HAL
open science

La prévention du syndrome du bébé secoué par les sages-femmes libérales : étude qualitative auprès de 19 sages-femmes libérales d'Île-de-France

Marine Hemon

To cite this version:

Marine Hemon. La prévention du syndrome du bébé secoué par les sages-femmes libérales : étude qualitative auprès de 19 sages-femmes libérales d'Île-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-02103737

HAL Id: dumas-02103737

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103737v1

Submitted on 18 Apr 2019

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARINE HEMON

8 Février 1992

LA PRÉVENTION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Etude qualitative auprès de 19 sages-femmes libérales d'Ile-de-France

Soutenu le : 20 JUIN 2017

DIRECTEUR DE MÉMOIRE

Mr Etienne Mireau, Neurochirurgien, Médecin légiste, Expert auprès de la cour d'appel de Versailles, hôpital Foch

Numéro national d'étudiant : 21302711

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier Etienne Mireau pour son précieux soutien, pour sa disponibilité, pour son parfait accompagnement et la confiance qu'il m'a accordé dans l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci à Clémence Schantz-Inguenault qui m'a donné l'envie de revêtir cette casquette d'apprentie anthropologue et d'aller sur le terrain ; également pour m'avoir guidée dans la méthodologie de ce mémoire.

Merci à Mme Houziaux pour son accompagnement si précieux.

Merci à l'ensemble des professeurs de l'école de sage-femme de Foch, et tout particulièrement à Mme Vautrin, Mme Buzenet, Mme Crétignon, Mme Vizeux et Mr Le Goedec pour ces quatre années d'enseignement.

Merci à l'ensemble des sages-femmes libérales qui ont participées à cette étude et qui se sont livrées à moi avec simplicité et sincérité.

Merci à Marion, Juliette, Salomé, Louise, Céline, Diane et Pauline pour leur amitié.

Enfin je tiens à remercie Franck pour son soutien et sa patience de tous les jours.

Un immense merci à mes parents, c'est avec les valeurs humaines que vous m'avez transmises que j'aspire à exercer le plus beau métier du monde.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Table des matières

AVERTISSEMENT ..... **II**

REMERCIEMENTS ..... **III**

TABLE DES MATIERES ..... **IV**

LISTE DES ANNEXES ..... **VII**

LEXIQUE ..... **VIII**

LA PREVENTION DU SYNDROME DU BEBE SECOUE PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES ..... **IX**

LIBERAL MIDWIVES' PREVENTION ON ABUSIVE HEAD TRAUMA ..... **X**

1 INTRODUCTION **1**

1.1 Considérations générales sur le syndrome du bébé secoué **2**

1.1.1 Aperçu historique 2

1.1.2 Description du syndrome du bébé secoué 3

1.1.3 Le SBS, une forme particulière de maltraitance infantile 7

1.1.4 La législation 8

1.1.5 La prévention 10

1.2 Problématique **12**

1.3 Objectifs **12**

1.4 Hypothèses **13**

2 MATERIEL ET METHODE **14**

2.1 Elaboration du guide d'entretien 14

2.2 Recrutement 14

2.3 Echantillon 15

2.4 Condition pratique du recueil des données 15

2.5 Analyse des données 16

2.6 Saturation des données 17

3 RESULTATS ET DISCUSSION 18

PARTIE I : ÉTAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DU SBS PROPOSÉ PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

3.1 Connaissances variables des sages-femmes sur le SBS 18

3.1.1 Définition élaborée à partir d'un consensus d'idées 18

3.1.2 Conséquences connues par les sages-femmes 19

3.1.3 Circonstances 20

3.1.4 Accident ou maltraitance 23

3.1.5 Existence d'une population cible concernant le SBS ? 25

3.1.6 Synthèse sur la connaissance du SBS par les sages-femmes 28

3.2 Prévention : une pratique systématique mais peu uniformisée 29

3.2.1 Prévention des facteurs de risque identifiés par les sages-femmes 29

3.2.2 Une prévention primaire détournée 41

3.2.3 Prévention en cas de situation à risque de SBS 42

3.2.4 Trois temps forts pour réaliser cette prévention 47

3.2.5 Prévention influencée par le vécu personnel et l'expérience 52

3.3 Le SBS, un phénomène de société 53

3.3.1 Carence actuelle dans l'accompagnement et le soutien aux femmes 53

3.3.2 Retour au travail précoce 55

3.3.3 Une société devenue intolérante aux pleurs ? 57

3.4 Place importante de la sage-femme 59

3.4.1 Le secteur libéral privilégié 59

PARTIE II : LES FREINS ET LIMITES RENCONTRÉS PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DANS LEUR PRATIQUE

3.5 Freins rencontrés par les sages-femmes 62

3.5.1 Connaissances lacunaires des sages-femmes sur le SBS 62

3.5.2 Difficultés pour aborder le sujet SBS 66

3.5.3 Difficulté de la prévention secondaire 72

3.5.4 Manque de temps 74

3.5.5 Manque de moyens 77

3.6 Limites sous-jacentes à la prévention des sages-femmes libérales 79

3.6.1 Population restreinte 79

3.7 Synthèse des principaux résultats 83

3.7.1 Apports de l'étude 84

3.7.2 Limites et biais 85

3.7.3 Implications et perspectives 86

CONCLUSION 87

BIBLIOGRAPHIE 88

ANNEXES 92

Liste des annexes

Annexe I : Trame d'entretien 92
Annexe II : Diagramme de recrutement 95
Annexe III : Echantillon de l'étude 96
Annexe IV : Codage sélectif 98

Lexique

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance.

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRIP : Cellules de Recueil, d'Évaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile

RAM : Relais Assistantes Maternelles

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

La prévention du syndrome du bébé secoué par les sages-femmes libérales

Résumé

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un traumatisme crânio-encéphalique infligé par secouement violent du nouveau-né. Ce drame persiste dans la société française alors qu'il est pourtant possible de le prévenir. La sage-femme, acteur décisif de santé publique par sa proximité des femmes et des nourrissons, semble toute désignée pour intervenir dans cette prévention.

Objectifs : Nous nous sommes intéressés au vécu et au ressenti des sages-femmes libérales dans la prévention du SBS. L'objectif principal de cette étude est d'appréhender la complexité d'une prévention par les sages-femmes libérales sur le thème du SBS et d'en évaluer les freins. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration pour la prévention du SBS. La réalisation de l'enquête a permis de comprendre comment les sages-femmes libérales s'investissent, face aux difficultés qu'elles rencontrent, dans la prévention d'un tel sujet.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 19 sages-femmes libérales d'Île-de-France, entre le 28/06/16 et le 26/11/16. L'analyse des entretiens a été réalisée à travers trois codages successifs : ouvert, axial et sélectif (« grounded theory »)

Résultats : Notre étude révèle plusieurs difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales dans leur pratique relative au SBS. Ces obstacles ne semblent, toutefois, pas constituer des freins absolus pour s'investir dans cette prévention. Bien au contraire, les sages-femmes font preuve de moyens originaux pour les contourner et prévenir un tel risque.

En effet, elles réalisent une prévention détournée en s'attelant à prévenir les quatre facteurs précurseurs dans l'engrenage du SBS : les pleurs du nouveau-né, la fatigue, la culpabilité et l'isolement de l'adulte.

La sage-femme se révèle donc être un interlocuteur clef pour informer, accompagner et orienter dans la prévention du SBS.

Mots-clés : Syndrome du bébé secoué, Prévention, Sages-femmes libérales

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Liberal midwives' prevention on abusive head trauma

Abstract

Abusive head trauma (AHT) also known as shaken baby syndrome, still remains in the French society but is yet 100% preventable. The midwife, decisive actor in public health because of her closeness to women and infants, seems an obvious choice to ensure this prevention

Objective: We focused on liberal midwives' point of views and experiences on AHT's prevention. The main objective is to approach the complexity of prevention by liberal midwives on the theme of AHT but also to assess the barriers. The secondary goal is to suggest ways of improvement in the AHT prevention. This study shows how liberal midwives get involved in the prevention of a such topic, and this, facing various difficulties.

Methods: This qualitative study has been held using semi-structured interviews, with 19 liberal midwives among the region of Ile-de-France, on a five months period (between 28/06/16 and 26/11/16). The analysis has been realized using the grounded theory.

Results and conclusion: Our study brings to light difficulties faced by liberal midwives in their practice. These seem not to be absolutes barriers to get involved in AHT prevention. On the contrary, midwives show creative ways to overcome them and prevent such a risk. They realize an undirected prevention, anticipating the four factors identified as precursors in gears of AHT, namely baby crying, tiredness, guilt and isolation of adult.

Midwives appear to be a key interlocutor to inform, support and guide in the AHT prevention.

Keywords: Abusive Head Trauma, Shaken Baby Syndrome, Prevention, Liberal midwives

1 Introduction

« Tu vas te taire ! Tais-toi !! Je vais m'occuper de toi »

Ces mots résonnent dans la cour d'assises de Créteil ; à la demande du président du tribunal de reproduire les paroles et les gestes qu'elles avaient eu à l'époque, l'accusée s'exécute devant les jurés et l'assemblée dont je fais partie ce mardi de novembre 2016.
Dans un silence pesant, l'accusée en pleurs secoue à plusieurs reprises le transat, aujourd'hui vide, dans lequel reposait la petite Charlotte, avant de le projeter au sol.

L'ex-nourrice est jugée pour la mort d'un bébé de sept mois dont elle avait la garde. Après l'avoir secoué, elle avait projeté le transat au sol à plusieurs reprises. Le décès de Charlotte avait été prononcé après quatre heures de soins intensifs.

Une « affaire » de bébé secoué - une de plus - comme me l'explique le policier surveillant les portes de la cour d'assises, lors de nos échanges en attendant la délibération du jury : *« Ah non, ce n'est pas rare les procès pour un bébé secoué ».*

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est la forme la plus grave de maltraitance envers un nourrisson. Il correspond à un traumatisme crânien infligé par secouement violent, survenant dans les premiers mois de l'enfant.
Ce mal de société, potentiellement évitable, est un véritable problème de santé publique et il reste, malheureusement, toujours d'actualité aujourd'hui.
La sage-femme libérale semble toute désignée pour intervenir dans la prévention de ce syndrome.

De la même façon que le fracas du transat sur le sol a rompu le silence pesant qui régnait dans le tribunal, nous tenterons à travers ce mémoire, de donner la parole aux sages-femmes libérales concernant leurs pratiques et leurs difficultés dans la prévention du SBS.
Nous voulions en particulier connaitre leur vécu et leur ressenti à l'égard de cette prévention et potentiellement identifier les facteurs qui les freinent à se mobiliser pour prévenir ce risque, pour ensuite pouvoir proposer certaines voies d'amélioration.

1.1 Considérations générales sur le syndrome du bébé secoué

1.1.1 Aperçu historique

Différents auteurs ont d'abord décrit des lésions intracrâniennes chez le nourrisson sans que leurs étiologies soient alors bien comprises : Rudolph Virchow, en 1857, expose le tableau d'un hématome sous-dural (HSD) et émet l'hypothèse que ce dernier soit d'origine inflammatoire (1). L'origine traumatique a longtemps été discutée et devancée par des hypothèses infectieuses. Trotter, en 1914, s'oppose à la théorie de l'étiologie inflammatoire et explique pour la première fois, que l'HSD peut être d'origine traumatique (2).

Ce n'est qu'en 1964, qu'Hawkes propose l'hypothèse physiopathologique d'une déchirure des veines cortico-durales à l'origine des HSD. Il l'explique comme une conséquence de mouvements d'accélération-décélération. Il émet alors l'idée d'une possible maltraitance (3).

Enfin, en 1972 J. Caffey nomme pour la première fois ce syndrome pour décrire les lésions traumatiques provoquées par le secouement d'un jeune enfant (4). Son article décrit l'exemple d'une nourrice, Virginia Jaspers ayant tué trois bébés et handicapé douze autres sur une période de huit ans, avant que l'on ne découvre qu'elle les avait tous secoués. Il avance alors que l'HSD est la complication la plus grave et la plus urgente dans le cadre de la maltraitance (5).

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont permis de mieux connaître les lésions observées et les mécanismes lésionnels, d'en apprécier d'avantage la fréquence, d'améliorer la démarche diagnostique, de développer une prise en charge thérapeutique plus adaptée et de mieux connaître les risques de séquelle. La prévention reste cependant un point peu développé.

Au cours du procès, auquel j'ai pu assister, de nombreux experts sont intervenus, apportant leur expertise tant au niveau pédiatrique, médical, radiologique que psychologique ou psychiatrique. Mais lorsque le président de la cour questionne l'expert à la barre *« pouvions-nous prévenir ce cas de SBS ? »,* ce dernier concède

qu'il n'a pas d'argument à apporter sur ce point. La prévention du SBS reste donc encore peu maitrisée.

1.1.2 Description du syndrome du bébé secoué

Le SBS est un « sous-ensemble des traumatismes crânio-encéphaliques infligés ou non accidentels, dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien » (6). Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de 0 à 12 mois, la moyenne d'âge se situant entre 2,2 et 5 mois. A cet âge, le nourrisson est particulièrement fragile aux secousses car la proportion de sa tête représente 25% du poids de son corps (comparativement à 2,5% chez l'adulte) et les muscles de son cou sont encore peu développés.

Son incidence est estimée à 25 cas sur 10 000 naissances, soit environs 180 à 200 cas par an en France (1,6,7). Mais ce phénomène de maltraitance est sous-évalué : peu de nourrisson avec un traumatisme crânien infligé parviennent jusqu'aux services de soins. De plus, pour cette minorité d'enfants hospitalisés, le diagnostic reste difficile par la diversité des séquelles cliniques, réparties sur une large échelle de sévérité (8,9). C'est donc pour ces quelques cas diagnostiqués mais surtout pour tout ceux qui ne le sont pas, révélateurs d'un problème de santé publique majeur, qu'une prévention au sujet du SBS semble primordiale. Ce postula, dès lors affirmé par Caffey justifierai à lui seul notre étude.

1.1.2.1 La clinique

Les descriptions sémiologiques du SBS ne permettent pas de mettre en avant un signe clinique pathognomonique et insistent sur la grande variabilité du tableau clinique.

Lorsque ce dernier est complet, il se caractérise par la triade suivante : hémorragies intracrâniennes (HSD, hémorragie sous-arachnoïdiennes) ; hémorragies rétiniennes et lésions cérébrales (déchirures axonales, œdème cérébral). S'y ajoute parfois des ecchymoses et des fractures du crâne, des côtes ou de la métaphyse des os longs (7). Dans la plupart des cas, les lésions externes sont minimes voire absentes (1). J. Caffey, en 1974, insiste déjà sur la discordance entre la gravité des lésions intracrâniennes et l'absence ou la pauvreté des lésions externes (5).

Les symptômes varient en fonction de l'importance des lésions neurologiques. Un dixième des enfants victimes de ce syndrome en décèdent (6). Dans les formes graves, on note une altération de l'état de conscience, des convulsions, des difficultés respiratoires ainsi qu'une hypotonie. Dans les cas moins graves, on retrouve des vomissements, une léthargie et de l'irritabilité. Lorsque le diagnostic est plus tardif, ce sont les signes d'hypertension intracrânienne due à l'HSD qui attirent l'attention (augmentation du périmètre crânien, vomissements chroniques, convulsions…) (7).

1.1.2.2 Le diagnostic

Le diagnostic se fait sur la base des lésions observées au scanner cérébral, à l'IRM cérébrale, au fond d'œil et aux radiologies du squelette, confrontées à l'anamnèse détaillée des circonstances de l'accident et à l'examen clinique.
Pour E. Mireau, le scanner réalisé jusqu'aux coupes les plus supérieures, est l'examen qui fait le diagnostic de l'HSD. L'IRM, elle, est présentée comme utile dans deux situations : en cas de doute sur la présence d'un HSD au scanner. L'autre intérêt est pour le pronostic de l'enfant car cet examen est plus sensible pour détecter des contusions cérébrales ou une ischémie (10).

Le diagnostic de maltraitance est extrêmement délicat. Il ne peut être affirmé que dans deux situations : en présence de lésions traumatiques multiples et majeures, et en cas d'aveu du maltraitant. Toutefois, ces deux cas sont extrêmement rares. L'approche du diagnostic de maltraitance est donc le résultat de l'analyse d'un faisceau d'arguments médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux et comportementaux, devant conduire à une rupture du secret médical et un signalement auprès des autorités. Pour minimiser les préjudices de cette décision de signalement, la prise en charge doit être multidisciplinaire et agir en collaboration avec les structures sociales et judiciaires locales (10). L'excès, comme le défaut de signalement peuvent être responsables d'un préjudice sévère sur l'enfant et sur sa famille.

Le diagnostic différentiel est complexe. Il comprend essentiellement la recherche de causes accidentelles (accident de voiture, chute de plus de 1,50m), de maladies métaboliques ou de troubles de l'hémostase (11).
Cependant, il est rare que les simples accidents provoquent de telles lésions. La plupart des bébés présentant un HSD sont donc des enfants qui ont été secoués violemment.

1.1.2.3 Le contexte

Les circonstances du secouement sont très variables. Celle habituellement rapportée est l'état de tension majeur de l'adulte qui a la garde de l'enfant, état lié à la fatigue et au stress qu'il éprouve, le plus souvent en raison des pleurs et cris incessants, incompréhensibles pour lui. Cet état aboutit à des gestes violents, dont bien souvent l'auteur ne mesure pas, sur le moment, les conséquences.
Dès 1972, Caffey énonce sa définition du syndrome, en parlant du « parent-infant traumatic stress syndrome », bien que ce terme n'ait pas longtemps été utilisé il traduit d'emblée une relation entre les cris et la survenue du syndrome.
Les pleurs persistants du nourrisson sont le premier élément déclencheur du SBS. Le manque de savoir des parents relatif aux pleurs du nourrisson devient l'un des principaux facteurs lié au SBS auquel s'ajoute la difficulté que représente la gestion de la colère face aux pleurs, conjuguée à la méconnaissance des dangers de secouer un bébé (12).

D'autres auteurs, Barr et coll. ont mené, en 2006, une étude rétrospective dans le but de déterminer si la courbe de répartition par âge lors de l'hospitalisation des SBS avait des similitudes avec la courbe de fréquence des cris du nourrisson, façon indirecte d'apprécier si les pleurs sont un facteur déclenchant du secouement. Les résultats montrent que les deux courbes ont un profil commun malgré le décalage du pic maximum de l'âge des pleurs à 5-6 semaines autour de 130-160min/j, et de celui des SBS à 10-13 semaines (résultats portant sur 273 cas de SBS de moins de 18 mois dans les hôpitaux de Californie sur 4 ans). Ce « retard » peut être dû au fait que dans 35 à 50% des cas de SBS diagnostiqués, on dispose de preuves antérieures de secousses ou d'abus suggérant que l'épisode qui attire

l'attention clinique n'est que le tout dernier d'une série (13). Les auteurs concluent à l'importance de la prévention chez les enfants qui ont des pleurs inconsolables et prolongés dans le temps (14).

1.1.2.4 Les conséquences

Les conséquences de ce syndrome sont dramatiques et des séquelles majeures sont présentes dans la majorité des cas. Les chiffres sont éloquents : 10 à 20% des enfants en décèdent, 60% en gardent des séquelles dont un tiers très graves (cécité, retard mental majeur, épilepsie sévère…) et deux tiers « moyennes » (épilepsie contrôlée, déficience moteur légère…).

Les 20% d'enfants, apparemment sains dans le décours immédiat, vont présenter après quelques années des troubles du comportement, des déficits cognitifs et des difficultés scolaires (11).

1.1.2.5 Le traitement

Le traitement en aigu est régi par l'état clinique de l'enfant et sera toujours suivi d'une prise en charge médico-psychosociale régulière et prolongée.

1.1.2.6 Les facteurs de risque

Les jeunes enfants victimes du SBS sont issus de tous les groupes socio-économiques et de toutes les cultures. Cet acte de violence peut se produire dans des familles qui ne présentent aucun risque apparent. Cela explique donc la difficulté de mettre en avant une population à risque, et la nécessité de procéder à une prévention auprès de la population générale.

Certains facteurs de risque ont, tout de même pu être mis en exergue et ce sont les facteurs psycho-affectifs qui prédominent largement sur les facteurs socio-économiques (15). Il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance (16).

Dans l'enquête de l'unité 750 de l'Inserm, on a comparé la catégorie socioprofessionnelle des auteurs de secouement à la population générale (données du recensement de l'Insee) et il n'a été constaté aucune différence entre les deux populations (même pourcentage de cadres supérieurs, d'employés, d'ouvriers...). En

revanche, dans cette même population de bébés secoués, 22 % étaient nés prématurément alors que le taux de prématurés sur l'ensemble des naissances en France était alors de 7,2%. La prématurité est un facteur de risque important de la maltraitance. Ceci découlant des hospitalisations néo-natales qu'elle induit et de l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

On peut également citer comme facteur de risque chez les parents tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né, des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, des addictions, l'isolement social ainsi que les troubles psychopathologiques (16).

Enfin, on évoque également la méconnaissance du syndrome du bébé secoué comme facteur de risque.

Ce syndrome grave n'est jamais dû à un traumatisme banal, mais à un acte de violence infligé à l'enfant. A ce titre, le SBS illustre une forme particulière de maltraitance infantile.

1.1.3 Le SBS, une forme particulière de maltraitance infantile

Le SBS fait partie de la maltraitance physique. Cette dernière regroupe des actes de violence exercés sur le corps de l'enfant. Etant apparentes sur le corps même de l'enfant, c'est souvent la maltraitance que l'on découvre le plus rapidement.

Mais paradoxalement, le SBS est beaucoup plus complexe : les lésions apparentes sont rares voire absentes, comparées aux lésions internes extrêmement sévères.

Dans la législation française, ces violences sont définies aux articles 222-7 et suivants du code pénal. Le code civil prend en compte ce phénomène et prévoit des mesures d'assistance éducative « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises » à l'article 375.

1.1.4 La législation

En France, le concept de maltraitance infantile a émergé progressivement et sur le plan juridique il reflète assez fidèlement l'évolution de la société avec notamment la loi de 1898 sur la répression des violences commises à l'encontre des enfants. D'autres lois marquent les jalons de la prise de conscience et de la mesure de ce fléau social. Citons celle de 1912 instituant les tribunaux pour enfants, celle de 1945 initiant la construction d'un système de protection de l'enfance et celle de 1989 dit loi Dorlhac « relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance » qui précise les modalités de signalement des cas de maltraitance.

En 2004, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), acteur central de la politique de protection de l'enfance, est créé pour « mieux connaître le champ de l'enfance en danger, pour mieux prévenir et mieux traiter ».

La loi du 5 Mars 2007 permet également des avancées majeures. Ce texte phare relatif à la protection de l'enfance met l'accent sur la prévention des situations de danger au regard de l'éducation de l'enfant et des mauvais traitements qu'il subit. Le traitement de la maltraitance relève désormais de la prise en charge de l' « enfance en danger » qui concerne aussi bien les enfants maltraités que les « enfants en risque ».

En effet, l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) définie deux sous catégories constituant celle des enfants en danger.

- Les enfants en risque de maltraitance : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- Les enfants maltraités : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Cette loi garantit aussi une meilleure coordination entre le pôle administratif et le pôle judiciaire. Les situations d'enfant en risque de danger relèvent de la compétence du Conseil Général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » à

transmettre aux CRIP (cellules de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes). Les situations d'enfant en danger, elles, nécessitent une protection judiciaire et doivent faire l'objet d'une procédure de signalement au Procureur de la République (17).

Le corps médical se trouvait confronté à une ambiguïté émanant de deux impératifs contraires entre article 62 (sanctionnant la non-assistance à personne en danger) et 226 du Code Pénal (condamnant le non-respect du secret médical). La loi du 2 janvier 2004 puis celle du 5 mars 2007 permet la levée du secret professionnel dans des cas précis. Ainsi, aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de noms cités. De plus, par extension à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfant ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret. Les informations susceptibles d'être légalement partagées sont strictement limitées à celles qui sont nécessaires à l'évaluation, la détermination et la mise en œuvre d'actions à des fins de protection. Cela permet donc une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant, en recueillant des informations auprès de professionnels tenus au secret issus d'horizons différent.

La sage-femme, lorsqu'elle discerne qu'une femme ou son enfant est victime de sévices, doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger (article 4127-316 du code de la santé publique). La protection des intérêts de l'enfant l'emporte sur le secret médical. Les sages-femmes peuvent donc signaler un enfant en danger ; elles en ont même l'obligation (18).

1.1.5 La prévention

La maltraitance des enfants est un sujet complexe. Sa dynamique et les facteurs qui la déclenchent, ainsi que les stratégies de prévention efficaces diffèrent selon l'âge des victimes, le contexte dans lequel elle a eu lieu et le lien entre la victime et l'auteur de la violence.

La prévention est l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition, l'aggravation ou les conséquences des maladies ou des accidents et d'une façon plus générale, d'améliorer la santé des individus ou des populations (19).
L'OMS propose la distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire cherche à limiter l'incidence par une action ciblant la population générale. Elle vise à agir en amont de la maltraitance, pour éviter que le risque ne s'installe. Il s'agit par exemple, de conseils de puériculture expliquant aux jeunes parents les soins de base dont leur bébé a besoin, les aidant à décrypter ses pleurs, ses rythmes, aborder la gestion du stress, la fonctionnalité du couple parental (rôle de chacun, relais de l'un à l'autre). Il s'agit également de transmettre savoir-faire et savoir être, tout en respectant cette place nouvelle de parent ; il faut mesurer avec beaucoup de délicatesse et d'intuition, non seulement l'état mais également l'évolution de leurs compétences parentales afin de les soutenir là où ils en ont besoin et seulement là. La prévention primaire permet de rompre l'isolement et l'inexpérience par l'écoute et la disponibilité du professionnel. Elle permet que s'établisse un lien fort entre le parent et son enfant. Elle permet également d'éduquer le parent au risque du secouement de son enfant et éviter un passage à l'acte.

La prévention secondaire cherche à limiter l'incidence par une action sur une sous-population à risque. Elle se révèle délicate puisqu'il est impossible de classer de façon dichotomique d'une part les parents potentiellement maltraitant et d'autre part les parents exemptés de tout risque. Il s'agit donc d'accompagner un risque reconnu comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Celle-ci n'est pas encore là mais beaucoup d'indices sont inquiétants, comme par exemple une grossesse mal

suivie, non déclarée ou non désirée, la prématurité du bébé, des naissances multiples, un handicap chez l'enfant, une mère isolée, dépressive, déficiente mentale, un conjoint absent ou violent… Ces clignotants s'associent de façon variable à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif, conduisant du risque mineur vers une situation beaucoup plus grave.

Dans ce contexte, la prévention nécessite idéalement la mise en place, autour de cette parentalité fragile et de l'enfant, des étayages multiples, afin d'agir à différents niveaux : éducatif, affectif, matériel, comportemental, relationnel voire psychique et aussi dans différents cadres : à domicile, dans un lieu de soins ou d'écoute plus neutre ou encore un lieu d'accueil, et enfin à différents rythmes : d'un accompagnement très rapproché comme une hospitalisation mère-enfant ou un suivi pluri-hebdomadaire à domicile voire des visites plus espacées.

Ces situations supposent la pluridisciplinarité des intervenants pour croiser les regards, pour garantir le maximum d'objectivité et de pertinence dans ces imbroglios. Elle permet également l'élaboration d'une prise en charge adaptée à chaque cas. Cette prévention cible donc une population d'enfants dits « en risque ».

Enfin, la prévention tertiaire, elle, vise à améliorer le dépistage, limiter le handicap et éviter les récidives estimées à plus de 50% (11) (15). Dans la prévention tertiaire, les situations de maltraitance sont avérées et il s'agit d'éviter une sur-maltraitance. Dans ces cas il y a eu saisine officielle de l'autorité administrative et pour les plus graves, de l'autorité judiciaire. Le but étant de punir l'acte maltraitant mais surtout, de protéger l'enfant.

Le travail de prévention se complexifie donc au fur et à mesure que le danger s'accentue. Le professionnel a la délicate tache de savoir si il est encore dans une population tout venant ou déjà dans le risque. C'est, en effet, sur le soignant que repose le devoir de ne pas banaliser un signe ordinaire et jamais pathognomonique ou, a contrario, de ne pas dramatiser un symptôme qui à lui seul peut conduire à des conclusions hâtives. Ce regard et ce sens clinique se modèlent avec l'expérience.

Par ailleurs, son intervention se situe, le plus souvent, en amont d'une pathologie très abstraite et irréelle pour le patient ; il semble impensable pour des parents de pouvoir, un jour secouer leur enfant. Cela oblige le professionnel de la prévention à beaucoup de circonspection pour ne pas brusquer le patient.

Un autre écueil de la prévention pourrait être son utilisation à des fins de repérage, de prédiction voire de moralisation des conduites, ce dont doit absolument se démarquer le praticien.

Depuis des années des programmes de prévention ont été lancés pour « conscientiser » familles et professionnels de l'enfance, étant donné les conséquences dramatiques de quelques instants de « débordements ».

La loi du 5 mars 2007 réaffirme d'ailleurs que la prévention fait partie intégrante de la protection de l'enfance (20).

1.2 Problématique

Différentes études, précédemment citées, semblent s'accorder sur l'intérêt d'une prévention accrue du SBS.
En revanche, il existe peu d'études s'intéressant à la complexité de cette prévention, et aux difficultés de sa mise en œuvre.
Ainsi, nous nous intéresserons à la problématique suivante : **Quels sont les freins à la diffusion de la prévention du syndrome du bébé secoué, par les sages-femmes libérales ?**

1.3 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'appréhender la complexité d'une prévention par les sages-femmes sur le thème du syndrome du bébé secoué et d'en évaluer les freins.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration pour la prévention du syndrome du bébé secoué.

1.4 Hypothèses

L'hypothèse principale est la suivante : les sages-femmes ressentent des difficultés à réaliser une prévention au sujet du SBS.

L'hypothèse secondaire est la suivante : ces difficultés perçues par les sages-femmes seraient un frein à leur mobilisation dans la prévention de ce problème.

2 Matériel et méthode

2.1 Elaboration du guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien (annexe I) composé de treize questions, servant de trame lors des entretiens entre l'interviewée et le chercheur. La première question se voulait volontairement très large, permettant de lancer la discussion. Les questions et relances suivantes permettent d'explorer les différents champs du thème étudié.

Un entretien exploratoire a été réalisé avec la sage-femme S. Au terme de cet entretien, trois questions semblaient redondantes ; elles ont donc été regroupées en une seule. Au cours de notre étude, nous avons également ajouté une question sur la place du père dans cette prévention. En effet, il nous semblait intéressant de recueillir les propos des interviewées dans ce domaine spécifique.

2.2 Recrutement

Nous avons recruté dix-neuf sages-femmes libérales d'Île-de-France par téléphone (annexe II) et essuyé neuf refus dont un pour conviction personnelle.

Pour ce dernier, la sage-femme contactée ne croyait effectivement pas en l'existence du SBS. Au cours de notre bref entretien téléphonique, elle revendique d'abord une cause infectieuse puis m'explique que les lésions retrouvées en cas de SBS sont dues aux nouveaux vaccins. En guise de justification elle avance l'idée qu'il n'y a pas de syndrome du bébé secoué chez les Amish parce qu'ils ne se font pas vacciner. Notre conversation se clôture sur ce propos de la sage-femme : « et puis ce n'est pas parce que les sages-femmes ne font pas de prévention qu'il y a des bébés secoués ». Les refus d'entretiens sont toujours instructifs, à condition de prendre le temps d'en analyser les raisons (21). Nous reviendrons donc sur ce refus plus tard au cours de notre analyse.

2.3 Echantillon

Ainsi, dix-neuf sages-femmes libérales ont participé à cette étude. Pour chacune d'elles nous avons relevé quelques renseignements personnels qui ont été jugés comme des variables à prendre en compte. Ils sont présentés sous forme de tableau en annexe (annexe III).

Les critères d'inclusion étaient : l'exercice en libéral et la réalisation d'un suivi pré et post-natal auprès des femmes. Ainsi, ces deux conditions sont remplies par l'ensemble des sages-femmes de l'étude. Elles exercent dans le secteur libéral, depuis à minima 2 mois et à maxima 28 ans.

La moyenne d'âge des participantes est de 39 ans (de 24 à 56 ans). Treize sages-femmes de cette étude ont des enfants.

2.4 Condition pratique du recueil des données

Nous avons rencontré les sages-femmes sur une période allant du 28/06/16 au 26/11/16. Les entretiens se sont déroulés dans plusieurs lieux, en fonction des préférences des interviewées (leur cabinet, leur domicile ou dans un café). La durée moyenne d'un entretien est de 28min (de 14min à 85min). Le chercheur était seul avec l'interviewée, sauf pour l'entretien K, O et S (présence de leurs enfants).

L'accord des participantes pour enregistrer l'entretien a été obtenu à chaque fois, sous couvert d'anonymat. Ainsi, tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone ; celui-ci était posé, de façon excentrée aux deux interlocuteurs.

Il n'a pas été pris de notes durant les entretiens afin de privilégier le dialogue des deux participants.

L'entretien de la sage-femme I a été réalisé sans trame (oubli ponctuel). Ce dernier a d'ailleurs été très riche et formateur. Tout d'abord, l'entretien est apparu plus fluide car il suivait le cours des idées de la sage-femme, comme elles lui venaient spontanément. A contrario, dans les entrevues précédentes je m'attachais davantage à la trame directive et pouvait en conséquence restreindre un thème qui émergeait

pour revenir au plan proposé par le guide d'entretien. Ainsi, lors de cet entretien, l'intégralité des thèmes ont été abordés et ce, de façon totalement différente par rapport à l'ordre habituel, mais ils se suivaient de façon plus naturelles et propices à la narration. D'autre part, l'attitude du chercheur est apparue, à postériori, plus ouvert à la conversation, sans le questionnaire pour « se cacher ». Forte de cette expérience, les entretiens suivants ont été réalisés en se détachant davantage de la trame d'entretien.

Les enregistrements ont été retranscrits intégralement par le même chercheur, à l'aide du logiciel Word. Ils ont été également anonymisés : les interviewées ont été identifiées par un système de lettres alphabétiques de A à S.
Cette étape de retranscription nous a permis de découvrir des passages oubliés de certains entretiens ou auxquels nous n'avions pas, sur le moment, prêtés véritablement attention. La transcription nous a également permis de débusquer ce que nous avions pu engager comme présuppositions ou comme idées de départ trop arrêtées.

2.5 Analyse des données

L'analyse des entretiens a été réalisée en utilisant la méthode grounded theory ou méthode enracinée. Et ce, dans un souci de fiabilité afin de s'affranchir de toute interprétation hâtive. Cette méthode propose en effet de construire des théories en les faisant émerger du terrain (22). Ainsi, afin de prendre le plus de distance possible par rapport aux données brutes, un codage ouvert a été réalisé pour chaque entretien. Ce codage identifie 338 codes. Il a pour but de dégager des catégories à partir des matériaux bruts récoltés sur le terrain. Ainsi, nous avons regroupé un ensemble de phrases sous un intitulé le synthétisant. Nous avons, de prime abord, listé les codes par ordre d'apparition. Ils ont ensuite été renommés si l'intitulé initial n'était pas adéquat et certains codes initialement distincts ont été regroupés lorsqu'ils appréhendaient la même idée.

Les codes ouverts exprimant des concepts similaires ont été regroupés en catégories et sous-catégories. Cette réduction des données est identifiée comme étant celui du

« codage axial » présenté en annexe (annexe IV). Le codage axial a été amorcé à partir du huitième entretien. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel Excel.

Enfin, la dernière phase de raffinement des données recueillies vise à dégager les liens entre l'ensemble des concepts. Il s'agit du codage sélectif, véritable fil conducteur autour duquel nous avons construit notre analyse finale. Le codage sélectif a été effectué à l'issue des dix-neuf entretiens.

2.6 Saturation des données

Le sujet étant très vaste, il a été difficile d'obtenir une saturation des données au niveau du codage ouvert. Nous avons donc décidé d'atteindre la saturation du codage axial : Le recueil de données s'arrête lorsqu'il n'apporte plus de nouveaux éléments.

Ainsi, nous avons atteint l'état dit de « saturation » à l'issu du 15ème entretien. Aucune nouvelle catégorie dans le codage axial n'a été retrouvée après cet entretien. Cette saturation a été confirmée par la réalisation de quatre interviews supplémentaires.

3 Résultats et discussion

Afin d'appréhender au mieux la complexité de la prévention du SBS par les sages-femmes libérales, nous réaliserons dans un premier temps un état des lieux grâce aux différents témoignages recueillis. Cela nous permettra, dans un deuxième temps, d'identifier les principaux freins rencontrés et les solutions proposées par les sages-femmes. Nous conclurons par des propositions d'amélioration pour cette prévention.

PARTIE I : ÉTAT DES LIEUX DE LA PRÉVENTION DU SBS PROPOSÉ PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

3.1 Connaissances variables des sages-femmes sur le SBS

3.1.1 Définition élaborée à partir d'un consensus d'idées

Il nous paraissait intéressant de déterminer quels mots les sages-femmes interrogées posaient (ou ne posaient pas) sur le Syndrome du Bébé Secoué.
Cela permet ainsi de proposer une définition propre aux sages-femmes de cette étude à partir des propos consensuels avancés.

Un premier écueil éloquent est la non-verbalisation des termes « Syndrome du Bébé Secoué » par la majorité des sages-femmes interrogées.
En effet, la plupart d'entre-elles réalisent qu'elles ne prononcent pas ces termes dans leur pratique courante.
Les citations suivantes l'attestent :
« je n'emploie pas forcément le terme bébé secoué […] je ne nomme pas forcément » (O)
« c'est vrai qu'il m'est arrivé exceptionnellement d'employer ce terme, c'est de l'asepsie verbale, hein mais bon » (C)

Cette non-verbalisation des termes « syndrome du bébé secoué » témoigne de la complexité qu'il subsiste encore aujourd'hui, pour aborder ce problème.

Au-delà de leur pratique, il a été aussi flagrant qu'au cours des entretiens les termes SBS étaient peu prononcés, et remplacés par « *elle fait le reflexe* » *(A)*, « *le bébé arrive avec ça* » (sous-entendu victime du SBS) ou encore « *la conséquence du stress, c'est ça, tu fais le truc avec ton bébé* » *(B)*
En revanche, plus de la moitié des sages-femmes réalisaient la gestuelle de secouement pour imiter, devant moi, ce qu'était le SBS, tout en illustrant la situation : « *mais tu vas te taire* ; *pourquoi tu cries, arrête ton cri, ce n'est pas possible tu cries encore* » *(B) ; « tais-toi, tais-toi, tais-toi » (N)*

Le fait de réaliser cette gestuelle de secouement, accomplie au cours de plusieurs entretiens, est une autre preuve de la difficulté à verbaliser les termes « Syndrome du Bébé Secoué ».

Au terme des différents entretiens effectués, nous pouvons synthétiser que, pour les sages-femmes interrogées, le SBS correspond à un secouement violent d'enfant en bas âge par un adulte ayant autorité sur lui.
D'après elles, ce secouement entraine des conséquences variables sur l'enfant.

3.1.2 Conséquences connues par les sages-femmes

- Lésions neurologiques

Pour l'intégralité des sages-femmes interrogées, ce secouement entraine des lésions neurologiques :
« ce sont des lésions neurologiques liées à des secousses du bébé qui sont irréversibles et, et… désastreuses pour le futur petit bébé et toute la famille » (A)

- Continuum d'étendue des lésions

Elles ont conscience de la variabilité des conséquences que peut avoir ce secouement à minima et à maxima. Elles s'accordent à dire qu'il existe un continuum dans l'étendue des lésions :
« cela crée une hémorragie interne et des troubles neurologiques, psychiques, physiques plus ou moins grave en fonction de la lésion » (H)
« ça peut être des troubles mineurs comme des troubles majeurs avec des vrais déficits, ça peut aller jusqu'à la mort » (O)

Les sages-femmes interrogées ont conscience des principales conséquences de ce geste et soulignent le caractère irréversible qu'il peut avoir : *« ce cerveau secoué dans la boite crânienne peut subir des lésions irréversibles » (C)* ; *« des conséquences à vie, ça peut être vraiment définitif avec un gros handicap à vie pour cet enfant » (M)*

Il n'y a aucun doute pour les sages-femmes concernant de la gravité extrême du SBS. Cette notion est soulignée par différentes sages-femmes : *« si je dois dire deux mots : graves, séquelles » (L),* « *une horreur, pour moi c'est vraiment terrifiant… syndrome du bébé secoué… c'est tellement un geste d'énervement qu'on peut ne pas maitriser et qui a des conséquences dramatiques qu'il faut vraiment faire de la prévention par rapport à ça » (E)*

3.1.3 Circonstances

Diverses circonstances ont été mises en exergue par les sages-femmes interrogées. Trois déterminants retiennent toute notre attention car ils sont évoqués à de nombreuses reprises lors des entretiens. Ils sont présentés par les sages-femmes comme les déterminants qui, lorsqu'ils sont réunis, semblent concourir à la survenue du SBS.

3.1.3.1 Contexte de pleurs du nourrisson

Les pleurs répétés ou prolongés et notamment l'incompréhension vis à vis de ces pleurs est un des déterminants clefs proposés par les sages-femmes pouvant mener à un cas de SBS.

« c'est ne plus savoir se contrôler face à des pleurs inexpliqués » (Q)

« les parents ne comprennent pas le bébé et ne comprennent pas pourquoi il pleure, ils n'ont pas le reflexe pour lire leur bébé » (B)

3.1.3.2 Fatigue et épuisement de l'adulte

Les sages-femmes s'accordent à dire que le SBS survient dans un contexte de fatigue extrême de la mère, des parents ou de la personne en charge de l'enfant.

« le premier danger, la première chose à mon sens qui peut amener à secouer son bébé c'est l'épuisement […] dans le cadre d'un épuisement profond » (C)

« un contexte de grande fatigue et d'énervement qui entrainent des gestes brutaux » (H)

Les pleurs d'un nourrisson associés à un épuisement parental ou de fatigue extrême de la personne ayant la charge de l'enfant conduit rapidement à un état de stress et de tension. Cet état d'énervement est donc la résultante des deux premiers facteurs initiaux (fatigue et pleurs) mis en évidence par les sages-femmes. Deux sages-femmes confirment ces propos : *« C'est vraiment la colère : « mais tu vas te taire » (gestuelle de secouement) (G)* ; *« dans le contexte de l'énervement quoi, du parent à bout qui a son enfant qui pleure, qui pleure, qui pleure » (J)*

Le secouement est une pathologie de l'exaspération et de l'immaturité affective (12).

3.1.3.3 Contexte d'isolement

Enfin, un troisième facteur pouvant mener à une situation de syndrome de bébé secoué semble être l'absence de relai pour l'adulte en difficulté.

En effet, plusieurs sages-femmes interrogées évoquent le risque de survenue du SBS dans un contexte d'isolement ; Entre autres, ci-après, deux témoignages significatifs de ce facteur complémentaire :

« pas de famille autour, une femme seule, sans conjoint, effectivement à un moment donné un enfant ça fatigue, ça use, ça peut mener à bout de nerf » (D)

«la maman qui est vraiment isolée […] parce que tous les amis travaillent, sa maman travaille aussi ou peut-être elle n'est pas près d'elle, elle est toute seule… ce n'est pas normal pour une maman avec un nouveau bébé d'être toute seule ; elle arrive dans une situation vraiment stressée […] et il n'y a personne pour aider ; le plus à risque pour moi c'est les mamans d'Algérie, Tunisie, Maroc parce que les parents, les grands-parents n'ont pas le droit de rentrer en France ; les mamans sont vraiment toutes seules, j'ai peur pour celles-là » (B)

3.1.3.4 Synthèse des facteurs de risque initiaux du SBS

Ainsi, les sages-femmes rencontrées perçoivent différents éléments qui, lorsqu'ils sont réunis, concourent à une situation à risque de SBS.

<u>3 facteurs initiaux</u> : fatigue extrême de l'adulte, pleurs répétés du nourrisson, et isolement de l'adulte (avec l'énervement de l'adulte en tant que <u>facteur induit</u> par la fatigue et les pleurs répétés).

En guise de synthèse, nous proposerons cette modélisation à travers l'équation suivante :

[<u>pleurs</u> + <u>fatigue</u> → état d'énervement] + <u>isolement</u> = risque de SBS

3.1.4 Accident ou maltraitance

Le SBS constitue un secouement extrêmement violent du nourrisson par l'adulte qui en a la garde. Il ne peut, en aucun cas, être confondu avec un acte accidentel. Même si la volonté de l'acte n'est pas corrélée à la volonté des conséquences de celui-ci, le SBS est, de façon indéniable un acte de maltraitance volontaire.

Mais au cours des entretiens, la distinction du SBS entre accident et cas de maltraitance ne parait pas faire l'unanimité. Cela révèle la complexité à laquelle doivent faire face les sages-femmes lorsqu'elles abordent un tel sujet.

Certaines soulignent le caractère « réflexe » de ce geste lorsque les circonstances étudiées précédemment sont réunies. C'est le cas de la sage-femme A par exemple : *« ça peut arriver à n'importe qui, dans n'importe quelle famille, n'importe quel père, mère, parce que dans un contexte de fatigue ou de j'en peux plus, c'est un réflexe qui peut arriver » (A)*

Or, un réflexe correspond à « une réponse motrice inconsciente ou involontaire provoquée par une stimulation sensitive ou sensorielle », ou encore « une réaction très rapide, anticipant toute réflexion, en présence d'un événement » (23).

Le caractère involontaire du geste est d'ailleurs souligné par de nombreuses sages-femmes : *« c'est de dire chut chut, je n'en peux plus, et du coup secouer son bébé sans vouloir forcément lui faire du mal » (A) ; « la maman n'a pas fait exprès » (B) ; « sans savoir les conséquences au moment où on le fait » (F)*

En qualifiant le SBS de reflexe ou d'acte involontaire, le caractère accidentel de l'action semble se dégager pour certaines sages-femmes, comme notamment la sage-femme M : *« certains parents vont peut-être un petit peu trop loin dans leur gestuelle alors qu'ils ne voulaient absolument pas le faire et surtout pas faire de mal à leur enfant mais euh en fait il ne faut pas grand-chose pour euh… créer un accident » (M).*

En effet, un accident est un « fait involontaire ou événement fortuit qui cause un dommage aux personnes ou aux choses » (24). Ce terme d'accident est donc couramment utilisé par certaines sages-femmes pour désigner un cas de SBS : *« un accident de bébé secoué » (F) ; « c'est souvent accidentel, quand les parents euh voilà, un trop plein, un moment où ils n'arrivent plus à se contrôler et ça va partir tout seul » (Q)*

Cependant, d'autres sages-femmes émettent l'idée d'une possible maltraitance envers l'enfant.
« *ça évoque, à la fois la maltraitance mais aussi un très grand mal-être de la part de la maman… elles, elles ne le font pas consciemment, ou méchamment même si pour moi je classe ça dans la maltraitance si on se met côté bébé, mais je n'imagine pas que ça soit de la maltraitance délibérée, pour moi c'est un grand désarroi et ne pas savoir s'en occuper »* (D)

Il subsiste donc une véritable difficulté pour les sages-femmes à classer le SBS dans les actes de maltraitance ou dans le contexte des accidents.

Examinons un instant ce que dit la justice à ce sujet. Les termes « syndrome du bébé secoué » ne sont pas inscrits dans le code pénal. Le SBS correspond à « un acte de violence sur mineur de moins de 15 ans », par « un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur » (17). Il s'agit donc de violences aggravées, volontaires. La peine encourue par l'adulte responsable des faits dépend de la présence éventuelle de séquelles, du décès du nourrisson et des aveux du suspect.
Ainsi :

- le SBS sans séquelle est un délit passible d'une peine correctionnelle assortie de sept ans de sursis (25).
- pour le SBS avec handicap, la nature de la peine prononcée par le Tribunal Correctionnel tient compte du degré d'invalidité de l'enfant. Elle peut aller jusqu'à sept ans de prison ferme (26).

- pour le SBS à l'origine du décès, la Cour d'Assises peut décider d'une peine de vingt ans de réclusion criminelle (27). Il s'agit alors de « violences volontaires ayant entrainer la mort sans intention de la donner ».

La sage-femme B souligne, à ce propos, le caractère criminel de cet acte et donc de la difficulté extrême à prononcer l'aveu d'un tel acte : « *ce n'est pas possible qu'elle le dise, si elle le dit c'est une criminelle* »

La loi dissocie donc la volonté de l'acte de secouement de celle des conséquences que peut avoir cet acte. Un adulte qui secoue un bébé pour le faire taire, commet donc un acte volontaire, reconnu comme un acte de maltraitance (28).

Même si la définition de la justice semble claire sur la notion de maltraitance, nous avons constaté au cours des entretiens que certaines ambiguïtés persistent tout de même autour du caractère volontaire ou accidentel du SBS.

3.1.5 Existence d'une population cible concernant le SBS ?

3.1.5.1 Adulte ayant la charge de l'enfant

Les sages-femmes semblent s'accorder sur le fait que tous les adultes peuvent potentiellement ressentir l'envie de secouer un nourrisson qui pleure.

« je pense que ça peut traverser l'esprit oui, d'où l'importance de sensibiliser » (R)
« alors l'envie j'ai beaucoup de mes patientes qui m'en parle (c'est vrai ?) oui, j'ai eu envie de… huuuum j'ai eu envie deee …. Et ça les a tellement traumatisées que du coup elles ont passé la main, elles ont trouvé la solution, mais quand je leur en parle… ah oui non mais là j'en pouvais plus » (E)

En revanche, les avis sont discordants quant au passage à l'acte.
Pour la plupart des sages-femmes nous serions tous capable de passer à l'acte : *« je pense qu'on ne peut pas dire à non moi ça ne m'arrivera jamais » (I)*

De ce fait, la majorité des sages-femmes interrogées avance l'hypothèse que le SBS est susceptible d'arriver à tout le monde.

« ça peut arriver à n'importe qui, moi j'en parle à mes patientes mais souvent elles sont surprises qu'on puisse parler de ce sujet, elle pense que jamais ça ne leur arrivera, mais un bébé qui hurle pendant des nuits et des nuits, je pense que ça peut arriver à qui que ce soit » (M)

« bien sûr, on est vulnérable, tous, à un moment donné de notre vie, on va prendre un exemple, hein mais vous quand vous faites vos gardes c'est la troisième nuit, il est 4h du matin, il y en a un qui n'arrête pas de pleurer […] ça peut arriver à tout le monde » (P)

Certaines sages-femmes, elles, considèrent que nous ne sommes pas tous capable de passer à l'acte (c'est le cas des sages-femmes D, F, O, N et P) : *« on est tous capable d'avoir envie, mais est-ce que tous on passe à l'acte, heureusement non » (D) ; « je pense que tout parent épuisé peut avoir envie, après quand on a la connaissance… je ne pense pas que tout le monde puisse le faire » (O) ; « avoir envie oui mais on a tous un surmoi qui nous empêche de le faire » (N)*

Il en découle pour les sages-femmes partageant cet avis, qu'il existerait donc une population cible, plus à risque de SBS.

« je suis dans une population très favorisée, très cultivée donc qui connaît les risques et qui a déjà entendu parlé de ce syndrome mais c'est vrai que j'ai fait mes études dans le Nord Pas-de-Calais, et c'est vrai qu'on nous en parlait beaucoup plus, parce qu'il me semble c'était, alors je ne veux pas dire des bêtises, mais il me semble que c'était la région la plus atteinte, parce que justement, manque de connaissance des parents, un peu plus « brut de décoffrage » ; mais je pense que, peut-être à tort, je suis dans une population un peu privilégiée qui risque de pas trop être dans le problème » (N)

Ce témoignage illustre le stéréotype de l'association entre maltraitance et milieu défavorisé, ce qui contribue en partie au manque de prévention des professionnels vis-à-vis des milieux favorisés.

« où des gens qui vont avoir un niveau socio-culturel un peu plus élevé […] ils vont avoir réfléchi sur l'éducation, ça va aussi être des grossesses qui vont être programmées donc réfléchies donc ils vont être plus dans une certaine maitrise, je pense qu'il peut vraiment y avoir un lien sur un épuisement parental » (O)

Ainsi, les avis divergent quant à une éventuelle population cible dans le cadre du SBS. Il semblerait tout de même que certaines sages-femmes évoquent l'idée que les parents ou adultes n'ayant jamais entendu parlé de ce syndrome soient plus à risque.
Cette idée justifierait, à elle seule, une prévention du SBS par les sages-femmes.

3.1.5.2 Nourrisson

Après nous être intéressés à une éventuelle population cible d'adultes ayant en charge un nourrisson, il semble également nécessaire de nous pencher sur le versant « nourrisson » afin d'étudier ce que pensent les sages-femmes d'une possible sous-catégorie de nourrisson plus à risque que d'autres.

Ainsi, les sages-femmes avancent les propos suivants :
« pour moi, le plus à risque c'est le bébé qui est malade, qui passe quelques semaines en soins intensifs, il faut l'énergie extraordinaire pour s'en occuper » (B) ;
« c'est souvent des bébés qui ont un problème des coliques, des reflux aussi, non diagnostiqués, non pris en charge » (E) ; « plus de risque avec la prématurité » (K)

On comprend que, plus qu'une population cible, il s'agit davantage de facteurs influençant indirectement les éléments clés déclencheurs du SBS évoqués précédemment.
Par exemple, les nourrissons qui présentent un reflux gastro-œsophagien vont être des enfants sujets à des pleurs plus fréquents, facteurs intervenant dans l'engrenage d'une situation à risque.

3.1.5.3 Qualité du lien qui relie l'adule au nourrisson

Mais au-delà des investigations des deux protagonistes principaux, la dimension primordiale à prendre en compte est, aux yeux des sages-femmes, la qualité du lien qui relie l'adulte à l'enfant.

3.1.6 Synthèse sur la connaissance du SBS par les sages-femmes

On peut affirmer que toutes les sages-femmes rencontrées connaissent le syndrome du bébé secoué.

A travers les différents entretiens, nous avons tout de même pu remarquer certaines inexactitudes de la part des sages-femmes au sujet du SBS. Nous pouvons le constater au travers de ces témoignages :
« je leur explique quand même du coup, qu'il y a beaucoup d'eau au niveau du cerveau et donc le risque c'est que ça balance » (F)
« alors moi je vois le contexte du jeu par exemple les enfants qu'on va jeter en l'air et qu'on va rattraper » (J)
Précisons qu'il n'a pas été retrouvé dans la littérature, ni dans l'expérience des experts, des cas de traumatisme crânien avec HSD ou d'hémorragies rétiniennes survenus à l'occasion d'un jeu.
Les études biomécaniques vont également dans ce sens, avec des forces engendrées dans le cadre d'un jeu bien moindres que celui du SBS (28).

L'extrait suivant illustre la difficulté éprouvée par la sage-femme L pour expliquer ce qu'est le SBS : *« d'accord, euhh, est-ce que je… bah je pense, enfin voilà, de ce que je sais, pour moi, c'est que voilà… on ne le fait pas volontairement, c'est parce qu'on est excédé par son enfant et de façon reflexe on veut qu'il arrête de pleurer donc on le secoue. Euhh que ça peut avoir de graves conséquences au niveau du cerveau, voilà de par le mouvement, si je ne dis pas de bêtise, enfin de par le mouvement du cerveau comme tout est pas encore bien… hésitation… comment dirai-je… ouai il y a… oh, c'est pas clair mon affaire (rire) » (L)*
Ce dernier point, non anecdotique, témoigne de la différence des connaissances qu'ont réellement les sages-femmes au niveau du SBS.

Cependant, malgré les variabilités de définitions proposées, révélant ainsi certaines lacunes quant aux connaissances exactes du SBS, il est important de souligner que toutes discernent la responsabilité qui leur incombe dans la prévention d'un tel risque.

Les sages-femmes ne tranchent pas sur d'éventuelles populations à risque, que ce soit d'adultes maltraitants ou de nourrissons présentant des risques plus élevés.
Si l'«envie» du geste leur semble envisageable sur une large population, il ne ressort aucun consensus concernant le phénomène de passage à l'acte.
Les résultats de notre étude semblent donc s'accorder à la littérature sur ce point. Dans le cadre du SBS, aucune population cible n'a pu être défini, seuls certains facteurs de risque ont pu être mis en exergue, comme nous avons pu le voir en préambule de ce mémoire.
La Haute Autorité de Santé (HAS) affirme ces derniers dans son rapport d'orientation de la commission d'audition de 2011 (29).

Les sages-femmes ont une conscience aigüe des différents facteurs pouvant converger vers une situation à risque. Devant les difficultés inhérentes au SBS, elles s'orientent donc naturellement vers une prévention large de ce risque en axant leurs actions sur le traitement des facteurs initiaux pouvant conduire à une situation à risque.

3.2 Prévention : une pratique systématique mais peu uniformisée

3.2.1 Prévention des facteurs de risque identifiés par les sages-femmes

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les sages-femmes avaient identifié plusieurs facteurs intervenant dans les circonstances de survenue du SBS.
Afin de prévenir ce risque, elles proposent donc spontanément de prévenir les trois éléments précurseurs identifiés que sont les pleurs et la fatigue (engendrant l'énervement) associés à l'absence de relai.

En deuxième analyse des entretiens individuels, on peut mettre en évidence un facteur supplémentaire pourtant non clairement identifié par les sages-femmes dans les circonstances du SBS. En effet, c'est seulement lorsqu'elles nous confient l'envers de leur pratique que se dévoile ce quatrième facteur : le sentiment de culpabilité de l'adulte en charge de l'enfant.
Nous aborderons ce facteur supplémentaire en 3ème position après les pleurs et la fatigue pour une cohérence chronologique. C'est en effet, lorsque l'adulte se trouve dans cet état d'énervement spécifique face à un enfant qu'il éprouve un sentiment de culpabilité extrême.

L'équation proposée précédemment se transforme donc, en y intégrant ce dernier facteur intervenant dans l'engrenage menant à une situation à risque de SBS :

[**pleurs** + **fatigue**→ **état d'énervement**] + **culpabilité** + **isolement** = **risque de SBS**

Dans leur pratique quotidienne, les sages-femmes agissent à différents niveaux sur ces quatre facteurs.

3.2.1.1 Prévention du facteur "pleurs"

- **Expliquer les pleurs**

La quasi-totalité des sages-femmes interrogées s'attache à expliquer aux parents les pleurs des nourrissons : leur origine et leur caractère « naturel » comme moyen d'expression du nouveau-né.
« on parle de l'expression de bébé […] on essaie d'expliquer pourquoi un bébé ça pleure, que ça ne pleure pas pour rien et que ce n'est pas une façon de réagir que d'être brutal dans ces gestes » (H)
« je parle des raisons des pleurs des nouveau-nés ; on fait un quizz - pourquoi un bébé pleure » (Q)
« qu'ils aient au moins déjà des notions que les caprices ne sont pas là, le bébé ne persécute pas, c'est pas après moi qu'il en veut donc il ne faut pas que je

m'énerve […] je me suis rendue compte, après qu'on se soit parlé, que je ne parle pas forcément, du fait qu'il ne faut pas secouer son bébé » (J)

Plusieurs sages-femmes soulignent le caractère « non persécutant » du nourrisson. Si le nourrisson pleure, il ne s'agit en aucun cas d'une stratégie pernicieuse vis-à-vis de l'adulte.

Ces explications informelles permettent aux proches d'intégrer la notion de pleurs du nourrisson, d'y être un peu plus préparé et de dédramatiser cette situation courante.
Ces explications vis-à-vis des pleurs semblent essentielles à l'ensemble des sages-femmes vis-à-vis de la prévention du SBS.

- **Conseils de puériculture**

Les soins de puériculture sont une autre mesure qui permet de réduire le facteur « pleurs ».

« les seules préventions c'est d'en parler, dire que ça existe […] dire que quand on a un bébé qui pleure tout le temps, on a des choses pour le calmer, leur apprendre déjà comment faire pour le calmer, ça va être essentiellement ça » (O)

Les sages-femmes préconisent donc aux femmes le portage, les massages et le peau à peau. Parler au bébé, de même que lui donner un bain sont des solutions pragmatiques conseillées par les sages-femmes pour apaiser les pleurs.

« je leur parle de ce que l'on peut faire pendant les crises de pleurs mais aussi en dehors, je parle de portage, qu'elles peuvent avoir beaucoup de proximité avec leur enfant, de massage pour apaiser […] je leur parle d'ostéopathie, d'homéopathie, il y a aussi plein d'autres thérapies, méconnues en France, mais qui peuvent aider à accompagner les parents, ça j'en parle beaucoup » (M)

« lui masser un petit peu le ventre, de le mettre contre vous dans cette position là (positionnant le poupon ventre à ventre) ou en écharpe […] quand elles essayent l'écharpe avec un bébé qui n'a pas très envie, qui pleure, je les envoie se promener dans le jardin, quand elles arrivent à la grille il dort, donc moins de 3 min » (E)

« je me rends comptes que je, sans y avoir vraiment réfléchi je pointe du doigt les moments qui sont plus difficiles dans l'apprentissage de la parentalité et qui pour moi peuvent être plus à risque de gestes pas bons envers l'enfant ou de dépression du couple […] je parle donc des coliques, des pleurs, j'aborde le portage ; c'est du pratico-pratique et du vécu quoi […] donc maternage, portage, massage » (J)

La sage-femme B nous confie qu'elle travaille avec une association intitulée « community mothers ». Cette dernière a pour but de recréer l'entourage traditionnel qui était l'occasion de transmission des soins de puéricultures *« de génération en génération* » nous explique-t-elle.
Les générations précédentes garantissaient la transmission des conseils de maternage, à travers le temps et les sociétés. Dorris Bonnet, à travers sa description de la toilette d'un nourrisson chez les Mossi, nous convainc de l'effet transgénérationnel (et donc très normé) des techniques de puériculture. Elle révèle aussi les enjeux sociaux de ces dernières (30).

Les sociétés étant en perpétuel changement, les techniques de soins et les rites associés à la petite enfance doivent donc suivre la trace des recompositions familiales et identitaires (31). Les mères isolées peuvent se trouver en difficulté pour recevoir et affirmer leur savoir-faire en terme de maternage. Des moyens originaux d'information et d'éducation semblent donc se mettre en place en France.
« c'est le système qui éduque les mamans, par exemple dans les bâtiments sociaux il y a une super maman qui sait très bien [qui à la connaissance], elle va donner des conseils aux nouvelles mamans, dire ce qu'il faut faire, montrer ce qu'il faut faire, comme « prend le bébé dans tes bras », « tu danses, tu chantes », parce que sa mère elle ne l'a jamais fait pour elle » (B)

Il semble aussi cohérent que les professionnels de santé, et notamment les sages-femmes, puissent assurer ces missions d'information et d'éducation autour des soins de puériculture auprès des femmes isolées. C'est dans ce contexte, que Bossuroy et Moro soulignent l'importance d'aider les mères migrantes (et donc généralement

d'avantage isolées) à construire leur propre métissage entre les pratiques de maternage d'ici et celles de leur pays d'origine (32).

3.2.1.2 Prévention du facteur "fatigue"

La période du post-partum est reconnue comme étant une période d'adaptation difficile et stressante ; s'y ajoute souvent une fatigue physiologique extrême qui peut concourir à la survenue du SBS.
Les sages-femmes sont toutes convaincues de l'importance du sommeil au cours de cette période et qu'il constitue un élément clé de la prévention du SBS.
Elles donnent généralement comme conseil de suivre le rythme de bébé et de se reposer en même temps que ce dernier.
Par ces conseils, elles préviennent au maximum le facteur « fatigue » de l'adulte.

- **Information sur les risques du manque de sommeil**

« c'est bien d'expliquer que l'on peut être tenté, par fatigue, par exténuation, par découragement, parce qu'on n'en peut plus… et reconnaître le seuil où on pourrait basculer […] je parle de la fatigue, que bah voilà, être 24/24 avec un bébé euh c'est fatiguant, parfois on est démuni, parfois on ne sait plus quoi faire, et que le secouer parce que « tu vas te calmer » (gestuelle de secouement) … bah non ! » (G)
« c'est une période très fatigante donc avec la fatigue le manque de sommeil, voilà, l'agacement peut vite monter et on peut se retrouver à faire des gestes, ou en tout cas, très mal le vivre donc voilà je mets beaucoup l'accent dessus » (J)

- **Prôner l'importance du sommeil**

« on insiste sur le fait que bah voilà, c'est beaucoup d'adaptation, qu'il faut vraiment se laisser porter par son bébé et pas chercher à établir des horaires, des choses comme ça » (A)

« il faut garder du repos, autant pour l'enfant parce que les enfants qui ne dorment pas ils sont chiants hein, donc garder un rythme tranquille de sieste, que, elles aussi, elles puissent se reposer » (G)

On constate que les informations sur la fatigue du parent et les pleurs du bébé sont souvent liées. Par ce biais, les sages-femmes assurent une prévention vis-à-vis du SBS, en prévenant ainsi le facteur « énervement ».
«ce qui est revenu souvent dans mon discours c'est encore une fois la fatigue de la maman, son mal-être et les pleurs du bébé parce que pour moi ça tourne de ça » (C)

L'incompréhension des pleurs du nourrisson associée à une fatigue extrême de celui qui en a la garde, aboutit très rapidement à un état d'énervement de l'adulte, d'ailleurs ressenti par le nourrisson.
C'est en jouant sur les deux facteurs initiaux dont résulte ce facteur « énervement » qu'il est possible de le prévenir efficacement.

3.2.1.3 Prévention du facteur "culpabilité"

C'est en abordant la prévention qu'elles exercent en pratique que l'on découvre qu'intervient un facteur supplémentaire : la culpabilité de l'adulte.
Les sages-femmes, au cours des entretiens, ont souvent évoqué l'état de désarroi et de fragilité dans lesquelles peuvent se retrouver leurs patientes : *« pour moi c'est un grand désarroi de ne pas savoir s'en occuper » (D)* ; *« c'est plutôt un état de fragilité de la personne qui s'occupe de l'enfant » (P)*

Mais aucune n'avait clairement formulé que le sentiment de culpabilité dans lequel s'enferme l'adulte était un facteur déclencheur dans le SBS. C'est en effet seulement après plusieurs entretiens que nous le percevons.
Ce sentiment de culpabilité va empêcher la verbalisation de cet état de détresse et priver l'adulte du recours à une éventuelle aide. En effet, ce dernier est dans un tel état de culpabilité qu'il n'ose pas en parler et s'interdit ainsi de demander de l'aide, pourtant indispensable pour annihiler ce risque.

Cet autre facteur précurseur du SBS tient au fait qu'il est extrêmement culpabilisant pour un parent de penser ne pas savoir répondre aux besoins de son propre enfant. C'est classiquement ce qui pousse les femmes à taire leur détresse en cas de difficulté.

Un moyen de prévenir ce phénomène passe donc par la déculpabilisation des patientes afin qu'elles réussissent à en parler, si jamais elles se retrouvent dans une telle situation. Ainsi les sages-femmes insistent sur le fait qu'il est normal et classique de « ne plus en pouvoir » lorsqu'on est seul(e) à s'occuper d'un nourrisson.
« ce n'est pas grave, ça arrive, c'est complètement humain, parfois on ne comprend pas pourquoi les bébés pleurent » (A)
« si l'envie traverse l'esprit, ce n'est pas grave, je leur dis de sortir et de ne pas se culpabiliser, mais il y a une différence, entre avoir à l'esprit et passer à l'acte » (F)

Cette culpabilité constitue une phase supplémentaire préalable au process de déclenchement du SBS.
Les sages-femmes proposent plusieurs alternatives pour prévenir ce facteur.

- **Déculpabiliser les patientes**

« déjà rien que de leur dire que ça peut arriver, rien que d'avoir l'envie de de… les déculpabiliser, je pense que c'est des patientes qui culpabilisent beaucoup quand au final elles nous avouent « ah mais cette nuit j'en pouvais plus », ah bah la patiente juste avant vous par exemple… du coup, oui les déculpabiliser et les informer » (F)
« j'essaie de les déculpabiliser sur ce qui peut leur arriver, j'essaie de leur montrer qu'on n'est pas la toute seule à la maison en train de se culpabiliser d'avoir eu un jour une pensée difficile envers son enfant, je pense que ça peut arriver à tout le monde de dire j'en peux plus » (M)

La sage-femme G insiste notamment sur l'importance de dédramatiser la situation : *« nan mais j'aime bien être caricatural pour dédramatiser et puis à partir du moment*

où on arrive à faire rire les gens sur une situation qui n'est absolument pas drôle au départ je pense qu'on a dédramatisé et puis, autre chose, on a mis en attention » (G)

Il semble donc important de dire aux femmes qu'elles ne sont pas seules à éprouver ces difficultés face à un bébé qui ne cesse de pleurer, en particulier sans avoir le repos nécessaire pour y mettre un peu de distance.
« je l'aborde dans le sens où bah voilà on est humain et c'est des choses qui arrivent et que voilà faut pas, faut pas s'en vouloir de se dire oh là là il m'insupporte… on est tous passé par là, même moi je suis passée par là avec ma fille, à dire je n'en peux plus d'elle » (S)
« *Je n'hésite pas à leur dire que même les professionnels de santé, ça nous est tous arrivé, quand on travaille de nuit […] ça arrive de plus en pouvoir* » (F)

- **Importance de verbaliser cette détresse**

Il semble nécessaire, pour les sages-femmes interviewées, d'abolir ce sentiment de honte et de culpabilité pour pouvoir verbaliser les difficultés éprouvées et demander de l'aide.
« *c'est important de le savoir, on peut tous avoir à un moment donné à l'esprit qu'effectivement on n'en peut plus et on veut juste dire « stop » (gestuelle de secouement) ; on peut avoir besoin de souffler, de s'exprimer et d'appeler un petit peu au secours quand ça ne va pas » (M)*
« souvent je dis, vous allez peut-être me trouver complètement délirante ou quoique ce soit mais, c'est important aussi que vous sachiez que ça existe parce que sinon on se retrouve avec un bébé qui pleure beaucoup, épuisé, l'impression de ne pas y arriver, de pas savoir quoi faire, d'être au bord du gouffre, sauf que tout le monde nous explique que ce n'est que du bonheur et tout, du coup vous vous enfermez la dedans et c'est là où c'est pire, où vous ne pouvez pas vous autorisez à en parler, donc le fait de la savoir avant… voilà » (I)

- **Moyens originaux proposés pour dénouer la parole des femmes**

Certaines sages-femmes proposent des moyens originaux afin d'offrir un temps de parole aux femmes.
« ce qu'on essaie de faire c'est des réunions jeunes mamans, jeudi de 12h à 14h, deux heures, on essaie d'envoyer des messages, des petits rappels aux patientes ou quand on les voit à domicile on les prévient qu'elles peuvent venir au cabinet. Ce n'est pas un rendez-vous ; chacun apporte un petit truc à manger et ça permet de discuter entres mamans et avec nous de tous leurs petits soucis pour essayer de vider un peu tout ça et qu'elles voient qu'elles ne sont pas toutes seules à vivre des choses difficiles et chacune a des choses à apporter à l'une et à l'autre (et vous en avez régulièrement des femmes qui viennent ?) ah oui, oui elles sont très demandeuses » (A)

Pour les sages-femmes de cette étude, il semble évident que la diminution de ce facteur « culpabilité » participe à la prévention du SBS ; même si ce facteur de risque n'est pas formulé explicitement dans la plupart des interviews.

3.2.1.4 Prévention du facteur "isolement"

Enfin, le dernier facteur indiqué par les sages-femmes est l'isolement des femmes en situation de détresse. Un parent seul, en difficulté devant son nourrisson et en situation d'isolement peut devenir un adulte potentiellement dangereux.

Pour plusieurs sages-femmes, cette absence de relai pour un parent isolé est un facteur clé intervenant dans le SBS. Aussi, les sages-femmes insistent sur le fait de rompre l'isolement et proposent la mise en place de moyens de relai.
« les mamans que je trouve isolées quand je fais le prado ; je parle pour trouver les autres mamans qui ne travaillent pas, je cherche la PMI […] parce que quand la maman n'est pas isolée elle a moins de risque pour faire la mauvaise chose avec son bébé » (B)

Dans cet extrait, la sage-femme B, souligne la notion de prévention détournée du SBS en diminuant l'isolement des patientes

- **Prôner l'importance du retour à la maison accompagné**

« j'insiste beaucoup sur l'entourage à la maison, Dieu sait qu'en Ile-de-France c'est pas évident parce qu'on a beaucoup de personnes déplacées ou isolées, voire des mères seules, c'est très très dur euh donc j'insiste beaucoup sur l'entourage qui sera là au moment de la naissance et dans le post partum, que ce soit le compagnon, que ce soit la famille, les amis… le retour à la maison accompagné, ça j'en parle beaucoup beaucoup beaucoup, pour moi ça fait partie de la prévention » (J)

- **Conseiller de passer le relai ou mettre l'enfant en sécurité** en cas d'absence de relai

« je leur dis si vous êtes toute seule, laisser le dans sa chambre et vous allez dans une autre pièce le temps de vous apaiser, même si il pleure ce n'est pas grave mais au moins il n'est pas en danger ou allez frapper à la porte de la voisine en leur disant là ça ne va pas enfin voilà, osez faire ça, ou appelez » (G)
« si elles sont énervées surtout, je vais dire, on met le bébé en sécurité dans son berceau, ou si il y a quelqu'un on passe le relai mais surtout ne jamais secouer le bébé quoi » (R)

Ainsi les sages-femmes insistent sur l'importance de demander de l'aide à un proche.
En cas d'impossibilité de passer le relai, leur consigne est claire : mettre l'enfant en sécurité ; en l'occurrence ici, à distance de l'adulte énervé.
C'est à dire le poser en sûreté et s'en éloigner le temps de se calmer.

- **Mettre à disposition des structures de relai**

« il faut la soutenir ; c'est le système qui la laisse tomber, c'est à nous de trouver quelqu'un pour la soutenir, ça marche comme ça […] je vais appeler les grands parents dans une situation comme ça et les grands-parents ils passent » (B)
« plutôt que de le secouer […] je leur dis que voilà, si jamais elles en peuvent plus qu'elles se dirigent à l'hôpital » (P)
« il y a une grande association en Ile-de-France pour soutenir les parents « Message Paris » ; c'est génial parce que les autres mamans passent prendre le repas, ou prendre le café avec les nouvelles mamans… » (B)

Un autre recours non négligeable est évoqué par la sage-femme I, celui de la PMI.
« si il n'y a vraiment personne je dis et bien il y a la PMI, j'en parle de façon quasi systématiquement de toute façon de la PMI » (J)

- **La sage-femme « grand-mère des temps modernes » ?**

Les sages-femmes rencontrées s'attachent à mettre en place un soutien pour leurs patientes et à diminuer leur isolement. Mais elles sont surtout elles-mêmes un soutien en tant que tel. Certaines d'entre-elles se voient enrôlées dans le statut de « grand-mère » par procuration. En effet, il semblerai qu'elles aient pris le rôle qu'avaient anciennement en France (mais encore présents dans d'autres sociétés) les « grands-mères ». Ainsi certaines mettent en avant cette comparaison :
« je suis la grande sœur, je suis la grand-mère, je suis la mère, n'importe » (B)
« *nous on a un peu un rôle de maman auprès de ces jeunes femmes » (C)*
« avant la grand-mère elle était là, la mère, les tantes, les villages ; maintenant la sage-femme elle est là dans le village, tu passes chez elle, tu prends un café, elle est là et tu parles, ça c'est la sage-femme » (B)
« je dis aux patientes si un jour vous en pouvez plus de votre bébé, au pire vous venez me le déposer, ça m'arrive de leur dire régulièrement. Bon voilà c'est basé sur l'humour mais à la fois c'est sincère alors évidemment je ne suis pas tout le temps à mon cabinet mais ça ne me choquerai pas que les patientes excédées viennent,

débarquent avec leur bébé et disent j'en peux plus, je vous le donne, enfin je vous le prête » (L)

Ces témoignages laissent à penser que la sage-femme serait devenue la « grand-mère des temps modernes » en jouant un rôle de relai (diminuant ainsi l'isolement) mais aussi en transmettant divers conseils de puériculture (qui, nous l'avons vu précédemment, intervient dans la diminution des pleurs).
« *Il n'y a pas plus tard que 3 semaines, il y a une maman qui s'est énervée contre son bébé parce qu'il pleurait et effectivement je lui ai dit c'est normal, et puis moi j'ai essayé de consoler le bébé en lui parlant, et c'était très rigolo parce que la semaine d'après le bébé s'est énervé et elle lui a parlé calmement et elle m'a dit vous savez je me suis rendue compte qu'on pouvait aussi lui parler comme ça et que ça marchait […] effectivement d'avoir un modèle, ouais de savoir comment on peut s'adresser à un bébé ça peut être quelque chose d'important » (D)*

Les sages-femmes gardent toujours à l'esprit l'importance d'accompagner les patientes dans cette période difficile qu'est le post-partum.
Elles mettent d'ailleurs à disposition un certain nombre de moyens originaux afin d'assurer cet accompagnement.
Certaines n'hésitent pas à redonner des rendez-vous ou à passer une nouvelle fois à domicile.
« je dis bien aux dames, que ce soit moi ou quelqu'un d'autre, débrouillez-vous pour que quelqu'un passe à la maison dans les jours qui suivent et je propose systématiquement une consultation une semaine après […] *parce que je sais que en une semaine ça aura beaucoup changé, et bien souvent il y a les coliques qui pointent le bout de leur nez à ce moment-là, donc là je suis plus dans la prévention, c'est volontaire de ma part ; je reviens le nombre de fois qu'il faut hein donc je me débrouille ou sinon j'ai des collègues donc on essaie de travailler ensemble » (J)*

« elle m'appelle le matin tout de suite après une nuit blanche, elle est vraiment stressée avec son bébé : « qu'est-ce que je fais ? c'est terrible ! », et je visite » (B)

« j'essaie de voir toutes mes patientes en post-natal, dans les, je leur donne 15 jours, trois semaines maximum ; je fais de l'haptonomie, donc ça me fait aussi le prétexte ; il y a une séance post natale et cette séance c'est voir comment, comment ça va, comment ils supportent, euh est-ce que c'est difficile, est-ce que c'est gérable, et si ce n'est pas le cas de trouver les ressources autour pour les aider, il y en a que j'envoie chez leur mère » (E)

Certaines sages-femmes offrent la possibilité d'être appelé à tout moment : *« quand elles sont enceinte, je leur dis si vous êtes épuisées : appeler ! » (C)*

Parfois même, certaines créent un site internet dans cette volonté de soutien des patientes. C'est le cas de la sage-femme B : *« je dis à toutes les mamans, je suis là et tu m'appelles, nous discutons de tout ça, et c'est pour ça que je commence un facebook pour les mamans » (B)*

Les sages-femmes ont donc un rôle de soutien « clé » pour les mères.
Même si parfois ce rôle s'instaure un peu malgré elles :
« L'autre fois la maman elle m'a envoyé un texto en me disant, je ne supporte plus mon bébé […] je lui ai dit d'aller consulter aux urgences ; elle n'y a jamais été, hier elle a eu son rendez-vous chez le médecin, elle n'y a pas été, ce matin elle m'envoie un texto, j'ai loupé mon rendez-vous, c'est un acte manqué ça (ah oui… mais vous êtes là) oui mais elle me gonfle aussi, enfin, je ne devrai pas le dire mais euh c'est toujours moi qu'elle appelle, depuis le début… » (P)

3.2.2 Une prévention primaire détournée

A l'analyse des différentes interviews réalisées, on comprend que la prévention réalisée vis à vis du SBS n'est pas directe.
En effet, les sages-femmes agissent sur chacun des facteurs déclencheurs et elles préviennent ainsi de façon indirecte la mise en place d'une situation de risque pour le nourrisson.

« non, je n'en parle pas du syndrome du bébé secoué […] ma prévention c'est ça : la fatigue de la maman, les pleurs du bébé, de toute façon ça va ensemble » (C)

D'après leur propos, cette prévention est effectuée de façon générale sur l'ensemble de la population rencontrée par les sages-femmes. Cette prévention primaire a pour objectif de diminuer et de raréfier au maximum les situations à risque et la survenue du passage à l'acte.

En complément de ces aspects concernant la prévention primaire, étudions maintenant la prévention qu'effectuent les sages-femmes lorsqu'elles se retrouvent face à une situation à risque de SBS.

3.2.3 Prévention en cas de situation à risque de SBS

Au cours de leur exercice professionnel, les sages-femmes sont amenées à rencontrer des situations où le risque de SBS est manifestement présent.

«j'ai une patiente l'autre jour, elle m'a envoyé un sms en me disant « j'en peux plus faut que tu passes » ; j'y suis allée, elle m'a dit « là, faut, faut qu'on trouve un truc, je sens que je craque » elle l'avait posé, elle était au bout du lit, elle la regardait en chien de faïence » (K)

« c'est une femme qui avait des difficultés, une fragilité, avec un conjoint qui n'était jamais là […] et elle typiquement, ça a été un bébé qui pleurait, qui pleurait, qui pleurait alors que l'ainé ne pleurait pas et, elle, je l'ai vu dégringolé ; elle est venue en larme, elle m'a dit, elle m'a dit, elle m'a dit « quand j'ai mon bébé comme ça qu'il pleure, ça m'a traversé l'esprit de… d'ouvrir les mains, et ça m'a traumatisé, d'avoir eu cette pensée-là », et c'est des femmes intelligentes, c'est une femme douce, elle est vraiment adorable, je la connais de ces deux grossesses mais là c'est trop : « là je ne peux plus, je ne dors pas, je suis toute seule avec mes deux enfants » ; elle avait dépassé le stade ; elle ne pouvait plus supporter » (E)

« l'autre jour, une patiente que j'ai en rééducation, son petit a 3 mois et demi ; oui, elle me dit ah je ne peux pas venir, mon mari s'est cassé le pied, alors je demande qu'est-ce qu'il a fait, et elle me dit « ah mais ne vous inquiétez pas, ça l'énervait tellement d'entendre la petite pleurer, il a shooter dans le mur » ; voilà j'ai fait de la prévention avec elle ; après c'est un homme, nous on n'a pas… c'est là aussi où on est limité hein on ne peut pas aller faire de la prévention » (E)

3.2.3.1 Caractère difficile du dépistage

Cependant, elles soulignent toutes le caractère difficile du dépistage et de l'identification formelle de la situation à risque pouvant amener au SBS. C'est ce que nous découvrons à travers ces témoignages :

« j'ai plus l'impression, ça peut arriver sur un cas où on ne s'y attendait pas en fait ; ça arrive dans certains cas mais c'est tellement pas prévu qu'au final euh je n'y verrai pas une situation à risque » (F)

« dans ce cas là tu peux dire, toutes les mamans que tu sens, quand tu fais le prado, euh ouais, un petit peu à fleur de peau… mais est-ce que pour autant elles vont secouer leur bébé, c'est difficile d'apprécier ; oui il y a des situations à risque mais c'est pas pour autant qu'il va y avoir maltraitance » (R)

« alors peut-être un examen nouveau-né si, si il y a des séquelles, un enfant qui serait hypotonique, qui serai geignard ou qui serai somnolent, on se poserait une question mais pas forcément de là toute suite à imaginer ça ; ça me paraît assez compliqué à repérer » (H)

La sage-femme B nous confie même que, dans sa carrière de 30 ans, deux SBS avaient été diagnostiqués au sein de sa patientèle mais qu'elle n'avait décelé aucun élément annonciateur pour ces familles-là.

Le dépistage d'une situation à risque de SBS semble donc être une mission extrêmement compliquée, aux dires des sages-femmes de cette étude. La littérature confirme le caractère alambiqué du repérage dans le cadre de la maltraitance (33).

3.2.3.2 Dépistage d'une situation à risque globale, non spécifique

Pour elles, il s'agit plutôt de dépister une situation à risque au niveau global et non pas exclusivement limitée SBS. Ces témoignages nous l'attestent :

« c'est une situation à risque pas que de bébé secoué, dans ce cas on voit tout le contexte de parents à bout de nerf, de contexte familial compliqué ou un contexte social compliqué ou tout ensemble, ou juste d'accouchement qui a été violent, ou une maman un petit peu border dépression ou des choses comme ça » (A)

« d'imaginer qu'elle puisse passer à un acte vis à vis de son bébé, je ne suis pas sûre d'en être à la hauteur, mais par contre je serai capable de cerner un désarroi de cette femme et donc de diriger à cause de ça, pas forcément pour penser à l'enfant secoué, mais par rapport au fait que la mère est tellement mal, au point d'avoir un relationnel avec son enfant difficile ; oui ça je pense en être capable » (D)

La sage-femme H nous confie : *« c'est vrai que ça se mêle beaucoup à dépister la dépression post natale, les violences au sein du foyer » (H)*

La littérature n'établit pourtant aucun lien entre secouement et violences conjugales (29). La dépression n'est pas non plus clairement définie comme un facteur de risque dans le SBS (11). Il semble tout de même qu'elle puisse fragiliser le lien mère-enfant et de ce fait, concourir (pour une faible part) à une situation à risque. En effet certains auteurs identifient divers traits psychopathologiques chez les adultes ayant à charge un nourrisson. L'hétérogénéité clinique de ces traits n'est pas incompatible avec une certaine articulation entre eux. Certains parents développent une mosaïque de signes tels que des signes d'anxiété voire de dépression, une pauvre estime de soin une difficulté à élaborer et à exprimer le niveau émotionnel, une rigidité ou encore une impulsivité (7).

Une preuve éloquente de la confusion des deux thèmes que sont le SBS et la dépression s'illustre par la réponse de la sage-femme (I) à la question suivante *« quelle est l'incidence du SBS en France par an ? ». Cette dernière me répond : « hum, j'aurai calé ça sur le nombre de dépression post-natale » (I)*

Nous pouvons conclure que le dépistage d'une situation à risque de SBS semble être très délicat pour l'ensemble des sages-femmes interrogées.

3.2.3.3 Des conduites à tenir variées lors du repérage d'une situation à risque

Lors d'une suspicion de situation à risque, les conduites à tenir proposées par les sages-femmes rencontrées sont diverses et variées.

Les sages-femmes, nous l'avons vu à travers différents témoignages, proposent tout d'abord d'offrir un temps de parole. C'est le cas de la sage-femme L : *« une maman que je sens vraiment à bout de nerf […] je discuterai avec elle, et puis de voir est-ce qu'on peut trouver des solutions, est-ce que, peut-être de rester avec elle en isolant le bébé et puis pour faire redescendre la pression, est-ce qu'elle a quelqu'un pour prendre le relais, j'envisagerai ce genre de piste » (L)*

Elles dirigent ensuite vers d'autres professionnels et structures spécialisées.
« je redirige quand ça me dépasse ; quand je vois que ça ne suffit pas de faire un espace de parole, moi ça m'arrive de les faire venir toutes les semaines, en consultation on ne fait que papoter sur alors comment ça va maintenant… » (E)
« quand je trouve une situation inquiétante je ne reste pas toute seule dans mon coin et là par exemple je suis en cabinet de pédiatrie, ça veut dire que si j'avais un doute, pour moi c'est facile d'aller taper à la porte de mon voisin pour lui demander ce qu'il en pense et du coup à deux je pense qu'on est mieux armé quoi » (G)

La PMI semble être un outil de premier recours lorsque les sages-femmes entreprennent la démarche de diriger dans le cadre d'une situation à risque.
« je me balade avec le numéro de toutes les PMI du département pour pouvoir appeler » (C) ; « en général mon premier lien c'est la PMI, on est là pour travailler ensemble, euh donc je parle de la PMI, j'explique le rôle parce que voilà, il y a des gens pour qui ça connote pas terrible la PMI, un peu flicage » (J)

A travers notre étude, on s'aperçoit que la PMI se voit attribuer deux rôles distincts. En effet, les professionnels y ont généralement recours dans le cadre d'un dépistage de situation vulnérables, mais elle se voit aussi intégrée à la mission de prévention primaire :

- en assurant un point d'information comme le souligne, à juste titre, la sage-femme O : *« il y a quand même pas mal de chose qui sont faites dans les PMI, il y a souvent des grands panneaux donc c'est plutôt parlant » (O)*
- et un point de relai et d'aide (diminuant ainsi le facteur isolement) comme nous l'avons vu précédemment

La PMI constitue donc un outil stratégique de prévention à disposition des sages-femmes libérales s'impliquant dans la prévention d'un tel sujet.

Certaines sages-femmes dirigent aussi vers les psychologues.
« alors moi j'ai tendance à beaucoup beaucoup conseiller une psychologue qui est assez spécialisée dans la parentalité » (A) ; *« il y a un CMP petite enfance où il y a psy, pédopsy, infirmière et tout, du coup je passe la main » (I)*

D'autres sages-femmes dirigent vers les unités mère-enfant
« je les oriente vers des collègues psychologues ou les unités mère enfant colibri ou puma dans le 92 » (H)

Certaines ont plutôt recours à la police/gendarmerie.
« il y a un site sur internet « enfance en danger », sur lequel il y a un, un truc à télécharger et à remplir, et on peut aussi aller à la police municipale de sa ville pour faire une déclaration normalement ; spontanément je ferai la démarche sur internet et aller voir la police » (K)

Les sages-femmes sont donc intégrées au sein d'un véritable réseau œuvrant pour la protection maternelle et infantile. Même si leurs interlocuteurs peuvent être différents, leur action s'inscrit dans un travail d'équipe avec divers professionnels. Ces témoignages l'attestent : ***« c'est vrai que pour les signalements j'appellerai au***

secours mes collègues pour savoir » (M) ; « maintenant que je suis dans cette maison médicale, j'en parlerai aux médecins » (C) ; « je commence à voir comment on peut s'articuler avec les autres voilà, je viens de voir l'ostéopathe, une conseillère en lactation, je pense que c'est nécessaire que ça s'articule ; qu'on ne soit pas tout seul dans notre coin » (K)

A l'analyse de ces témoignages, on peut affirmer que la sage-femme libérale semble être investie d'une véritable mission de prévention primaire vis-à-vis du SBS.
De plus, elle semble être toute désignée comme acteur principal dans cette prévention : *« je pense qu'on a un rôle primordial, on est un des acteurs principal ; on a entièrement notre rôle à jouer » (F) ; « on est au cœur » (G)*

Au niveau prévention secondaire, la sage-femme libérale intervient plutôt en préambule. Elle inscrit ensuite son action au sein d'un réseau de professionnels : *« je pense qu'on est au point de démarrage, après euh c'est intéressant de travailler en lien avec la PMI parce qu'ils sont plus rodé je pense euh sur ce genre de chose, ils ont plus l'habitude des cas un peu plus compliqués » (G)*

3.2.4 Trois temps forts pour réaliser cette prévention

3.2.4.1 Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La majorité des sages-femmes réalise principalement cette prévention via une information orale lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
« je pense qu'on est au premier rang de cette information dans la préparation à l'accouchement, parce que justement on agit en amont » (C)

Certaines d'entre elles ont recours à un poupon pour mettre en scène et imager leur propos.
« j'ai un poupon et je fais les gestes qui frappe plus l'imaginaire je pense » (G)
« je montre avec mon poupon mais c'est un peu violent aussi je leur dis je vais vous montrer, c'est un petit peu dur mais il faut savoir de quoi on parle » (E)

« jeux de mime entre autre sur mon bébé pleure qu'est-ce que je fais, pourquoi est-ce qu'il pleure ; tient Alicia (le poupon) est entrain de pleurer, pourquoi, va s'y montre-moi ce que tu fais, qu'est-ce que tu cherches et puis maintenant que tu n'as rien trouvé et que ça fait 4h et qu'elle pleure, tu essaies de la poser, ah bah c'est justement le moment où elle se remet à pleurer, met toi en situation, ça fait 12h que tu n'as pas dormi et que tu es un petit peu dépassé par les évènements… au début elles rigolent un peu et puis elles disent j'en ai trop marre, j'en peux plus mais qu'est-ce qu'elle a, où est le bouton off, on rigole un peu et puis et bah ouais des fois on cherche le bouton off » (K)

« je travaille avec les Playmobil et je fais un scénario, par exemple, bébé ne dort pas pendant 3 jours et tout le monde est énervé, qu'est-ce que tu fais ? » (B)

3.2.4.2 Visites à domicile

Un autre temps important évoqué par les sages-femmes est celui des visites à domicile qui sont l'occasion d'une délivrance d'information personnalisée ou de rappels. C'est aussi l'occasion d'un regard global sur la situation familiale permettant de dépister une éventuelle situation à risque.

« je passe à domicile ; je rajoute ce qu'elles n'ont pas bien compris ; on revoient ensemble puisque c'est plus facile à 2 qu'avec x personnes dans un service » (D)

« quand je vois des patientes en prado, surtout quand elles ont déjà passé 3 nuits absolument horribles ; j'en mets une bonne couche euh je leur dis toujours aussi qu'un bébé ça ne pleure pas parce que ça fait des caprices parce que c'est assez terrible à entendre mais il y en a beaucoup qui le pense et que donc, un caprice ça se punit » (K)

En plus d'être un temps supplémentaire pour délivrer des informations précieuses, les sages-femmes soulignent l'importance du regard qu'elles peuvent avoir lorsqu'elles passent à domicile (un regarde dénué de tout jugement) : *« à domicile on voit des choses qu'on n'a pas le temps de voir à l'hôpital»* (C)

Ainsi, les séances de PNP mais aussi les visites à domicile semblent être des occasions à saisir afin de délivrer un message de prévention à l'égard du SBS.

« pour moi c'est la préparation, et après on a un deuxième rôle, enfin, chronologiquement, j'entends, prépondérant, qui est le prado, on va les voir chez elles, alors qu'elles viennent à peine d'accoucher, on a une information importante et puis un regard extrêmement important » (C)

« alors déjà la prévention c'est en séance de préparation, et puis prévenir aussi quand tu vas à domicile après l'accouchement où tu vois effectivement des mamans qui sont isolées, ça permet d'apprécier ce genre de situation » (R)

3.2.4.3 Rééducation périnéale

Pour les sages-femmes rencontrées, la rééducation post-natale représente également un temps fort de prévention.

Beaucoup soulignent l'importance de ces séances de rééducation. Cette dernière est présentée comme un outil fondamental, car il se situe à la période correspondant au paroxysme des difficultés pouvant être rencontrées en post-partum. C'est à dire à l'accumulation de la fatigue et à la période la plus fréquente en pleurs (selon la courbe des pleurs du nourrisson de King, MacKay et Sirnick), et donc au moment du pic de situation de risque du SBS : avant les 6 mois de l'enfant (34)(10).

« je les vois en rééducation ; surtout que l'enfant est un peu plus grand, la fatigue est accumulée depuis un petit peu plus longtemps, il y a d'autres choses qui arrivent… » (J)

La phase de rééducation correspond à la période classique des difficultés liées à la fatigue accumulée, mais également à la période de reprise du travail, ou même aux premières poussées dentaires.

« 3 mois c'est la reprise du travail, c'est la fatigue, c'est tout ça, c'est vrai que la rééducation, on les voit entre 2 mois-3 mois » (M) ; « quand je débute la rééducation c'est là où commence les premières poussées dentaires, ça aussi, c'est difficile à vivre […] avec des pleurs, l'enfant qui est collant » (J)

Cela en fait donc un outil de choix afin de revoir les femmes à distance, d'évaluer et accompagner cette période à risque.
Les sages-femmes I et G insistent particulièrement sur l'importance de la rééducation périnéale, véritable outil permettant d'assurer un suivi à long terme des patientes.
« les recommandations sont sorties, comme quoi plus rien de systématique, donc c'est bien… on va avoir plein de bébés qui vont être jetés par la fenêtre… la rééducation post natale, ça leur permet juste d'avoir un papier, ça leur met un passeport avec une excuse bidon pour aller voir quelqu'un, là où elles ne vont pas aller voir un professionnel en disant, je viens vous voir parce que vraiment ça ne va pas ; elles ne peuvent pas, c'est trop compliqué à l'heure actuelle, c'est trop tabou, et d'avoir cette ordonnance là, ça leur permet de dire, ah bah faut que je fasse ma rééducation, oh punaise en fait ça ne va pas du tout » (I)
« avec la rééducation périnéale, elles reviennent beaucoup avec leur bébé, on fait le point de savoir comment ça va, c'est très facile d'observer les mamans, comment elles interagissent avec leur enfant, comment l'enfant interagît avec elle, et quand on trouve qu'il y a des choses bizarres, c'est facile de pouvoir en reparler à ce moment-là » (G)

3.2.4.4 Entretien post-natal

La sage-femme I nous rappelle également que l'entretien post-natal est un outil de choix à saisir afin de revoir les femmes après l'accouchement.
Il est à noter cependant, qu'elle seule, l'a évoqué au cours des entretiens.
Les sages-femmes y ont donc certainement faiblement recours mais cela n'enlève en rien cette possibilité qui s'offre à elles afin d'assurer un suivi des patientes.
« j'ai fait une formation sur l'entretien post-natal ; c'est difficile à mettre en place parce qu'il n'y a pas de cotation donc voilà, c'est toujours compliqué, moi avant 7 jours je trouve que ça n'a pas de sens ; je trouve ça un peu court mais 15 jours, 3 semaines, 1 mois, là oui c'est une solution de pouvoir en reparler quand je sens que c'est des femmes à risque, voilà je propose l'entretien post-natal » (I)

3.2.4.5 Synthèse

Tous les moments évoqués précédemment semblent être des opportunités à saisir pour la prévention du risque de SBS : *« information orale au cours des cours de préparation, visites à domicile et rééducation du périnée aussi, on discute de tout ça » (H)*

Cependant, dans le cadre de cette étude, aucun consensus n'a pu être établi quant au meilleur moment pour réaliser cette prévention.
« en séance de préparation c'est le plus opportun parce que c'est là où elles sont à l'écoute de tout ce qu'on leur dit , elles sont vraiment des élèves modèles » (E)

« alors euh, pourquoi pas dans les cours mais ce n'est pas évident quand elles ne sont pas encore mère, elles n'imaginent même pas qu'elles vont être confrontées à ça, ça serait peut-être plus facile d'en parler quand on les voit après » (D)

« en prado, c'est le seul moment où je vois que ça pourrait être le bon moment » (N)

D'autres sages-femmes proposent même de réaliser cette prévention de façon plus large : *« et bah le plus tôt possible, même sans avoir d'enfant c'est bien de le savoir » (H)*

La sage-femme dispose donc de divers outils et à différents moments dans le parcours de soin des femmes.
Tous ces moments semblent être des occasions de prévention dont les sages-femmes s'emparent tout en faisant face à différentes difficultés.
Et comme le souligne à juste titre la sage-femme S, il semble judicieux de répéter l'information : *« je pense que ça ne fait pas de mal de le rappeler plusieurs fois ; c'est bien de le rappeler régulièrement » (S)*

Lors de ces moments privilégiés, la sage-femme se voit ouvrir le champ des possibles pour intervenir dans la prévention primaire mais également dans la prévention secondaire, si un risque est pressenti.
En revanche, les sages-femmes n'interviennent manifestement pas dans la prévention tertiaire.

3.2.5 Prévention influencée par le vécu personnel et l'expérience

On peut constater que la pratique des sages-femmes dans la prévention du SBS est influencée par leur vécu de mère.
C'est le cas pour treize sages-femmes de notre étude qui ont des enfants.

« je me souviens à la naissance de mon ainé, j'étais jeune, j'avais 23 ans… un après-midi où il pleurait énormément et où j'étais épuisée et où j'ai eu cette, ce flash dans mon esprit : je comprends… pourquoi et comment des mamans peuvent en arriver là, je l'ai ressenti au fond de moi, je l'ai ressenti, et bien sûr ça me fait écho quand je vois des mamans qui sont fatiguées » (C)
« ah oui moi, un de mes enfants qui pleurait énormément et tout, je me suis vu le poser dans le lit et sortir de la maison, faire le tour du pâté de maison comme ça et revenir parce que uuuurrgggg ; donc, je ne jetterai pas la pierre » (I)
« quand on est parent soit même, on devient beaucoup plus indulgent pour les autres » (G)
« je mets beaucoup l'accent dessus alors bon c'est suite aussi à mon expérience personnelle, ou des fois j'en ai eu ras le bol et donc voilà ; le fait d'avoir eu des enfants ça influence forcément la pratique quoi » (J)

On s'aperçoit également que les pratiques évoluent avec l'expérience
« il y a beaucoup de chose qui évolue sur une carrière de sage-femme (rire), heureusement » (E)
« j'ai grandi, j'ai muri, je pense que le discours n'est pas le même ; il est certain que de toute façon je n'ai pas la même mentalité, attitude maintenant qu'il y a 29 ans quand je devenais sage-femme et que je n'étais pas maman » (C)

D'ailleurs, la doyenne des sages-femmes interrogées nous confie :

« moi, à mon âge je n'ai plus de frein ha ha ; je me sens légitime de faire de la prévention » (E)

Ces extraits témoignent donc bien de l'évolution des pratiques avec les années d'expérience.

La pratique des sages-femmes dans la prévention est logiquement influencée par leur vécu personnel de mère mais également par les années d'expérience.

3.3 Le SBS, un phénomène de société

De prime abord, plusieurs sages-femmes soulignent que le SBS semble être un sujet de prévention plutôt récent.

« *il y a 19 ans, je n'aurai absolument pas dit bébé secoué, je ne sais pas depuis quand on en parle mais ce n'est pas si vieux que ça* » (*C*)

D'autre part, il est revenu à travers de nombreux entretiens la notion de « phénomène de société ». Plusieurs explications sont alors avancées.

3.3.1 Carence actuelle dans l'accompagnement et le soutien aux femmes

Nos échanges avec les différentes sages-femmes au sujet du SBS permettent de soulever certains écueils à l'égard de la société française. Les sages-femmes mettent en lumière le manque d'accompagnement des femmes.

« c'est le système qui la laisse tomber […] si on recule quelques générations en arrière, il y avait le village qui protégeait la maman, qui s'occupait d'elle avec son bébé, mais maintenant non, il faut qu'elle travaille à 3 mois, il faut que la maison soit nickel, comme au travail » (B)

« les jeunes grands-mères elles travaillent, moi je suis grand-mère et je travaille, ma mère ne travaillait pas ; ça ne se faisait pas à l'époque, on ne travaillait pas donc on pouvait s'occuper de ses petits-enfants et là je ne peux pas » (E)

« j'ai vu plusieurs fois, avec des bébés qui pleuraient beaucoup, la non-prise en compte des professionnels de santé : « c'est une maman psy », « ouais non elle psychote un peu cette mère » ; en alsace, les mamans au bout du rouleau, ils les hospitalisent ! Ils appellent ça faire du cocooning maman ; c'est trop dur de laisser une maman ne pas dormir de la nuit avec un bébé […] le non-accompagnement, prise en compte de la difficulté qu'ont les mères… c'est un vrai problème chez nous, dans notre société » (E)

Ces témoignages laissent à penser qu'un des facteurs de risque du SBS est peut-être lié à un disfonctionnement du système de prise en charge des femmes en France.
« elles sont très isolées les femmes, en fait, en post-partum, c'est à dire, elles sont super surveillées pendant la grossesse et après c'est [clappement de doigt] débrouillez-vous » (I)

Cette observation est d'ailleurs corrélée à celle établie par l'enquête du CIANE qui conclut à un besoin accru d'accompagnement et d'écoute, les parents se sentant angoissés et désemparés au retour à la maison (35).

Danièle Capgras et Martine Gass, aux entretiens de Bichat le 6 octobre 2016 parlent d'ailleurs de « la jungle du suivi au désert du post-partum » pour désigner ce contexte périnatal en France. Elles regrettent en particulier un morcellement des prises en charges des femmes.

- Fermeture des PMI

Le manque d'accompagnement s'illustre également par la fermeture fréquente des structures de soutien telles que les PMI.
« il y en a qui juge les personnes qui font ça, en disant ce sont des personnes maltraitantes ; oui certes elles sont maltraitantes mais pourquoi on en est arrivé là et pour moi c'est la société qui est… en partie responsable ; de pas avoir pu aider

suffisamment, quand vous voyez autour de nous une PMI sur deux est entrain de fermer par soucis d'économie » (E)

3.3.2 Retour au travail précoce

Certaines sages-femmes contestent le retour toujours plus précoce des femmes au travail.

« c'est un phénomène de société par rapport au fait qu'on ne donne pas les moyens aux mamans qui rentrent à la maison avec un bébé d'être aidées, on les fait aller à cent à l'heure dans leur vie de tous les jours et elles se retrouvent à deux à l'heure avec un bébé, elles sont fatiguées, elles ne l'ont pas imaginé et au bout de deux mois et demi on leur dit tu retournes travailler, parce qu'ils ont supprimé la possibilité du congé parental, ils leur disent maintenant bah vous pouvez le prendre six mois et puis c'est votre conjoint non mais attend c'est n'importe quoi, jamais aucun conjoint ne va prendre un congé parental c'est hyper rare qu'un homme dise - Ok je mets une parenthèse dans ma carrière pour m'occuper de mon enfant - ils n'ont pas envie, donc c'est pour réduire, réduire le fait que les femmes s'arrêtent de travailler pour s'occuper de leur enfant » (E)

Cette controverse autour du congé parental illustre bien le problème actuel que rencontrent les femmes en post-natal.

Dans la littérature, certains éléments contextuels comme favorisant l'apparition du SBS ont été mis en exergue, c'est le cas de la reprise du travail après un congé de maternité (7).

En France, la durée du congé parental, dans le cas d'un premier enfant est de 6 mois, non rémunérés, par parent. A partir du second enfant, c'est 24 mois que chaque parent peut prendre (en se partageant la durée du congé à leur guise). Une étude menée par l'OCDE en 2016 montre cependant que seulement 4% des personnes en France en congé parental sont des hommes (contre 40% dans les pays scandinaves) (36) (37).

De surcroit, notons qu'en Suède, le congé parental, rémunéré à hauteur de 80%, est de 480 jours, en Allemagne 367 jours sont payés à 66% et en Italie 10 mois payés à 30% (38)(39).
Comparativement à certains autres pays proches, la France semble encore pouvoir progresser concernant la problématique des congés parentaux.

En complément à ce constat, on note également le manque de mise à disposition de structure d'aide :
« on ne donne pas de moyens de garde possible […] il y en a, elles ont un deuxième enfant alors que l'ainé n'est pas gardé donc elles ont leur deux enfants tout le temps et elles ont aucun moyen de se faire aider et ça c'est… on peut devenir chèvre » (E)
« j'en ai une, une fois elle m'a dit, son médecin lui a signé un arrêt de travail parce qu'il a dit que c'était inadmissible qu'elle ne puisse pas aller aider sa fille qui avait accouché. Je lui ai dit c'est un médecin bienveillant hein ; mais ce n'est pas à la sécu de devoir payer ça ; voilà, mais l'employeur devrai pouvoir donner des congés, même des congés sans solde, mais ils ne peuvent pas, il y en a même des congés sans solde elles n'ont pas le droit » (E)

- **Emergence des doulas**

Le terme « doula » désigne des femmes qui proposent aux futurs parents un accompagnement, non médical, du début de la grossesse au post-partum (40).

C'est aussi dans ce contexte qu'on voit l'émergence des doulas comme le souligne la sage-femme M : *« c'est très décrié les doulas mais c'est quand même une profession qui va prendre un petit peu plus d'ampleur parce que les sages-femmes à l'hôpital vont avoir de moins en moins de temps pour accompagner, donc les doulas vont certainement être plus demandées ; certaines doulas organisent des ateliers massages, des ateliers de parentalité » (M)*

Leur émergence atteste de l'évolution de la société.
On peut donc estimer que le SBS s'intègre dans un phénomène de société global. Il semble être révélateur de certains dysfonctionnements de notre société.

Les trois plans périnatalité (1970-1976,1995-2000,2005-2007) ont abouti à de nombreux changements dans le paysage de la périnatalité suivant une logique principalement économique (fermetures des petites maternités, diminution du nombre de lits, des séjours post-natals).

De plus, les femmes ont tendance à être de plus en plus isolées car le soutien spontané qu'apportait la famille tend à diminuer (les mères et les sœurs travaillent plus souvent et plus longtemps), les familles élargies se marginalisent au profit des familles nucléaires et monoparentales.

En contrepartie, les sages-femmes, elles, font face à une quantité de charges administratives importantes et un nombre conséquent de parturientes à prendre en charge par elle seule. Ceci explique la diminution de leur présence au chevet des patientes. Leur rôle tend progressivement à devenir plus technique et plus médical, face à une société qui revendique une dimension humaine et affective dans les soins.

C'est dans ce contexte que la sage-femme libérale doit intervenir dans la prévention du SBS.

Le rôle d'accompagnement qu'elles ont auprès des patientes doit s'harmoniser au mieux avec les compétences médicales et techniques (qui tendent de plus en plus à être mises en avant). Il n'est pas anodin de rappeler que cet accompagnement est l'essence même de notre métier. Ce mémoire témoigne que la sage-femme libérale se porte garant de ce rôle, quelque que soit les évolutions de notre société.

3.3.3 Une société devenue intolérante aux pleurs ?

Cette observation surprenante émerge à travers le discours de plusieurs sages-femmes.

« ça c'est un phénomène de société actuel, on ne supporte plus le bébé qui pleure ; avant on savait qu'un bébé ça pleurait et puis on le mettait dans son lit, surtout dans les années 70, on fermait la porte on se disait il se fait les poumons c'est bien faut le laisser pleurer, à l'heure actuelle c'est insupportable de laisser pleurer un bébé et

quand en plus on arrive pas à le calmer c'est qu'on est une mauvaise mère ; ça renvoie à son incapacité personnelle » (E)
« il n'y a pas de culpabilité à avoir mais la culpabilité c'est les gens autour d'eux quand ils regardent l'enfant ils disent « wouaou la mauvaise mère » ; on en voit quand il y a des bébés qui pleurent, le regard noir que lancent les gens dans les supermarchés, dans la rue ; c'est pour ça que ça devient une culpabilité, ce n'est pas normal mon bébé pleure, ce n'est pas normal » (E)

On a longtemps sous-évalué les caractéristiques des pleurs : à savoir qu'ils font partie du développement comportemental normal du nourrisson mais aussi leur capacité à désorganiser le comportement des parents.
D'ailleurs, le National Center on Shaken Baby Syndrome définit six caractéristiques des pleurs normaux typiques des premiers mois de la vie et parle alors de « period of PURPLE Crying». Une classification des différents types de pleurs est établie avec des termes représentatifs : « Peak pattern » désignant les périodes de pleurs, « Unexpected » soulignant le moment inattendu auquel se produit l'accès de pleurs, « Resistance to soothing » pour résistance à l'apaisement, « Pain » pour des pleurs interprétés comme signe de douleur, « Long crying » pour de longs épisodes de pleurs et « Evening » pour des pleurs qui surviennent souvent en fin de journée et le soir).
La méconnaissance de la typologie des pleurs et leur non-reconnaissance par la société actuelle semblent attiser l'engrenage d'un tel phénomène.

D'autre part, la période du post-partum s'inscrit dans une réalité difficile, une réalité bien différente des idées préconçues de la société française.
C'est un phénomène que soulignent les sages-femmes C et D : *« partout on voit dans les revues des mamans qui ont la banane, qui sont épanouies avec leur bébé etc, ce n'est pas toujours la réalité » (C)* ; *« Je pense qu'on ne le sait qu'après, le bouleversement, ni même d'imaginer la fatigue qu'on va pouvoir avoir et qui pourrai nous amener à faire des choses qu'on aurait jamais imaginé faire »* (D)

3.4 Place importante de la sage-femme

La majorité des sages-femmes s'accorde à dire qu'elles ont un rôle important dans la prévention du SBS.

« je pense qu'elle a beaucoup à jouer la sage-femme libérale, je pense qu'on a un rôle important » (L) ; « on est au premier rang pour en parler » (C)

3.4.1 Le secteur libéral privilégié

La prévention du SBS prend également tout son sens dans le secteur libéral où elle intervient à plusieurs phases de la maternité.

La sage-femme libérale s'illustre donc comme un professionnel clé d'une telle prévention.

« bah concrètement, à part nous, je ne vois pas qui peut leur en parler, on va dire on est dans les premiers à en parler avec le pédiatre, l'infirmière et les auxiliaires je pense, mais c'est tout après, donc en fait on est un des acteurs principaux » (Q)

Le secteur libéral offre aux sages-femmes un suivi sur le long terme de leurs patientes. Cela permet l'instauration d'une relation de confiance et ainsi une meilleure prévention à l'égard du SBS.

« c'est vrai que nous on les voit un peu plus longtemps si on fait la prépa, si on les voit en visite à domicile, si il y a un suivi global » (I)

« si on suit les femmes pendant la grossesse, pendant la prépa, qu'on les revoit après à domicile, on a vraiment une relation de confiance qui s'établit, euh je pense que ce n'est pas la même avec un médecin généraliste, gynécologue… le bébé qui dort sur le ventre elle me le dise à moi, parce qu'elles vont sentir que la sage-femme libérale est, on n'est pas dans le jugement […] je pense qu'on a un rôle sur l'accompagnement du couple, vraiment sur du long terme et voir quelques années si on suit plusieurs grossesses » (M)

« la sage-femme, en particulier la libérale c'est quand même l'endroit où parfois on ose dire les choses qu'on ne dirai pas forcément ailleurs, surtout quand on les a vu avant et qu'on les revois après, il y a effectivement des choses au cabinet qu'on entend qu'elles ne disent pas ailleurs» (D)

Le suivi à long terme qu'elles offrent, permet d'accompagner aux mieux les patientes car c'est un suivi dans le temps dont elles ont le plus besoin.
« c'est vraiment sur la durée que c'est difficile de gérer un bébé » (A)

L'aspect libéral leur offre également l'opportunité de prendre le temps lorsqu'il est nécessaire.
« les femmes se confient plus, elles expriment plus leur détresse, bonjour comment ça va euh on voit bien à leur tête que ça ne va pas bah on va aller chercher la piste, parce qu'on va prendre le temps d'aller chercher, c'est une des raisons pour lesquelles je me suis installée en libéral » (C)
« c'est l'avantage d'être en libéral et de… je dirais d'accepter de ne pas être l'œil sur la montre tout le temps, tout le temps, tout le temps quoi ; en tout cas de savoir prendre le temps si il faut prendre le temps, ce qui parfois en structure n'est pas le cas » (G)

Au-delà de l'exercice en mode libéral qui semble accorder à la sage-femme plus de temps et un suivi sur le long terme des patientes, c'est également grâce à des outils qui lui sont relativement propres que la sage-femme libérale peut assurer cette mission.
Avec la PNP, les visites à domicile et la rééducation périnéale, la sage-femme peut s'intégrer comme un professionnel de choix dans la prévention du SBS.
Elles se sentent d'ailleurs véritablement investies d'une mission de prévention.
« bah moi je pense que ça fait partie de, enfin, ça me paraît complètement lié à notre activité, c'est à dire que moi je n'envisage pas de, sur un cours de prépa, quand je fais le retour à domicile, je n'envisage pas de ne pas en parler, du moment où on est crevé et où on n'en peut plus de l'entendre hurler et qu'on a qu'une envie : le secouer dans tous les sens pour que ça s'arrête; donc pour moi ça fait partie complètement et concrètement de notre travail » (K)
La sage-femme H qualifie même cela d'un *« devoir de prévention ».*
« ça fait partie des choses dont on doit informer les parents » (H)

La sage-femme libérale s'illustre donc comme professionnelle de premier recours dans la prévention : Au niveau information mais également par son rôle d'accompagnement.

« c'est de l'accompagnement global c'est juste génial » (P).

« je pense qu'il y a plein de situation où les patientes elles sentent que ça vient aussi, et que si tu leur a ouvert la porte sur euh je peux entendre que tu…un moment tu vas avoir envie et que si tu es toute seule tu as la possibilité de me dire au secours et bah ça peut changer » (K)

La sage-femme libérale tient donc un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des mères.

A ce titre, elle contribue aussi au repérage des situations à risque de diverses natures. Ces missions qui lui incombent sont reprises par la HAS qui, à travers des recommandations, propose aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé (41).

Différents outils sont donc mis à disposition des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007. L'entretien prénatal précoce doit systématiquement être proposé à la femme enceinte. Il est suivi de sept séances prénatales prises en charge par l'assurance maladie. Comme le rappelle la sage-femme I, l'entretien post-natal est un outil non négligeable de suivi des femmes après l'accouchement.

La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau (42).

En conclusion de cet état des lieux et pour l'ensemble des raisons évoquées précédemment, on peut considérer que la sage-femme libérale est un/le professionnel de choix dans la prévention du SBS.

Nous tenterons, dans une deuxième partie d'appréhender les freins que la sage-femme libérale peut rencontrer dans la réalisation d'une telle prévention.

PARTIE II : FREINS ET LIMITES RENCONTRÉS PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DANS LEUR PRATIQUE

3.5 Freins rencontrés par les sages-femmes

3.5.1 Connaissances lacunaires des sages-femmes sur le SBS

Le refus de participation à notre étude par la sage-femme convaincue de l'inexistence du SBS illustre le fait qu'il persiste un manque de connaissance autour de ce sujet.

Nous avons également pu constater, à travers leurs témoignages, que les connaissances des sages-femmes au sujet du SBS étaient lacunaires.
En effet, elles proposent une définition variable, généralement incomplète et parfois inexacte.
Les sages-femmes interrogées soulignent d'ailleurs spontanément le caractère insuffisant de leurs connaissances sur ce sujet.
Ces extraits en témoignent directement :
« euh, suffisante ? certainement pas » (M) ; « il me manque des connaissances théoriques» (F) ; « l'image que j'ai c'est ce qu'on livre au grand public, je n'ai pas d'élément en plus» (C) ; « je ne me rappelle pas bien comment ça fonctionne » (A)

De plus, la majorité des sages-femmes interrogées ignorent l'incidence du SBS.
« je n'en n'ai aucune idée, vraiment, je serai intéressée de le savoir » (C) ; « aucune notion, vraiment aucune » (D)

Du fait de ces diverses lacunes, certaines indiquent donc qu'elles ne se sentent pas suffisamment préparées pour intervenir dans la prévention d'un tel sujet.
« à part allumer des clignotants, je ne suis pas sûre d'être suffisamment préparée » (C) ; *« non il faudrait que de toute façon j'en sache moi aussi un peu plus pour pouvoir être vraiment un interlocuteur de choix, il faudrait que moi je sois un peu plus ok là-dessus »* (D)

De nombreuses sages-femmes interviewées relatent spontanément le fait de manquer d'information sur le SBS. Pour elles, cela constituerait un frein pour s'investir dans la prévention.
Il parait donc nécessaire de cerner l'origine de ce manque de connaissance pour tenter d'y remédier.

Il semblerait que l'information, reçue par les professionnels, soit inhomogène et non standardisée. En effet, les sages-femmes ont été informées et formées sur le SBS de façon relativement disparate.
Certaines ont eu des cours sur le SBS pendant leurs études, c'est le cas pour les sages-femmes N, F et Q.
« j'ai dû avoir un cours dessus, surement, parce que j'en ai eu connaissance mais c'était pas quelque chose de très poussé si mes souvenirs sont bons » (Q)

Tandis que d'autres n'en n'ont pas bénéficié comme le souligne les extraits suivants :
« j'ai fait mes études entre 2001 et 2005, je n'ai pas le souvenir d'en avoir entendu parlé » (M)
« pendant mes études on n'en parlait pas, il y a 35 ans ça, ça n'existait pas, ce n'était pas identifié comme étant un syndrome, voilà, on nous parlait pas de ça, c'est dans la pratique » (E)

Certaines sages-femmes évoquent le fait d'avoir reçu des informations à ce sujet dans le cadre de la formation continue.
« il y avait une journée à la PMI où ils en avaient parlé » (F)
« j'ai fait une formation prado, il y a une psychologue qui nous avait un peu parlé des situations enfance en danger » (K)
« je crois que j'en ai entendu parlé une fois, je suis sage-femme échographiste, je me souviens très bien des clichés et que la personne qui présentait le cours nous a dit « ah bah d'ailleurs regardez l'espace entre le cerveau et la boite crânienne garçon-fille au même âge c'est très différent », et effectivement c'est beaucoup plus risqué

quand on secoue un garçon qu'une fille ; j'ai entendu parlé de ça à ce moment-là » (K)

A ce propos, soulignons qu'il n'a pas été trouvé d'arguments dans la littérature permettant d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'expansion des espaces sous-arachnoïdien serai un facteur favorisant d'HSD (29).
Pour E. Mireau, l'hypothèse que ces épanchements soient en fait le résultat de ces HSD n'est d'ailleurs pas exclue.

D'autres sages-femmes soulignent le fait de ne pas avoir bénéficiées de formations post-diplômes à ce sujet :
« en formation continue c'est en fonction du sujet qu'on choisit et sur le syndrome du bébé secoué j'ai jamais vu de thème précis dessus » (M)
« dans toutes les formations que j'ai faite, parce que je me forme tous les ans, le bébé secoué euh, on en n'a pas parlé ; la dernière formation que j'ai faite c'est sur la surveillance du nourrisson et on ne nous en a pas parlé » (R)

Un autre écueil soulevé par la sage-femme J est le coût des formations post-diplômes qui semble être un frein pour se former davantage à ce sujet.
« je sais qu'il y a assez souvent sur les séminaires ou les journées ou les colloques ; ça revient assez régulièrement en prévention, le bébé secoué etc, euh je n'y vais pas forcément ; d'un point de vue financier clairement ; une journée de ce type de séminaire, c'est facilement au moins 200 euros, quoi donc moi je suis dans mes débuts, pour moi c'est une perte » (J)

Face à cette formation inhomogène, certaines sages-femmes entreprennent des recherches personnelles pour parfaire leurs connaissances du sujet.
C'est le cas pour la sage-femme H : *« je me suis renseignée parce que ça fait partie de ce qu'on doit aborder en cours de préparation, je n'ai pas vraiment de formation, c'est des connaissances personnelles » (H)*

Une particularité revient à la sage-femme B, originaire d'Irlande, qui ne connaissait pas les termes SBS au moment de notre entretien et qu'elle désignait alors par «infant shaking». Cette méconnaissance des termes après quatorze ans d'exercice sur le sol français semble témoigner du manque de diffusion d'information sur ce sujet.

La sage-femme R souligne d'ailleurs cette idée :

« *je ne sais pas pourquoi on n'en parle pas, je ne sais pas pourquoi il n'y a pas de campagne d'information » (R)*

Ainsi, plusieurs sages-femmes évoquent la nécessité de relai d'information auprès des professionnels.

« que le conseil de l'ordre ou le collège national ou différents organismes relaient ces informations » (J)

Les sages-femmes témoignent de certaines lacunes à l'égard du SBS, et ce, en raison d'une formation hétérogène à ce sujet.

Il semblerait que les cours sur le SBS dans le cursus initial des sages-femmes ne soient pas uniformisés, de même que les formations post-diplômes, sujet à la volonté de chacun, et aux coûts plus ou moins variables.

En supplément de cette délivrance d'information initiale jugée inhomogène, nous pouvons également souligner le manque de diffusion ultérieure de cette dernière.

Ces points soulevés par les sages-femmes de l'étude sont autant de pistes d'amélioration envisageables.

3.5.1.1 Pistes d'amélioration

- Une formation standardisée sur le SBS

Les sages-femmes soumettent l'idée qu'une formation à ce sujet serait souhaitable.

« je pense que passer par la formation des professionnels ça reste de toute façon toujours essentiel» (G) ; « si j'avais plus de formation, je pourrais mieux sensibiliser »

(R) ; « c'est vrai que les formations ne viennent pas à nous non plus, donc ça serait pas mal quelque chose d'organiser par les réseaux par exemple, qui serait plus facile d'accès » (H)

Compte tenu de l'état des lieux réalisé en première partie et des freins formulés par les sages-femmes, différentes solutions d'amélioration seraient alors concevables. Nous pouvons soumettre les idées suivantes :

- Inscrire un cours obligatoire traitant du SBS dans le cursus initial
- Proposer un module axé sur le SBS dans le cadre de la formation continue
- Proposer un module vidéo sur internet axé sur le SBS
- Mailing annuel aux sages-femmes (étude de cas de SBS sur l'année passée et rappel des bonnes pratiques de prévention)
- Plaquette d'information à destination des professionnels
- Création d'une plate-forme en ligne afin d'échanger les expériences et bonnes pratiques en la matière.

3.5.2 Difficultés pour aborder le sujet SBS

Nous avons constaté que la majorité des sages-femmes taisaient les termes « syndrome du bébé secoué ». Elles évoquent souvent la difficulté qu'elles ont pour parler d'un tel sujet.

« le frein pour le coup, vous venez de mettre le doigt sur quelque chose, employer ce terme de bébé secoué, voilà je ne le fais pas systématiquement parce que je pense que dans mon langage c'est un peu tabou » (C)

« après, je n'ai pas non plus envie de leur décrire tout le tableau apocalyptique de ce qui peut arriver, toutes les complications qu'un enfant peut avoir, on n'est pas là non plus pour leur faire peur » (M)

« informer sans angoisser c'est pas simple, et ce dans un temps donné, encore moins » (H)

« hier encore je faisais mon petit laïus, et une patiente qui me dit mais c'est horrible ce que vous dites, j'étais en train d'aligner tous les problèmes et des parents, qui étaient pour autant très à l'aise, ça peut être mal accueilli parfois, certains ne veulent

pas trop entrer dans les détails et ne pas trop savoir donc pas facile de trouver un moyen de les informer » (H)

Derrière ces phrases, il semble que le principal frein pour aborder le thème du SBS soit la crainte des réactions des patientes face à un tel discours.
De plus, l'interlocuteur peut aisément se sentir jugé par la sage-femme.
« quand tu commences à leur parler de ça, limite elles se sentent tout de suite jugées, genre elle a vu un truc et elle est entrain de m'en parler parce que c'est moi, et pas…» (K)

Un exemple cocasse est illustré à travers la réponse de la sage-femme L à notre question « *sommes-nous tous capable de le secouer ? » : « ah, alors non je n'ai pas secoué mes filles ! euhh, est-ce qu'on est tous capable, bonne question, oui je pense qu'on est tous capable »*
L'extrait ci-dessus témoigne de cette tendance que peut avoir l'interlocuteur à se sentir personnellement visé, et ce, même dans une situation entièrement dénuée de tout soupçon, comme celle d'une entrevue entre une sage-femme et une étudiante.

Ce phénomène semble provenir du fait qu'il y ait un rapport étroit avec la maltraitance.
« c'est aussi par rapport à la maltraitance, le fait de suspecter les gens » (E)
La sage-femme P souligne la dérive potentielle d'une telle prévention.
« il ne faut pas être suspicieux non plus, voilà, la dérive c'est de rendre suspicieux les gens » (P)

De surcroit, plusieurs sages-femmes émettent l'idée qu'il s'agit d'un sujet tabou dans la société, rajoutant ainsi une difficulté supplémentaire pour aborder ce sujet auprès de leurs patientes.
« c'est tabou dans le système » (B) ; « c'est tabou de façon générale » (K)

A partir de ces différentes remarques et difficultés évoquées par les sages-femmes interrogées, nous pouvons envisager diverses pistes d'amélioration pour tenter de remédier aux freins rencontrés dans la façon d'aborder le thème du SBS.

3.5.2.1 Pistes d'amélioration

- Réalisation d'une prévention détournée

Nous prenons conscience à travers cette étude qu'il existe principalement deux façons de prévenir ce syndrome :

1. En **informant directement** sur ce qu'est le SBS.
   Cela sous-entend que la connaissance effective du SBS permettrait d'empêcher l'adulte de passer à l'acte lorsqu'il se retrouve dans cette situation

C'est ce que souligne la sage-femme H dans son commentaire.
« les parents comprennent, mais est-ce qu'ils retiennent dans une situation de fatigue et de crise, ça c'est moins sur »
La littérature tend à confirmer l'efficacité des programmes de prévention informant sur ce qu'est le SBS. Pour preuve, différentes études établissent en effet un lien entre cette délivrance d'information et une baisse de l'incidence du SBS (43) (44).

2. La deuxième option pour prévenir ce syndrome est de se **focaliser sur les facteurs déclencheurs**. Cette prévention détournée vise à éviter d'arriver à une situation à risque.

On s'aperçoit que les sages-femmes qui abordent la prévention du SBS de façon directe avec les patientes (cas n°1) éprouvent des réelles difficultés à le faire.
Face à ces difficultés d'approche directe, elles font preuve de moyens originaux pour prévenir ce syndrome en ayant recours majoritairement à l'option n°2.

Les deux options ne semblent pas antinomiques, il semble donc souhaitable de « jouer sur les deux tableaux » : un premier niveau de prévention directe, complété par une prévention détournée vis-à-vis des facteurs de risque.

Le premier niveau de prévention nécessite la résolution de la problématique concernant la façon d'aborder le SBS.
A cet effet, les sages-femmes soumettent l'idée d'une formation en communication et révèlent certaines astuces pour aborder un tel sujet.

- Formation en communication et astuces

« ca serait pas mal de faire une petite formation en plus, pour peut-être mieux engager les choses dans mon discours » (A)
« peut-être avec plus d'information, du coup, je serai plus à l'aise pour employer d'autres mots » (C)
« c'est vrai qu'au début je restais très sobre parce qu'elles n'aiment pas les femmes qu'on leur parle de ça ; c'est très dérangeant quand c'est ciblé avec la personne en face de toi, alors on l'amène dans la conversation en disant, comme quand je leur parle de dépression du post partum je ne leur dis pas que ça va leur arriver mais regardez votre amie elle a l'air triste, elle pleure beaucoup, on parle pour les autres mais si ça vous arrive à vous, vous saurez le reconnaître aussi ; on trouve des astuces pour ne pas avoir l'air de dire, elle est à risque de » (E)

La mise au point de diverses méthodes de communication pour aborder un tel sujet constituerait une piste d'amélioration non négligeable.
Quelques phrases type ou modèle d'introduction faciliterait beaucoup l'introduction du thème du SBS dans la prévention des différents risques du nouveau-né.
Cependant, étant donné le caractère culpabilisant et la gravité inhérents au SBS, l'aide de professionnels en psychologie pour l'élaboration de ces méthodes de communication semble indispensable.

- Prospectus en guise d'introduction

Certaines sages-femmes proposent également l'idée d'un prospectus qui permettrait d'introduire le sujet plus facilement.
« un flyer, ça peut être une façon d'aborder le sujet » (D) ; « pourquoi pas des prospectus à laisser dans les salles d'attente ; ça permettra peut-être d'engager le débat sans que ça soit trop lourd tout d'un coup dans la séance » (A)

En effet, il semble évident qu'un support papier à caractère officiel pourrait servir de support « neutre » pour aborder le thème du SBS et sa prévention.

- Instaurer une relation de confiance

Les sages-femmes interrogées soulignent leur difficulté à parler du SBS et l'importance d'une relation de confiance entre sage-femme et patients afin d'éliminer cette gêne qu'occasionne la discussion autour d'un tel sujet.
Pour elles, la condition *sine qua non* à l'instauration d'une telle relation de confiance passe par un suivi à long terme des patientes.
« quand je ne connais pas les patientes c'est un peu difficile […] il faut, je pense, avoir instauré une certaine, un certain lien avec les patientes, moi je me sens plus à l'aise en tout cas » (O)
« ce qui est compliqué c'est justement à ce moment, d'avoir une relation de confiance pour ne pas qu'elle le prenne mal, pour pas qu'elle le prenne contre elle » (A)
« si en prado on ne connaît pas la dame et qu'on leur dit, alooors le bébé secoué… tout de suite on a une espèce de refus de la patiente d'entendre ce qu'on a à dire même si on a essayé de l'amener… » (K)
« je repense à des femmes que tu n'as jamais vu jusqu'à ce que tu arrives sur un prado. La dame elle est à J5, tu es juste, pour elle, une dame envoyée par la sécu, pour faire un truc, elle ne sait pas trop quoi ; elle te regarde genre est-ce que tu es entrain de juger mon chez moi… quel est exactement le but de ta visite, et que euh, tu sens que ça va être compliqué, très compliqué à amener ; il y a les dames sur

lesquelles tu sens des faiblesses et tu préfères, pas te les mettre à dos tout de suite, et dire oh bah je vais repasser pour le poids et pas directement qu'elles te ferment la porte au nez en disant toi c'est bon je t'ai catégorisé comme tu viens fouiner chez moi donc pour moi c'est le frein majeur et c'est pour ça je pense vraiment que un vrai suivi sur anté et post où c'est la même sage-femme qui gère euh ça c'est, enfin c'est royal pour tout le monde, aussi bien pour le bébé, pour la maman et pour la sage-femme » (K)

« clairement il y a des dames je sais que je suis maladroite parce que je ne sais pas comment l'aborder parce que je ne la connais pas, parce que ça fait trois quart d'heures qu'on se connaît et que je suis en train de lui dire : bah alors si tu as envie de secouer ton bébé tu arrêtes ; qui t'es toi pour venir me dire que moi je vais secouer mon bébé alors que je ne dis pas ça, on est bien d'accord » (K)

C'est dans ce contexte que les sages-femmes revendiquent l'idée d'une <u>sage-femme référente</u> dans le parcours de soin.

« c'est ce qu'on a fait dans la grève des sages-femmes de 18 mois, on a demandé que chaque femme ait une sage-femme référente » (E)

Les sages-femmes désirent en effet, être reconnues praticiens de 1er recours quel que soit le mode d'exercice et être positionnées dans le parcours de santé en soins primaires pour la femme enceinte ou non.

Ce frein est clairement formulé par la sage-femme K :

« le frein c'est de pas faire du suivi plus global de façon générale » (K)

Les sages-femmes misent donc sur l'instauration d'une relation de confiance pour pallier ces freins de communication, et cela passe par un suivi à long terme des patientes.

Les sages-femmes prônent donc une meilleure prise en charge globale du post-partum :

« les visites prado, ça n'a aucun intérêt seul, si on ne connaît pas la femme avant, qu'on ne la revoit pas après, ça n'a aucun intérêt si ce n'est remplir les stats de la sécu, pour la femme en tout cas, ça n'a aucun » (I)

«il faut une meilleure prise en charge des femmes enceintes et du post partum, en France on est des gros nuls ; quand on se réfère aux pays nordiques, il y a une prise en charge globale et nous c'est super séquencé, et on le sait très bien, par exemple dans la protection de l'enfance, les familles qui sont listées comme maltraitantes elles déménagent tous les 2 ans ; parce qu'ils savent très bien, qu'un département à l'autre, il n'y a pas de communication » (I)

- Sage-femme référente

Pour les sages-femmes rencontrées, la définition officielle d'une sage-femme référente et le suivi des patientes sur le long terme représente une étape indispensable vers une meilleure prévention des risques du nouveau-né, dont le SBS.

3.5.3 Difficulté de la prévention secondaire

Nous avons pu constater que les sages-femmes avaient trouvé des moyens originaux d'intervenir dans la prévention primaire du SBS, en l'abordant de façon détournée.

Par contre, il semble évident qu'elles rencontrent de grosses difficultés à appréhender la prévention secondaire de ce syndrome.

Nous avons pu identifier que les sages-femmes ne parviennent pas à s'accorder sur la définition d'une éventuelle population à risque.

Mais cette problématique n'est malheureusement pas attribuable exclusivement aux sages-femmes. En effet, nous avons vu que les études menées sur le SBS n'ont pas réussi à statuer sur une population à risque.

Les sages-femmes soulèvent aussi le caractère très difficile du dépistage d'une situation à risque dans le cas du SBS. De plus, nous avons vu que lorsqu'un repérage était effectué, les prises en charge proposées étaient variables. Elles

évoquent d'ailleurs leur manque de connaissances quant aux procédures précises à entreprendre en cas de dépistage positif.
« ah les procédures non pas du tout, je ne me sens pas du tout formé pour et ça, ça manque quand même » (F) ; « je ne sais pas bien les démarches » (L) ;

En complément du manque de connaissance quant aux procédures à entreprendre en cas de dépistage, Anne Tursz, dans son œuvre « les oubliés », suggère également que les professionnels puissent redouter de faire un diagnostic erroné, les exposant à des conséquences légales graves (45).
Ces freins peuvent expliquer pourquoi les sages-femmes apparaissent démunies dans cette prévention secondaire.

3.5.3.1 Pistes d'amélioration

- Prévention systématique

Tout d'abord, face à l'absence de population à risque identifiable vis à vis SBS, la solution naturelle est de réaliser une prévention systématique.
La majorité des sages-femmes s'accorde donc pour instaurer une prévention systématique à ce sujet
« je pense qu'il n'y a pas de population cible donc pour moi c'est systématique » (C)
« ça touche toute les catégories de population, donc moi je suis plus sur de la prévention systématique » (R)

Cette mise en place de la prévention primaire systématique n'exclut pas de renforcer les messages à destination des adultes plus vulnérables telles que les personnes seules.

- Listing des professionnels du réseau vers qui diriger en cas de dépistage de situation à risque

« je trouve que quand tu t'installes, on te balance un nombre de truc sur paye la musique pour ton cabinet, l'Urssaf, le truc, le machin, mais à aucun moment tu as un truc qui te dis euh réseau pour tel truc, tel pôle de psychiatrie plutôt pas mal pour les

femmes enceintes ; quels sont les neuroped, quels sont les pédiatres vers qui je peux adresser, là-dessus tu es toute seule, tu n'as pas de petit livret ou de tient on t'accueille et puis on va papoter un peu ensemble » (K)

Face à ce constat, la mise en place minimale d'un répertoire géographique avec les principales coordonnées des autres professionnels de la petite enfance (PMI, médical, judiciaire) semble être une évidence.

- Formation sur les conduites à tenir lors de suspicion ou de doute

Cette formation ou information devra permettre de lever les interrogations et de standardiser les actions à mener par les sages-femmes dans de telles circonstances.

- Formation ou guide sur les procédures judiciaires (transmission d'information préoccupante et signalement)

Cette formation ou information, logiquement associée à la précédente, devra permettre de standardiser les actions à mener par les sages-femmes dans de telles circonstances.

3.5.4 Manque de temps

Un autre frein évoqué par les sages-femmes est le manque de temps pour réaliser cette prévention du SBS.

Elles soulignent notamment la multitude d'autres sujets à aborder.

« je pense que les freins ils viennent du fait que dans ma séance je n'ai pas beaucoup de temps non plus, il y a beaucoup d'autres choses, la contraception parfois on peut passer beaucoup de temps la dessus » (A)

« il y a beaucoup trop de chose ; le couchage, le tabac, la température des pièces euh les signes d'alerte, ce qui peut inquiéter, l'alimentation, comment faire un biberon, l'alimentation, les coliques etc enfin voilà, sur le post partum il y a déjà beaucoup de chose et c'est difficile de tout aborder, de tout penser » (O)

« quand on a euh, trois quart d'heure pour faire un examen à maman, un examen à bébé, une pesée, répondre aux questions et expliquer tout ça tranquillement, ça fait

compliqué et encore en cours de préparation c'est une heure pour parler de tout le retour à domicile, on manque un peu de temps pour rentrer dans les détails » (H)
«on a déjà mille et une choses à aborder que ça passe à la trappe ; il faudrait que le prado dure deux heures, et qu'on soit payé deux fois plus » (N)

Tandis que pour certaines c'est le temps et/ou la rémunération des visites à domicile qui fait défaut, d'autres formulent explicitement l'idée que le nombre de séance de PNP serait insuffisant :
« les freins on va dire c'est plus le nombre de séance, à mon avis ce n'est pas suffisant ; en tout cas pour les primi parce qu'après les multi on peut se débrouiller avec sept séances et faire d'autres contenus que ce qui est prévu ; clairement il en faut au moins 2 de plus, moi je trouve, pour faire les choses correctement » (J)

Au cours des différents entretiens menés, nous avons remarqué que différents thèmes revenaient fréquemment. C'est notamment le cas au sujet de la mort subite, du baby blues de la dépression ou encore du déni de grossesse.

Nous comprenons que généralement les sages-femmes abordent le sujet du SBS par le biais des pleurs du nourrisson mais certaines l'évoquent également au détour de la prévention d'autres risques du nouveau-né.
« mélangé à tout le reste, tous les risques euh de chute, les conseils de couchage et puis on en vient petit à petit à toutes les situations euh imprévisibles… sinon j'en parle aussi quand on parle de l'expression de bébé au niveau des pleurs ; donc c'est pas ces deux biais, le deuxième est peut-être moins agressif pour eux que le premier » (H)
Le sujet du SBS est difficile à aborder frontalement et une technique de prévention expérimentée par les sages-femmes consiste à l'associer à d'autres risques plus connus et probablement moins culpabilisants (car a priori involontaire et imprévisible) pour les parents, que de leur dire, dans le cadre du SBS, que ce sont eux qui sont potentiellement dangereux pour leur enfant.

D'autres sages-femmes l'abordent dans le cadre des accidents domestiques. C'est le cas de la sage-femme E. A ce propos elle relève le caractère « moderne » d'une telle prévention « *la prévention des accidents domestiques est très récente, et les référents, c'est à dire les grands-mères elles n'ont pas fait ça avec leurs enfants ; elles n'ont pas mis la ceinture en voiture, elles n'ont pas fait de la prévention de la mort subite ni de la prévention du bébé secoué hein, c'est comme, de mon temps on ne faisait pas autant de prévention alimentaire ; elle ne savait pas tout ça et les filles elles écoutent leur mère qui souvent minimisent tout ce qu'on leur dit à l'hôpital ou tout ce que leur dit la sage-femme, « tu n'es pas morte » elles leur disent » (E)*

Elle soulève, de cet état de fait, une autre difficulté autour du SBS. En effet, nous sommes dans une période entre deux discours : entre celui des grands-parents qui n'ont pas fait de prévention à ce sujet et qui banalisent peut être ces mesures préventives contemporaines et le discours actuel des professionnels qui tend à informer et éduquer le patient. Cet essor de la prévention est, en effet, très récent. Elle fait partie des axes clés du plan périnatalité humanité, proximité, sécurité, qualité (46). Ce n'est qu'avec les plans périnatalité que nous avons vu une telle promotion de la prévention (motivée par des aspects financiers). Nous misons en effet sur une possible réduction des coûts en investissant dans la prévention de diverses pathologies plutôt que d'assurer les soins pour les traiter.
Nous sommes donc dans cette phase « d'entre deux » et comme le souligne la sage-femme E : « *il faut changer les mentalités, mais il y a toujours ce décalage de génération qui fait que ce n'est pas facile non plus » (E)*

Les sages-femmes, face à cette multitude de sujets, proposent donc un pêle-mêle des différentes préventions dont elles sont visiblement garantes : ***«*** *ça fait partie du package qu'on doit aborder » (A)*

La sage-femme P indique cependant qu'il est nécessaire que cette mission de prévention soit partagée par différents acteurs.
« oui c'est bien, c'est comme toute prévention des accidents domestiques qu'on peut faire, bien sûr oui c'est bien alors après il ne faut pas que ça soit que nous » (P)

La sage-femme E, elle, soulève la problématique qu'il règne autour de la tarification. Ce manque de temps pour aborder ces divers sujets est forcément lié à la rémunération de ces temps de prévention : *« sur les deux premières visites, oui là d'accord 50€ de visite à domicile c'est correct, 23€ ce n'est pas correct ; aller au-delà de 7 jours à la maison ça nous coute très très cher, parce que ça ne rapporte rien et on ferme le cabinet pour pouvoir y aller ; c'est un frein ; je leur dis vous venez au cabinet, on va peser le bébé et regarder votre épisio, et puis je compte une consultation bébé, une consultation maman et du coup c'est au cabinet, moi ça me va ; mais il faut arrêter de nous demander de faire une consultation d'une heure, une heure et demi à 23€ ; corps et âme, à merci, c'est ça la sage-femme » (E)*

Compte tenu des freins identifiés, diverses améliorations peuvent être proposées.

3.5.4.1 Pistes d'amélioration

- Guide pour une prévention optimale du SBS, associée à d'autres sujets plus ou moins liés
- Davantage de séance de PNP
- Valorisation des salaires ou des actes effectués
- Intervention d'autres acteurs dans cette prévention

3.5.5 Manque de moyens

La majorité des sages-femmes regrette le manque d'outils à disposition pour réaliser cette prévention.

« j'aime beaucoup cette brochure-ci de l'INPES « devenir parent », que je laisse à disposition par contre ils les distribuent par dix donc bon […] c'est un gros frein de pas pouvoir la distribuer autant que je voudrais ; il y a aussi le versant flyers uniquement destiné aux pères, j'en n'ai pas beaucoup… » (J)

Il n'y a pas eu d'envoi systématique (du moins récemment) de documentation de prévention autour du SBS.

« si il y avait des flyers, des choses à disposition, comme on nous envoie très régulièrement quand on veut qu'on fasse de la prévention sur quelque chose, là on nous a jamais rien envoyé sur ça » (D)

« il manque toujours ces supports écrit quoi ; on a le trucs sur les accidents domestiques fait par l'INPES ; je leur donne quand je fais mon entretien du 4ème mois ; mais là il n'y a pas le bébé secoué dedans » (P)

Il semblerait que ce soit aux sages-femmes d'imprimer ou de commander les prospectus sur les sujets qu'elles désirent.

« l'INPES nous envoie des fois des choses sur la vaccination, là j'ai reçu quelque chose sur le saturnisme, le tabac, le diabète ça c'est automatiquement que je les reçois mais celui-là [sur le SBS] non c'est moi qui l'ai imprimé je ne l'ai pas reçu ; c'est moi qui l'ai imprimé spontanément et qui l'ai mise dans mon cabinet » (M)

« je ne sais pas comment les récupérer, vers quels organismes me diriger, c'est vrai qu'au jour d'aujourd'hui c'est un frein […] parce qu'on avait la possibilité de commander sur le site de l'INPES sauf que maintenant on ne peut plus commander comme on pouvait commander avant (les commandes sont-elles gratuites ?) c'était, c'était, c'était gratuit » (L)

Les sages-femmes évoquent donc un manque de moyens afin de s'investir aux mieux dans la prévention du SBS. Afin d'y remédier, nous pouvons émettre les propositions suivantes.

3.5.5.1 Pistes d'amélioration

- Campagne d'envoi systématique de documentation sur le SBS, comme le suggère la sage-femme D : *« des campagnes à la télé et qu'ils les couplent avec des envois qu'ils nous font avec des affiches ou n'importe quoi, les spots télé s'arrêtent et les affiches restent accrochées » (D)*

3.6 Limites sous-jacentes à la prévention des sages-femmes libérales

3.6.1 Population restreinte

Ce sont principalement les femmes enceintes ou les femmes ayant accouchées qui sont touchées par la prévention réalisée par les sages-femmes libérales.
« on ne touche pas toute la population, on est assez limité… enfin c'est juste une triade hein, bébé et parents » (P)

Nous avons tenté de percevoir la place des pères dans cette prévention.
Elle semble encore marginale même si les sages-femmes s'efforcent de les inclure, et ce notamment dans les séances de PNP.
« on essaie de faire ça à un horaire où les deux parents peuvent venir parce que là le retour à la maison, il est complètement acteur » (A)

Mais les pratiques restent encore disparates : *« ils sont peu là à cette séance parce que je fais trois séances sur : début du travail, travail avancé et la naissance ; où je leur demande d'être là et c'est vrai que sur sept ils viennent déjà à trois séances, donc tout ce qui est autre : allaitement, retour à la maison c'est un petit peu plus compliqué pour eux de venir ; et puis pour nous pour les horaires, voilà » (M)* : *« ça dépend du cours de prépa qu'elles ont eu, ça dépend où est-ce que ça a été fait, ce n'est pas uniformisé » (K)*

D'autre part, les cours de préparation touchent principalement les primipares comme le soulève la sage-femme J : *« c'est surtout des primipares qui sont intéressées par ce cours-là, les deuxième pares j'ai peu de demandes » (J)*

La sage-femme P évoque un manque de relai d'information qui permettrai pourtant de toucher une plus large population : *« les freins du coup c'est voilà le manque de relais d'information ; c'est à dire qu'on se retrouve, enfin nous tout seul à le faire, il*

n'y a rien après, il faudrait que ça soit relayé dans les maternités, les PMI, dans les crèches, enfin là où les parents vont quoi » (P)

Différentes solutions sont alors mises en exergue par les sages-femmes interrogées

3.6.1.1 Pistes d'amélioration

- Flyers à destination du père

Comme souligné par plusieurs sages-femmes, il semble primordial de promouvoir le rôle indispensable qu'ont les pères lors du retour à la maison.

- Des dépliants pour celles qui ne vont pas en cours de préparation

« un dépliant, pour celles qui n'ont pas de cours de prépa, parce que il y a celles qui ont les cours mais au final ce n'est pas la majorité quand même » (F)

- Valoriser la PNP

« je pense surtout que, la sécu voudrait rogner un peu sur les cours de préparation à la naissance parce que il y a moins de 50% des femmes qui prennent des cours de prépa, euh je trouve qu'on devrait plutôt valoriser ces cours » (K)
« il faut faire de la pub pour les cours de prépa. tu sais maintenant ils disent pour votre frotti parlez en a votre gynéco ou à votre sage-femme, avant il ne disait jamais votre sage-femme, c'est la première fois qu'on entend parler de ça à la radio, euh je pense que les cours de prépa, ils en parlent surtout pas, parce qu'ils veulent faire des économies, comme sur la rééducation périnéale, euh je pense qu'au contraire dire que les cours de prépa c'est hyper important « votre bébé pleure vous ne savez pas pourquoi, parlez en a votre sage-femme » haha, c'est un peu caricatural mais je pense que ça toucherai, il y a des patientes qui me disent « j'ai entendu parler de la sage-femme à la radio », elles me parlent toutes du frotti ou presque» (K)

- Faire prendre conscience aux mères la mission qu'elles ont pour transmettre les informations reçues aux personnes prenant en charge leur enfant (notamment au père et la nourrice)

- En parler de façon plus générale (intervention d'autres acteurs, média, radio)

Les sages-femmes évoquent donc des solutions à plus grande échelle et ce à travers les médias et la radio, mais aussi par l'intervention d'autres acteurs.
« qu'on en parle plus d'une façon générale et que ça ne soit pas qu'adressé aux femmes enceintes » (A) ; « qu'il y ait des choses qui soient faites en amont ; je pense que c'est des choses qui doivent se répandre » (O)

Les sages-femmes prônent l'intervention d'autres acteurs dans la prévention.
« après il ne faut pas que ça soit que nous » (P)
« répéter l'information à plusieurs ça marcherai forcément mieux que de compter que sur une seule qui a aussi beaucoup d'autres choses à faire et d'autres informations à donner » (H)
« envoyer des mails ou des lettres d'information, des affiches à tous les praticiens, ça peut être les pédiatres les ostéopathes, enfin tous ceux qui sont autour des bébés, les médecins généralistes, nous, dans les crèches, dans les RAM, toutes les structures où il y a des petits » (M)

Elles soulignent également la nécessité que les médias s'emparent d'un tel sujet. Non pas pour relater exclusivement les aspects émotionnels et judicaires d'un tel phénomène mais également pour vraiment assurer une réelle prévention sur le SBS.
« je pense qu'une campagne de prévention par les médias ça pourrait être bien, après le problème des campagnes de prévention c'est que c'est une fois et puis plus rien, donc peut-être moins longtemps mais régulièrement quoi, je ne sais pas, un mois par an relancer cette campagne » (L)
« il faudrait qu'on en parle plus dans les médias c'est clair, pour sensibiliser le plus de personne » (R)

D'autres solutions originales sont suggérées par les sages-femmes :

« une petite carte comme ça avec un numéro d'urgence ou quelque chose qui soit pratique, qui ne se noie pas dans la montagne de fascicule qu'ils ont aussi sur tout et rien, parce que les fascicules j'en ai une tripoté, ils ne les lisent pas » (H)

« dans le livret de maternité on leur parle de PMI, de réseau, de consultation qu'elles doivent avoir, je crois qu'il y a des fiches sur la nutrition des choses comme ça…rajouter le syndrome du bébé secoué » (M)

« dans les carnets de santé, si on met une image sympa comme le chat avec le poupon, forcément ça va plus alerter, il y a des gens qui sont visuels, ils ne vont pas forcément lire la petite phrase minuscule et ça, ça pourrait être un petit plus » (M)

« *elles reçoivent toute une info de la CAF, est-ce qu'il n'y aurait pas comme ça des grandes informations qui devraient arriver dès qu'elle déclare leur grossesse, que les organismes commencent à les contacter, avec les infos de la CAF, la sécu ; parce que c'est aussi un problème de sécu et de prise en charge, d'hospitalisation* » (M)

A travers cette étude nous percevons donc diverses difficultés que rencontrent les sages-femmes à s'investir dans la prévention du SBS. Nous remarquons qu'elles mettent en place des moyens originaux afin de pallier à ses obstacles.

La sage-femme C souligne la nécessité de faire preuve d'originalité dans la pratique professionnelle : *« je pense que dans notre profession il faut qu'on soit créatives, que ce soit à l'hôpital ou en libéral parce qu'on n'a pas forcément de gros moyens et qu'on agit beaucoup dans l'urgence, beaucoup à chaud, et on a des patientes super vulnérables » (C)*

L'état des lieux réalisé, associé à la formulation explicite des freins rencontrés par les sages-femmes libérales et ceux découverts implicitement à travers notre étude, nous a donc permis de proposer plusieurs voies d'amélioration afin de prévenir au mieux le SBS.

3.7 Synthèse des principaux résultats

Les hypothèses de départ de cette étude étaient les suivantes :

- H1 : les sages-femmes ressentent des difficultés à réaliser une prévention au sujet du SBS
- H2 : ces difficultés perçues par les sages-femmes seraient un frein à leur mobilisation dans la prévention de ce problème

Les résultats de cette étude montrent que les sages-femmes rencontrent effectivement diverses difficultés dans leur pratique de prévention sur le thème du SBS. Elles témoignent de leur gêne à aborder ce sujet difficile, de leurs connaissances lacunaires sur le SBS, de la complexité à repérer une situation à risque mais aussi de leur manque de temps et de moyens pour s'investir dans la prévention.
Au regard des différents témoignages restitués dans cette étude, on peut conclure que l'hypothèse 1 est validée.

Mais contrairement à ce que pourrait laisser penser cette première conclusion, il s'avère qu'elles s'investissent effectivement dans la prévention du SBS et ceci en faisant souvent preuve d'originalité.
En effet, elles accomplissent une prévention détournée du SBS en prévenant chacun des quatre facteurs identifiés comme précurseur au passage à l'acte : les pleurs du nouveau-né, la fatigue, la culpabilité et l'isolement de l'adulte.
A ce titre, on peut considérer que l'hypothèse 2 n'est que partiellement vérifiée : les difficultés rencontrées par les sages-femmes ne constituent pas un frein absolu à leur investissement dans la prévention du SBS.

3.7.1 Apports de l'étude

3.7.1.1 Originalité et force de l'étude

La revue de la littérature établie dans le cadre de ce mémoire a permis de mettre en évidence que la parole n'a pas souvent été donnée aux sages-femmes dans la prévention du SBS. En effet, peu de travaux se sont intéressés à leur expérience, et encore moins à leur avis concernant leur pratique quotidienne.
Il paraît pourtant évident de s'y référer pour améliorer les pratiques professionnelles relatives à la prévention du SBS, étant donné le rôle clef de la sage-femme dans la prévention des différents risques du nouveau-né.

L'intérêt porté sur l'opinion et le vécu des sages-femmes vis à vis de la prévention du SBS constitue donc la principale force de cette l'étude.
Les conclusions tirées suite à l'analyse de leur pratique quotidienne peuvent constituer des axes d'amélioration pour prévenir au mieux le SBS.

3.7.1.2 Points forts de l'étude

« L'enquête n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé, c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. Toute la compétence du chercheur de terrain est de pouvoir observer ou écouter ce à quoi il n'était pas préparé (alors que l'on sait combien forte est la propension ordinaire à ne découvrir que ce à quoi l'on s'attend) et d'être en mesure de produire les données qui l'obligeront à modifier ses propres interprétations »
(Olivier de Sardan (47))

Le premier point fort de cette étude est entièrement lié à la méthode. En effet, s'emparer d'un tel sujet par une méthode qualitative nous a permis de faire émerger des concepts qui n'auraient pas été dévoilés en utilisant une méthode quantitative. Ce n'est que grâce aux différents entretiens que nous avons pu appréhender les dessous d'une prévention réalisée par les sages-femmes libérales.
Nous aurions pu, à tort, conclure que les sages-femmes ne s'investissent pas dans la prévention du SBS, car elles indiquent elles-mêmes qu'elles n'abordent que très peu le thème du SBS avec leurs patientes.

En fait, nous réalisons à travers cette étude qu'elles s'emparent de cette mission en faisant preuve d'originalité. Elles proposent une prévention détournée de ce syndrome en prévenant les facteurs précurseurs pouvant amener à une situation à risque.

Une autre force de cette étude a été d'inclure la sage-femme Irlandaise, malgré une maîtrise imparfaite de la langue française. Nous trouvions intéressant les mots et phrases employés par cette dernière comme dans cet extrait « elle n'arrive pas à lire son bébé » reprenant l'expression « to read someone's mind » imageant vraiment la difficulté à comprendre les pleurs de son enfant. Cela nous permettait aussi, à travers son regard, modelé par une autre culture, d'autres affects et expériences, de savoir comment elle appréhendait un tel sujet.

3.7.2 Limites et biais

3.7.2.1 Biais de déperdition d'information

Deux entretiens (O et B) ont été sujets à une pause (pleurs de son enfant pour le premier et appel téléphonique pour le second). Une interruption lors de l'interview était susceptible d'entrainer une perte d'information, le fil de la pensée du participant et du chercheur ayant de ce fait été interrompu.

3.7.2.2 Biais liés au chercheur

Le chercheur était novice en matière de recherche qualitative. Le manque d'expérience du chercheur a donc pu avoir un impact sur la qualité des entretiens menés, en particulier pour les premiers.

L'enquêteur est une femme occidentale ayant des affects, une subjectivité, des croyances et des rattachements idéologiques. Olivier De Sardan nous invite à mettre ces dimensions-là en suspens, sans les de manière à pouvoir valider avec la plus grande clarté possible les conclusions de cette étude (47)

3.7.2.3 Biais liés à l'analyse des données

L'analyse des données en recherche qualitative est basée sur une part de subjectivité. En effet, le codage des données est interprété par le chercheur en fonction de ses propres représentations. Il aurait été possible de minimiser ce biais en réalisant un codage en aveugle par un deuxième chercheur.

3.7.3 Implications et perspectives

La principale perspective de ce mémoire est de proposer des pistes d'amélioration pour une prévention plus adaptée au sujet du SBS.

Recueillir le témoignage de sages-femmes de PMI pourrait enrichir les données que nous avons collectées.

Proposer des voies d'amélioration est l'objectif final de ce travail.

Pour ce faire, un modèle de brochure sera développé. Celui-ci permettrait d'aider les professionnels de santé à développer une prévention systématique.

Conclusion

Nous finirons sur les propos de Dominique Renier[1] concernant le SBS :

« Il faut mieux le comprendre pour mieux le prévenir » ;

« Faut-il parler de prévention de bébé secoué ou tout simplement de l'accompagnement à la parentalité dans notre société qui est en pleine mutation ?
Devons-nous nous substituer à l'étayage familial défaillant ou faut-il simplement continuer à stigmatiser ces parents ou ces nourrices qui font du mieux qu'ils peuvent et qui craquent ?
Certes, ils ne sont pas excusables pénalement, mais qu'en est-il de notre responsabilité ou de notre « non-assistance » ? » (48).

Dans le domaine du SBS la prévention représente la clef du succès pour réduire ce risque critique pour le nouveau-né, étant donné les séquelles résultant du passage à l'acte de l'adulte.

Tous les acteurs doivent évidemment faire partie intégrante cette prévention.
Comme identifié dans ce mémoire, les sages-femmes libérales représentent des acteurs primordiaux dans cette prévention du SBS.

Nous avons pu constater que les sages-femmes libérales réalisent déjà une grande partie de cette prévention, d'une façon indirecte mais opérationnelle.

Quelques mesures simples et pragmatiques doivent permettre d'encore améliorer cette situation et ainsi de diminuer le phénomène de SBS dans notre société contemporaine.

Différentes actions d'amélioration identifiées dans ce mémoire pourraient être mises en œuvre à court terme et ainsi permettre à certains nouveau-nés d'échapper au risque majeur que représente le SBS.

[1]Neurochirurgien, au sein du service rassemblant tous les enfants d'Ile de France ayant besoin d'être opérés, à l'hôpital Necker-Enfants Malades Son expérience est donc plus riche que celle de quiconque en France.

Bibliographie

1. Briand-Huchet E, Cook J. Haute Autorité de Santé - Audition publique syndrome du bébé secoué, synthèse bibliographique [Internet] 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/bb_secoue_audition_publique_synthese_bibliographique_sofmer.pdf

2. Trotter W. *Chronic subdural hæmorrhage of traumatic origin, and its relation to pachymeningitis hæmorrhagica interna.* Br J Surg. 1914 ;2(6):271-91.

3. Hawkes C. *Craniocerebral trauma in infancy and childhood.* Clin Neurosurg 1963 ;11:66-75.

4. Caffey J. *On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation*. Am J Dis Child 1960. août 1972;124(2):161-9.

5. Caffey J. *The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation*. Pediatrics. 1974 ;54(4):396-403.

6. Haute Autorité de Santé - Recommandations : Syndrome du bébé secoué [Internet] 2011 Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue

7. Becker E, Weerts F. *Syndrome du bébé secoué : des lésions somatiques à la psychopathologie parentale*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2009 ;57(5):429-36.

8. Williams RA. *Injuries in infants and small children resulting from witnessed and corroborated free falls.* J Trauma. 1991 ;31(10):1350-2.

9. Chadwick DL, Chin S, Salerno C, Landsverk J, Kitchen L. *Deaths from falls in children: how far is fatal?* J Trauma. 1991 ;31(10):1353-5.

10. Mireau Etienne, Hématome sous dural du nourrisson et maltraitance : à propos d'une série de 404 cas, 216, médecine, Université Paris Descartes V, 2005

11. Haute Autorité de Santé - Recommandations de la commission d'audition [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome_du_bebe_secoue_-

_recommandations_de_la_commission_d_audition.pdf

12. Turkieltaub S. *Le syndrome du bébé secoué : comprendre, prévenir et protéger*. J Droit Jeunes. 2012 ;N° 314(4):31-7.

13. Barr RG. *Les pleurs et leur importance pour le développement psychosocial des enfants*. Devenir. 2010 ;22(2):163-74.

14. 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 Negl. 2006 ;30(1):7-16.

15. Tursz A. *Les infanticides en France: peut-on les repérer, les compter, les prévenir?* Arch Pédiatrie. 2014 ;21(4):343-346.

16. Haute Autorité de Santé - Maltraitance des enfants, y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf

17. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance, Agir contre la maltraitance - Enfance et Partage [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.enfance-et-partage.org/spip.php?article308

18. Desmares M. Le rôle de la sage femme dans l'accompagnement des parents [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_role_de_la_sage_femme_dans_l_accompagnement_des_parents.pdf

19. OMS - Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/

20. Chaumier S. Du cadre conceptuel à la mise en œuvre du repérage de la maltraitance infantile : impacte de la loi du 5 mars 2007 sur les pratiques professionnelles sages-femmes [Internet]. 2010. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00671668/document

21. Beaud. Stéphane, Weber. Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, 4e édition La Découverte, 2010, 336 (coll. Grands repères)

22. Garreau L, Bandeira-De-Mello R. *La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée ?* In. 2010 ;1 - 19.

23. Larousse, Dictionnaire de français [Internet]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%c3%a9flexe/67477?q=r%c3%a9flexe#66720

24. Larousse, Dictionnaire de français [Internet]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accident/431?q=accident#423

25. Code pénal - Article 222-13. Code pénal.

26. Code pénal - Article 222-12. Code pénal.

27. Code pénal - Article 222-10. Code pénal.

28. Mireau E. *Maltraitance du nourrisson, le syndrome du bébé secoué*. Laennec. 2012 ;Tome 56(1):18 - 25.

29. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué - Rapport d'orientation de la commission d'audition [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1095933

30. Bonnet D. La toilette des nourrissons au Burkina Faso : une manipulation gestuelle et sociale du corps de l'enfant [Internet] 2010. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_POURC_2007_01_0113

31. Bonnet D, Pourchez L. Pour une anthropologie de la petite enfance appliquée à la santé. La médicalisation. 2007. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/pourchez_laurence/pour_anthropologie_petite_enfance/pour_anthropologie_petite_enfance.rtf

32. Bossuroy M, Moro MR. *La culture dans les interactions précoces. Soins Pédiatrie Puériculture*. 2014 ;(278):22-25.

33. Moulin V. Vers une déconstruction des situations de maltraitances intrafamiliales. Evolution Psychiatr. 2011 ; 76(2):187-99

34. King WJ, MacKay M, Sirnick A, *Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases*. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2003 ;168(2):155 - 9.

35. Enquête CIANE - Sortie de maternité et bien être des femmes [Internet]. 2012. Disponible sur: http://ciane.net/publications/enquete-accouchement/

36. OCDE - Parental leave : where are the fathers? [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.oecd.org/fr/general/parentalleavearticle

37. Kvande E, Brandth B. *Les pères en congé parental en Norvège. Changements et continuités*. Rev Polit Soc Fam. 2016 ;122(1):11-8.

38. Moss P. *Les pères dans les politiques de congés parentaux. Retour sur les données européennes de l'International Network on Leave Policies and Research.* Rev Polit Soc Fam. 2016 ;122(1):103-10.

39. Boyer D. *Les pères en congé parental à temps partiel en France : vers un modèle égalitaire ?* Rev Polit Soc Fam. 2016 ;122(1):63-76.

40. Henrion R. Les Doulas: une profession émergente? [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080619_doulas_acad-med.pdf

41. Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

42. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

43. Dias MS, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. *Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program*. Pediatrics. 2005 ;115(4):470-7.

44. Altman RL, Canter J, Patrick PA, Daley N, Butt NK, Brand DA. *Parent Education by Maternity Nurses and Prevention of Abusive Head Trauma.* Pediatrics. 2011 ;128(5):1164-72.

45. Tursz Anne, *Les oubliés,* Seuil, 2010, 419 (coll. Philo.gener)

46. Molénat F. *Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007*. Contraste. 2012 ;(26):127-35.

47. Olivier De Sardan J-P, *La rigueur du qualitatif Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique, Academia,* 2008, *365 (coll. Anthropologie prospective)*

48. Renier D. *Les bébés secoués.* Spirales 2009 ; (48):157-62.

Annexes

Annexe I : Trame d'entretien

Introduction

Numéro d'entretien :

Identité du professionnel de santé

- Age :
- Nombre d'années d'exercice :
- Nombre d'années d'exercice en libéral :
- Réalisez-vous du suivi pré-partum ? post-partum ? à domicile ? en cabinet ?
- Exercez-vous dans le cadre du PRADO ?
- Avez-vous des enfants ?

Corpus de l'entretien

Partie théorique

1. Spontanément, qu'évoque pour vous le Syndrome du Bébé Secoué ?

Relances - points à développer si non abordé spontanément :

- Pour vous, sommes-nous tous capable d'avoir envie de secouer un nourrisson ? et sommes-nous tous capable de le secouer ?
- Dans quelles circonstances le SBS survient-il ? Elément principal déclencheur ?
- Quelles conséquences ce secouement peut-il avoir pour l'enfant ?

2. A combien estimez-vous l'incidence du SBS en France par an ?

3. Pourriez-vous me parler du dernier cas donc vous avez eu connaissance, que ce soit dans les médias ou dans votre exercice professionnel ?

4. Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes sur le SBS ? si non, pourquoi ?

5. Vous sentez-vous capable de dépister une situation à risque et quoi faire dans ce cas ? (lien PMI, transmission information préoccupante, signalement)

6. Que pensez-vous d'une prévention du Syndrome du Bébé Secoué par les sages-femmes libérales ?

Relances :

- Pouvez-vous développer le rôle que vous attribuez aux sages-femmes libérales dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire ? Et celui des autres acteurs ?
- Quel est le moment pour vous le plus opportun pour réaliser cette prévention ?
- Une prévention systématique vous semble-t-elle nécessaire ? Si non quelle population cible ?

7. Quels outils de prévention connaissez-vous ou imagineriez-vous mettre en place ?

(aide à la réponse si besoin : information orale, support vidéo, dépliant informatif, affiche, document écrit, autre)

8. Pensez-vous être suffisamment préparée à intervenir dans la prévention du SBS ?

Partie pratique

9. Pouvez-vous me parler de la prévention que vous réalisez dans votre pratique professionnelle – ou de la non-prévention, si vous n'en réalisez pas ?

Relances si prévention	*Relances si non-prévention*
- Contenu de la prévention : information/conseils sur les pleurs ? sur le SBS ? - Auprès de qui ? (à tout le monde en systématique, si à certaines personnes, quels sont vos critères de sélection ? mère, père, couple) - Comment est-elle délivrée ? quels outils utilisez-vous ? - A quel moment du parcours de soin de la femme ? - Arrivez-vous à toucher le père dans cette prévention ?	- Pourquoi ? - Information/conseil sur les pleurs ? - Que vous manquerait-il pour la mettre en place ?

10. Avez-vous déjà suspecté et géré une situation à risque ? Pouvez-vous développer cette expérience ?

Différences entre la théorie et la pratique : quels freins ?

11. Après avoir abordé ce que vous pensez d'une prévention au sujet de SBS et ce que vous mettez ou non en pratique, pouvez-vous développer les freins que vous rencontrez pour effectuer (ou non) cette prévention ?

Relances :

- Que vous manque-t-il pour assurer cette prévention ?
- Y-a-t-il des aspects matériels, humains ou autres, qui parasitent ou gênent votre action de prévention ? Quels sont-ils ?
- Avez-vous à votre disposition assez d'outil ou d'information afin de réaliser une prévention à ce sujet ?
- Est-ce un sujet délicat ou pénible à aborder ? Pourquoi ?

12. Comment pourrait-on remédier à ces difficultés ? Avez-vous des suggestions ?

- Dans toutes vos suggestions, quels seraient les trois axes prioritaires ?

13. Auriez-vous des propositions pour des nouvelles modalités de prévention ?

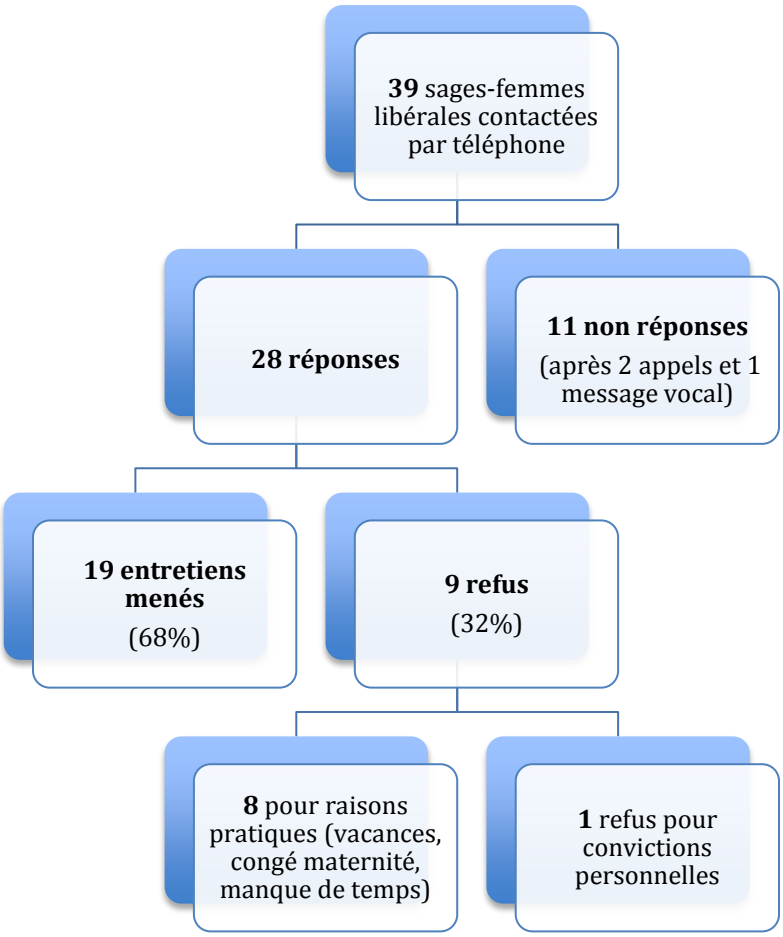
Conclusion de l'entretien

Pour finir cet entretien avez-vous des interrogations, des remarques, des commentaires ?

Voudriez-vous revenir sur l'un des points de cette enquête ?

Auriez-vous un commentaire à faire sur le contenu et la forme de cet entretien ?

Annexe II : Diagramme de recrutement



Annexe III : Echantillon de l'étude

Description échantillon (partie 1)

Sages-femmes	sexe	âge (année)	nationalité	Parité (P)	Lieu d'exercice	années d'exercice en tant que sage-femme (dont libéral)	suivi pré et post-partum	a domicile / en cabinet	Affiche/flyer SBS en la salle d'attente
A	féminin	25	Française	0	Essonne	1 (0,83)	oui	oui/oui	absence
B	féminin	54	Irlandaise	2	Yvelines	30 (7)	oui	oui/non	/
C	féminin	50	Française	2	Essonne	29 (19)	oui	oui/oui	présence
D	féminin	52	Française	2	Essonne	30 (21)	oui	oui/oui	absence
E	féminin	56	Française	3	Yvelines	35 (14)	oui	oui/oui	présence
F	féminin	26	Française	0	Yvelines	5 (4)	oui	oui/oui	Absence
G *	féminin	53	Française	4	Essonne	30 (28)	oui	oui/oui	absence
H	féminin	27	Française	0	Yvelines	3 (2)	oui	oui/oui	absence
I **	féminin	45	Française	4	Essonne	20 (7)	oui	oui/oui	absence
J	féminin	36	Française	2	Yvelines	11(1)	oui	oui/oui	absence
K	féminin	38	Française	3	Yvelines	12 (0,25)	oui	oui/non	/
L	féminin	44	Française	3	Essonne	21(9)	oui	oui/oui	absence
M	féminin	35	Française	2	Yvelines	11 (4)	oui	oui/oui	/
N	féminin	24	Française	0	Yvelines	0,4 (0,16)	oui	oui/oui	absence
O	féminin	38	Française	2	Yvelines	13 (0,5)	oui	oui/oui	/
P	féminin	45	Française	0	Essonne	17 (3)	oui	oui/oui	absence
Q	féminin	24	Française	0	Paris	0,2 (0,2)	oui	oui/oui	absence
R	féminin	50	Française	2	Essonne	19 (3)	oui	oui/oui	absence
S	féminin	26	Française	1	Essonne	7 (2)	oui	oui/oui	/
BILAN 19 entretiens	**100% féminin**	**Age moyen: 39 ans Age min: 24 ans Age max: 56 ans**	**2 origines: 18/19 FR 1/19 IRL**	**Parité (P) 6/19 0P 1/19 P1 7/19 P2 3/19 P3 2/19 P4 soit 32% de nullipare 68% mère**	**Essonne : 9/19 Yvelines : 9/19 Paris : 1/19**	**Expérience min : 2 mois (2 mois en libéral) Expérience moyenne : 15 ans et 5 mois (6 ans et 7 mois en libéral) Expérience max : 35 ans (28 ans en libéral)**	**100%**	**A domicile : 100% En Cabinet : 90%**	**Parmi les entretiens réalisés au cabinet : présence d'affiche ou flyer dans 14% des cas**

*G : formatrice dans le cadre de la formation continue pour les sages-femmes en rééducation et en sexologie

**I : DU psychisme et périnatalité, expérience en PMI, formation sur l'entretien post-natal

Description échantillon (partie 2)

Sage-femme	date entretien	lieu entretien	Durée entretien (min, secondes)
A	01/07/16	cabinet	20min13
B	04/07/16	dans un café	55min04
C	05/07/16	cabinet	26min38
D	05/07/16	cabinet	24min47
E	06/07/16	cabinet	85min30
F	07/07/16	cabinet	22min38
G	24/08/16	cabinet	22min05
H	30/08/16	cabinet	18min26
I	31/08/16	cabinet	33min06
J	03/08/16	cabinet	33min40
K	06/09/16	domicile	40min03
L	27/09/16	cabinet	20min51
M	07/10/16	domicile	21min02
N	26/11/16	cabinet	14min30
O	03/10/16	domicile	24min07
P	03/10/16	cabinet	34min45
Q	04/10/16	cabinet	15min58
R	03/11/16	cabinet	15min53
S	28/06/16	domicile	17min07
19 sages-femmes	**Etude menée sur 152 jours (5 mois)**	**Cabinet 14/19 Domicile 4/19 Café 1/19**	**Durée totale : 9h06 Durée moy. : 28min46 Durée min. : 14min30 Durée max. : 85min30**

Annexe IV : Codage sélectif