER**



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

15/03/08 10:38:55

## Si bébé pleure

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

Il peut pleurer car :

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

### ➤ Comment apaiser un bébé qui pleure ?

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



### ➤ Si malgré tout, bébé ne cesse de pleurer

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

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

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

Demandez conseil à votre médecin, au service PML.

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

v3.indd 2

## Lorsque les cris prennent une autre allure...

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

Le numéro à composer en cas d'urgence : 15

### ➤ Secouer un bébé est extrêmement dangereux

Chez le nourrisson, les muscles du cou ne sont pas suffisamment toniques pour maintenir sa tête. Son cou est faible, son cerveau est fragile. Le secouer violemment provoque des lésions graves.

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

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

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

«Les secousses violentes provoquent des dégâts catastrophiques sur le cerveau d'un nourrisson.»

Or, toutes les personnes qui ont gardé des bébés, savent à quel point ils pleurent, par leurs pleurs faire naître chez nous un éternement extrême qui pourrait conduire à de telles violences.

Pour éviter alors de devenir violent, il faut savoir demander de l'aide. Passez la main avant de passer à l'acte.»



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

## Prévention

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

### ➤ Le DVD DVD Package pro, bilingue.

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



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

A commander sur le site de l'UNDDE  
➤ [www.undde.org](http://www.undde.org)

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

L'UNDDE accomplit au quotidien un formidable travail de mobilisation et de sensibilisation auprès des instances publiques, politiques, médicales et sociales.

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



**Michel Savin,**  
Maire de Domène et conseiller général du canton de Domène

15/03/08 10:08:55

## Annexe 9 : plaquette Courlygone

**Les pleurs du bébé** sont fréquents mais le plus souvent sans gravité.

Les pleurs sont un mode d'expression de l'enfant avant le langage : ils n'expriment pas uniquement la faim !

Les pleurs répétés avant 3 mois sont souvent appelés "**coliques du nourrisson**". Ils sont très fréquents avant 4 mois et surviennent plus volontiers le soir.

Les **régurgitations** sont fréquentes. Lorsqu'elles entraînent des pleurs répétés et/ou des troubles du sommeil, consultez votre médecin.

Respectez les rythmes de sommeil de votre enfant.

Ne secouez jamais un bébé

Votre médecin

SAMU 1 5

Cette fiche conseil a été réalisée par un groupe de travail composé de professionnels de santé et de parents.



Avec le concours de :  
URCAM Rhône-Alpes, UHMI Rhône-Alpes, Hospices Civils de Lyon,  
SAMU régional de Lyon, Département du Rhône, Réseau Périnatal Aurore,  
FRAPA (Fédération Rhône-Alpes de Pédiatrie ambulatoire).

L'association Courlygone ([www.courlygone.net](http://www.courlygone.net)) a participé à la conception des messages de santé du carnet de santé 2006, DGS Ministère de la santé et des Solidarités.

## Votre bébé pleure beaucoup



## Faites les 3 bons gestes

**Observez**  
**Surveillez**  
**Agissez**

## Observez

- ▶ Il pleure beaucoup, de façon inhabituelle, même après les repas
- ▶ Il crie très fort, il s'agite, il est tout rouge
- ▶ Vous ne savez plus comment le consoler



- ▶ S'il geint
  - ▶ Si après les pleurs il est pâle, il est mou
- Appelez le 15

## Surveillez

- ▶ Il boit bien, il prend bien ses repas, il ne vomit pas.
- ▶ Il a des selles comme d'habitude, ses couches sont bien mouillées
- ▶ Il n'a pas de fièvre
- ▶ Son comportement est normal en dehors des pleurs
  - ▶ Soyez rassuré, ces pleurs sont habituels chez le nourrisson en bonne santé



- ▶ Il a vomit plusieurs fois
- ▶ Il a de la fièvre, supérieure à 38°
- ▶ Il refuse de manger
- ▶ Il n'est pas comme d'habitude
  - ▶ Appelez votre médecin

## Agissez

- Restez calme
- Allez voir souvent votre enfant
- Parlez-lui calmement
- Bercez-le, mais ne le secouez pas
- Ne le couvrez pas trop
- Prenez-le dans les bras, votre main sous son ventre
- Ne changez pas son alimentation et proposez-lui à manger au calme
- Ne lui donnez pas de médicaments
- Demandez de l'aide à un proche



- Si vous êtes toujours inquiets
- ▶ Demandez conseil à un médecin ou un autre professionnel de santé (PMI, Sage-femmes, Pharmaciens.....)

Si les pleurs s'accompagnent de modifications du comportement de l'enfant.  
Si votre enfant a moins de 3 mois et une température supérieure à 38°:

▶ **APPELEZ VOTRE MEDECIN**

## Annexe 10 : plaquette Grand Lyon



# NE SECOUEZ JAMAIS UN BÉBÉ



### BÉBÉ EST FRAGILE IL FAUT MAINTENIR SA TÊTE

- Sa tête est lourde et représente 10 % du poids de son corps. Les muscles de son cou ne sont pas encore capables de la soutenir et son cerveau est fragile.
- Secouer un bébé ou le jeter brutalement sur un lit entraîne un ballonnement de sa tête d'avant en arrière et le choc de son cerveau contre sa boîte crânienne.
- Il en résulte une déchirure des vaisseaux autour du cerveau et donc un saignement à l'origine de séquelles cérébrales définitives.



### NE SECOUEZ JAMAIS UN BÉBÉ

- Si l'enfant fait un malaise, ne le secouez pas pour le réanimer : vos secousses ne peuvent qu'aggraver la situation.
- Un moment d'énervement, un geste violent ou inadapté peut rendre un enfant handicapé ou provoquer sa mort.



Pleurs, stress, cris, sommeil, fatigue, vous craquez... ne restez pas seul(e). Demandez de l'aide auprès d'un proche ou d'un professionnel de santé.

Direction PMI et Modes de Garde – Tél. 04 26 83 84 84





### **ÊTRE PARENT CE N'EST PAS SI FACILE...**

#### Bébé pleure ?

C'est sa manière de s'exprimer : « j'ai faim, j'ai sommeil, j'ai trop chaud, je suis sale, je veux un câlin, ... ». Plus rarement, bébé pleure parce qu'il est malade.

#### Que faire ?

Des moyens simples suffisent souvent : lui parler, lui donner un peu à boire, le bercer doucement, le promener, faire un câlin, lui masser le ventre, ...

#### Et s'il continue à pleurer ?

Cela peut arriver.  
Vous pouvez le coucher au calme dans son lit.

### **ET SI VOUS NE SAVEZ PLUS QUE FAIRE... ET SI VOUS CRAQUEZ**

Ne restez pas seul(e).

Demandez de l'aide :

- À votre entourage : famille, amis, voisins, ...
- À la Maison du Rhône près de chez vous
- À votre médecin.

ou appelez :

- Allô 119 (numéro vert gratuit)
- Les numéros d'urgence : 15 ou 112



**Mieux vaut laisser pleurer  
un enfant que le secouer !**

### **Métropole de Lyon**

20, rue du Lac  
CS 33569 - 69505 Lyon Cedex 03  
Tél : 04 78 63 40 40  
[www.grandlyon.com](http://www.grandlyon.com)

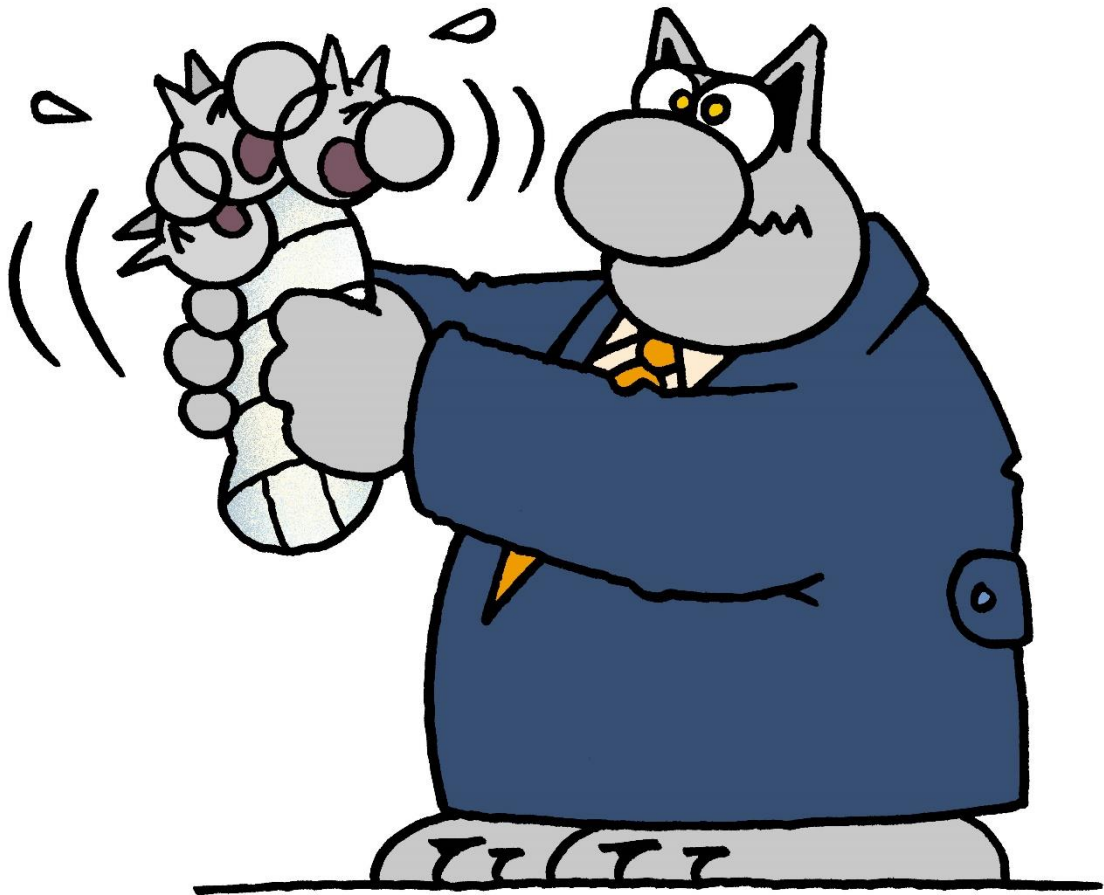
**GRANDLYON**  
la métropole



Métropole de Lyon - octobre 2015 - Conception graphique : MEDJACITÉ / © Fritalia, Grand Lyon



IL NE FAUT  
**JAMAIS**  
SECOUER UN BÉBÉ



**secouer peut tuer ou handicaper à vie**



## Annexe 12 : questionnaire maternités

1/ nom de l'établissement

2/ type de structure :

- établissement public (CHU, CH)
- établissement de santé privé à but non lucratif
- établissement de santé privé à but lucratif

3/ de quel niveau est votre maternité?

- 1
- 2 A
- 2 B
- 3

4/ disposez-vous d'un service de pédiatrie attaché à la maternité?

- oui
- non

5/ comment se compose votre équipe de santé périnatale?

- puéricultrice ?
- auxiliaire puéricultrice?
- sage-femme?
- pédiatre?
- obstétricien?

6/ combien d'accouchement par an sont réalisés dans votre maternité?

- moins de 500 par an
- de 500 à 999
- de 1000 à 1499
- de 1499 à 1999
- 2000 ou plus

7/ vous exercez la profession de :

- puéricultrice
- auxiliaire puéricultrice
- sage-femme
- pédiatre
- obstétricien

8/ Donnez-vous systématiquement une information sur les pleurs du nourrisson ?

- oui
- non

9/ Si oui, quels sont les sujets abordés ?

- « pourquoi bébé peut pleurer »
- bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilé.
- Les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal.
- Comment apaiser les pleurs de bébé.
- Que faire s'il continue de pleurer.
- Comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer.

10/ Existe-t-il un protocole de prévention du syndrome du bébé secoué au sein de votre structure ?

- oui
- non

11/ Abordez-vous le sujet du syndrome du bébé secoué avec les femmes enceintes ou les jeunes parturientes ?

- oui
- non

12/ Si non pourquoi ?

- manque de formation.
- manque de temps.
- manque d'outil.

- autre.

13/ Si oui :

- auprès de la maman
- auprès du papa
- auprès des deux parents

14/ Quel type de prévention réalisez-vous ?

- information orale
- prospectus, posters, dépliants.... en salle d'attente
- visionnage de vidéo
- remise d'outils de prévention en main propre : dépliant, prospectus, dvd
- autre

15/ Quels sont les sujets abordés ?

- définition du syndrome du bébé secoué ?
- Les facteurs favorisant le secouement ?
- Les conséquences irréparables : « peut tuer ou handicaper à vie »
- un seul secouement suffit
- le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu.

16/ Est-elle notifiée dans le dossier médical?

- oui
- non

17/ A quel moment cette information est-elle donnée?

- pendant la grossesse (cours de périnatalité, entretien prénatale, consultation de grossesse)
- en salle de naissance.
- en post partum (examen systématique du nouveau-né à J3, visite de sortie)

18/ Pensez-vous que l'on devrait systématiquement informer les patients sur le syndrome du bébé secoué ?

- oui
- non

19/ Selon vous quel serait le moment le plus propice ?

- cours de périnatalité
- entretien prénatale
- consultation de grossesse
- en salle de naissance
- examen systématique du nouveau-né à J3
- visite de sortie

20/ Par qui ?

- puéricultrice
- auxiliaire puéricultrice
- sage-femme
- pédiatre
- obstétricien

21/ Comment ?

- information orale
- prospectus, posters, dépliants.... en salle d'attente
- visionnage de vidéo
- remise d'outils de prévention en main propre : dépliant, prospectus, dvd
- autre

22/ Aimeriez-vous avoir une formation concernant le syndrome du bébé secoué ?

- oui
- non

## Annexe 13 : questionnaire PMI

1/ nom de l'établissement

2/ vous exercez la profession de :

- puéricultrice
- auxiliaire puéricultrice
- sage-femme
- pédiatre
- obstétricien

3/ Donnez-vous systématiquement une information sur les pleurs du nourrissons ?

- oui
- non

4/ Si oui, quels sont les sujets abordés ?

- « pourquoi bébé peut pleurer »
- bébé peut pleurer 2 heures par jour et parfois d'affilé.
- Les pleurs peuvent exaspérer et c'est normal.
- Comment apaiser les pleurs de bébé.
- Que faire s'il continue de pleurer.
- Comment apaiser la colère que les pleurs peuvent engendrer.

5/ Existe-t-il un protocole de prévention du syndrome du bébé secoué au sein de votre structure ?

- oui
- non

6/ Abordez-vous le sujet du syndrome du bébé secoué avec les femmes enceintes ou les jeunes parturientes ?

- oui
- non

7/ Si non pourquoi ?

- manque de formation.
- manque de temps.
- manque d'outil.
- autre.

8/ Si oui :

- auprès de la maman
- auprès du papa
- auprès des deux parents

9/ Quel type de prévention réalisez-vous ?

- information orale
- prospectus, posters, dépliants.... en salle d'attente
- visionnage de vidéo
- remise d'outils de prévention en main propre : dépliant, prospectus, dvd
- autre

10/ Quels sont les sujets abordés ?

- définition du syndrome du bébé secoué ?
- Les facteurs favorisant le secouement ?
- Les conséquences irréparables : « peut tuer ou handicaper à vie »
- un seul secouement suffit
- le jeu n'a rien à voir avec le secouement et le secouement n'a rien à voir avec le jeu.

11/ Est-elle notifiée dans le dossier médical?

- oui
- non

12/ A quel moment cette information est-elle donnée?

- pendant la grossesse (cours de périnatalité, entretien prénatale, consultation de grossesse)

- en post partum

13/ Pensez-vous que l'on devrait systématiquement informer les patients sur le syndrome du bébé secoué ?

- oui
- non

14/ Selon vous quel serait le moment le plus propice ?

- cours de périnatalité
- entretien prénatale
- consultation de grossesse
- en salle de naissance
- examen systématique du nouveau-né à J3
- visite de sortie

15/ Par qui ?

- puéricultrice
- auxiliaire puéricultrice
- sage-femme
- pédiatre
- obstétricien

16/ Comment ?

- information orale
- prospectus, posters, dépliants.... en salle d'attente
- visionnage de vidéo
- remise d'outils de prévention en main propre : dépliant, prospectus, dvd
- autre


17/ Aimeriez-vous avoir une formation concernant le syndrome du bébé secoué ?

- oui
- non



## Annexe 14 : plaquette d'information réalisée pour l'étude

### Partie extérieure



#### LES PLEURS DEVIENNENT INCESSANTS ET AGACANTS

- Connaitre ses limites
- Ne surtout pas céder à la colère ou au stress
- Mettez le dans son berceau
- Ne le secouez pas
- Laissez bébé pleurer
- Sortir de la chambre si on sent qu'on va devenir violent
- Demander à son compagnon/sa compagne de prendre le relais
- Appeler et demander de l'aide à la famille ou aux amis

#### NUMERO SERVICE

En cas de besoin appelez votre pédiatre, médecin traitant ou l'espace santé de la PMI dont Ne le secouez surtout pas!

**SAMU : 15**  
**POMPIER : 18**  
**Enfant en danger : 119**  
**Allo parent bébé 0800 003 456**

Liens utiles:  
[syndromedubebesecoue.com](http://syndromedubebesecoue.com)  
[www.bebesecoue.com](http://www.bebesecoue.com)

ET VOUS,

Que feriez vous face aux pleurs de votre enfant?

.....

.....

.....

N'hésitez pas à transmettre l'information à toute personne s'occupant d'un enfant.

#### CONCLUSION

Pour un bébé heureux et en bonne santé, mieux vaut ne pas le secouer.



# Partie intérieure

## LE SYNDROME DU BEBE SECOUE CA EXISTE !

Il s'agit d'un traumatisme crânien, non accidentel, conséquence du secouement de l'enfant sous l'effet du stress ou de la colère.

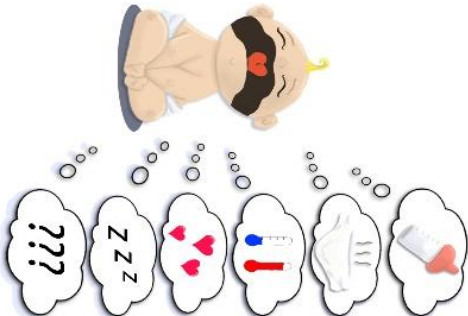
Plusieurs centaines d'enfants sont concernés chaque année en France.

**Le fait de secouer votre enfant peut entraîner de graves conséquences.**

Dans 75% des cas: lésions neurologiques déficit moteur retard psychologique déficiences mentales Et le décès dans 20%.



## POURQUOI BEBE PEUT PLEURER



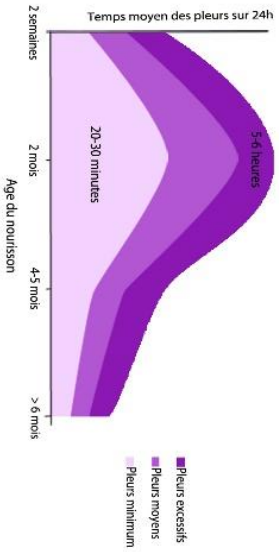
**A SAVOIR :**  
Un bébé peut pleurer jusqu'à 2h par jour et parfois d'affilé et sans raison apparente.

## QUE FAIRE EN CAS DE PLEURS

- Restez calme
- Nourrissez-le
- Changez sa couche
- Vérifiez qu'il n'ait pas chaud, froid ou de fièvre
- Bercez-le
- Promenez-le
- Massez lui le ventre ou le dos

## COURBE DES PLEURS

Répartition de la durée des pleurs en fonction de l'âge du nourrisson



## CONSEQUENCES DES PLEURS INCESSANTS

Le résultat des pleurs à répétition ou continue, provoque chez les parents des sentiments tout à fait normaux :



Il est important de savoir que la colère est un sentiment qu'on ne contrôle pas. Il faut donc connaître ses limites.