



HAL
open science

Connaissances des pères concernant le syndrome du bébé secoué

Meije Carayol

► **To cite this version:**

Meije Carayol. Connaissances des pères concernant le syndrome du bébé secoué. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02284334

HAL Id: dumas-02284334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02284334>

Submitted on 11 Sep 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.

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**CONNAISSANCES DES PERES CONCERNANT LE SYNDROME DU BEBE
SECOUE**

Par : CARAYOL Meije

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 03-09-2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2019

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**CONNAISSANCES DES PERES CONCERNANT LE SYNDROME DU BEBE
SECOUE**

Par : CARAYOL Meije

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 03-09-2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2019

RESUME

Objectif : Faire un état des lieux sur les connaissances des pères concernant le syndrome du bébé secoué.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale. Le recueil de données a été réalisé par entretien directif à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, entre le 27 Mars 2018 et le 23 Mai 2018. Ont été inclus tous les pères présents dans le service d'Unité Mère-Enfant, suite à la naissance de leur enfant. Etaient exclus, les pères ne souhaitant pas participer à l'étude et les pères dont l'enfant était décédé ou hospitalisé en néonatalogie.

Résultats : La population analysée comprenait 142 pères. 72% des pères connaissaient la cause du syndrome, 52% étaient conscients des conséquences, et 76% étaient conscients de la normalité des pleurs. La moitié des pères étaient conscients de la normalité des pulsions de violence induites par ces pleurs. La majorité des pères ne connaissaient pas la conduite à tenir en cas d'exaspération. Leur principale source d'information était la télévision. Seulement neuf pères se souvenaient avoir été informés par des professionnels de santé, et la prévention de ce syndrome était rarement abordé lors des conseils de sortie.

Conclusion : Les pères devraient être mieux informés au sujet du SBS, en particulier sur les mesures de prévention du SBS. Les professionnels de santé, et principalement les sages-femmes, devraient pouvoir avoir de bonnes connaissances, afin d'informer les parents sans difficulté. Les moyens d'informations devraient être multipliés, en intégrant l'information par différents médias, à l'information orale. Les moments d'information devraient également être multipliés, en ajoutant l'information prénatale à l'information postnatale.

Mots clés : syndrome du bébé secoué, pères, connaissances, information, prévention.

ABSTRACT

Objectives: Give a synopsis of fathers' knowledge of shaken baby syndrome.

Material and methods: This was a descriptive cross-sectional observational study. Data collection was conducted by directive interview at the Grenoble Couple-Children's Hospital between March 27, 2018 and May 23, 2018. Every father present in the Mother-Child unit service was included following their child's birth. Fathers who didn't want to participate in the study, fathers whose child had died or was hospitalized in neonatology were excluded.

Results: the analyzed population included 142 fathers. 72% of fathers knew the cause of the syndrome, 52% were aware of the consequences and 76% were aware of the normality of crying. Half of fathers were aware of the normality of impulses of violence induced by this crying. The majority of fathers didn't know what to do in case of exasperation. Their main source of information was TV. Only 9 fathers remembered being informed by health professionals, and the subject was rarely addressed during exit advice.

Conclusion: Fathers should be better informed about shaken baby syndrome, especially regarding preventive measures. Health professionals, and mainly midwives, should have up to date information, to inform parents without difficulty. The means of information should be multiplied, by integrating education with different media, with oral information. The moments of information should also be multiplied, by adding prenatal information to postnatal information.

Key words: Shaken baby syndrome, fathers, knowledge, information, prevention.

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

- Présidente : Mme Chantal SEGUIN, Directrice du Département Maïeutique – UFR de Médecine Grenoble – UGA.
- Co-Présidente : Dr Véronique EQUY, PH en Gynécologie-Obstétrique à l’Hôpital Couple enfant – CHU Grenoble-Alpes.
- Sage-femme invitée : Mme Delphine MACK LAURENT, Sage-femme Cadre à l’Hôpital Couple enfant – CHU Grenoble-Alpes.
- Directrice de mémoire : Dr Anne-Pascale MICHARD-LENOIR, Pédiatre à l’Hôpital Couple enfant – CHU Grenoble-Alpes.
- Sage-femme Enseignant Co-directeur : Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique – UFR de Médecine – UGA.

Je remercie plus particulièrement :

- Le Dr Anne-Pascale MICHARD-LENOIR, Pédiatre à l'Hôpital Couple enfant – CHU Grenoble-Alpes, Directeur de ce mémoire,

Pour avoir dirigé ce mémoire, pour ses conseils et pour ses encouragements.

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique – UFR de Médecine – UGA, Co-directeur de ce mémoire,

Pour son implication, sa disponibilité et sa réactivité.

- Mme Chantal SEGUIN, Directrice du Département Maïeutique – UFR de Médecine Grenoble – UGA,

Pour son accompagnement au cours de mes études.

- Mr Lionel CURTO, Sage-femme Enseignant à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble,

Pour son encadrement au cours de mes années d'étude.

- Mme Sylvie CARABY, Sage-femme Cadre à L'Hôpital Couple Enfant de Grenoble,

Pour m'avoir permis de réaliser mon étude dans son service.

- L'ensemble des professionnels du service d'Unité Mère-Enfant de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble,

Pour m'avoir accueillie dans leur service lors de la réalisation des entretiens.

Je remercie également :

- Ma famille, Mathieu, et mes amies,

Pour leur soutien et leurs encouragements.

- Lucie,

Pour son aide précieuse.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION.....	10
MATERIEL ET METHODES	14
1. Type d'étude.....	14
2. Lieu et période d'étude.....	14
3. Population.....	14
4. Critères de jugement.....	15
5. Recueil des données	16
6. Analyse des données	17
RESULTATS	18
1. Caractéristiques de l'échantillon	18
2. Objectif principal : Connaissances des pères sur le syndrome du bébé secoué.....	21
3. Connaissances des pères en fonction du nombre d'enfant(s).....	25
4. Sources d'information	27
5. Suggestions des pères.....	32
DISCUSSION	33
1. Limites et biais de l'étude	33
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature	35
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXES	50

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

TCNA : Traumatismes Crâniens Non Accidentels

UME : Unité Mère-Enfant

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

INTRODUCTION

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un terme qui a été introduit en 1972 par John Caffey, un radiologue pédiatre, pour décrire un tableau associant un hématome sous-dural ou sous-arachnoïdien et des hémorragies rétiniennes, en l'absence de signes externes de traumatisme crânien (1). Ce syndrome est aujourd'hui défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou Traumatismes Crâniens Non Accidentels (TCNA), dans lequel, c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral » (2).

Le secouement responsable du SBS est toujours violent, et rarement associé à un impact (2-5). Un seul épisode de secouement peut suffire à entraîner des séquelles, mais dans plus de 50% des cas, les épisodes de secouements sont réitérés (3,4,6).

Ce secouement est à différencier des mouvements spontanés de la tête non maintenue d'un enfant, des secousses dues au jeu, des mouvements de consolation, ou des moyens de transports, qui ne peuvent pas être responsables des conséquences du SBS. Dans le SBS, le nourrisson est généralement saisi sous les aisselles et secoué violemment. Les nourrissons présentent une immaturité des muscles cervicaux, et une disproportion du volume de la tête qui représente environ 20% de leur poids, par rapport au reste du corps. Ces particularités anatomiques vont favoriser la bascule d'avant en arrière de la tête du nourrisson lors du secouement, qui va être à l'origine d'un déplacement du cerveau dans la boîte crânienne.

Le secouement peut avoir de graves conséquences (5,7–10). Les lésions peuvent toucher les méninges et le parenchyme cérébral (hématome sous-dural, contusion, lacération...), la moelle et ses enveloppes (contusion, hématome, section...), les yeux (hémorragie, ischémie...), la nuque, les structures osseuses (fractures, cals...), ou la peau (ecchymoses). Le pronostic du SBS est sombre, avec un risque de mortalité et de morbidité important. Les séquelles peuvent être intellectuelles, motrices, visuelles, ou comportementales. Elles sont le plus souvent majeures et définitives.

Des études étrangères ont montré une incidence du SBS de 14 à 56 cas pour 100 000 enfants de moins de 1 an, mais cette incidence est certainement sous-estimée en raison notamment de la méconnaissance du diagnostic (5,6,11–15). En France, l'incidence est estimée à plusieurs centaines d'enfants par an. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, entre 7 et 9 enfants victimes de SBS sont pris en charge par an.

Le SBS est observé le plus souvent chez des enfants de moins de 1 an, et majoritairement à un âge inférieur à 6 mois (3,5,6,10,14,14,16,17). Les garçons sont plus souvent concernés que les filles (3,5,6,11,13). Les enfants nés prématurément, et ceux ayant un antécédent de complications périnatales ou de séparation mère-enfant en période néonatale sont également plus à risque de SBS (3,13). Nous pouvons également retrouver parmi les facteurs de risque de SBS : les pleurs inconsolables, les troubles du sommeil ou l'acquisition tardive d'un rythme de sommeil régulier, et les difficultés alimentaires (6).

Les grossesses multiples, les grossesses rapprochées et les grossesses non désirées sont un facteur de risque supplémentaire de SBS (6).

Parmi les facteurs de risque familiaux, nous retrouvons le jeune âge maternel, le bas niveau d'études et de revenus, ainsi que l'isolement social et familial (5,13,14). Il est cependant

important de préciser que le SBS est retrouvé dans tous les milieux intellectuels et socio-économiques.

Dans la majorité des cas, les auteurs du SBS sont les hommes vivants avec la mère de l'enfant victime, et les personnes en charge de la garde de l'enfant (3,10,13,18–20).

La méconnaissance des comportements normaux et des besoins d'un enfant représentent un facteur de risque de SBS. Une information donnée aux parents sur le SBS a une efficacité prouvée (21–24). Une sensibilisation systématique des parents aux dangers du secouement, ainsi qu'une information sur les pleurs du nourrisson sont recommandées « en anténatal, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour à la maison » (2). Ce type d'information est destiné aux deux parents, cependant les pères ne sont pas toujours présents, lorsque les professionnels de santé informent les patientes durant le suivi de la grossesse et le post-partum.

Dans ce contexte, une question peut se poser : Les pères reçoivent-ils suffisamment d'informations sur le SBS ?

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux, à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble, sur les connaissances des pères concernant le SBS.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'étudier s'il existait une différence de connaissances sur le SBS en fonction du nombre d'enfant(s) ;

- De décrire les sources d'information, et étudier s'il existait une différence de connaissances sur le SBS en fonction de ces sources d'information.
- D'évaluer si des conseils de sortie avaient été donnés aux pères présents le jour de la sortie de la maternité, et étudier s'il existait une différence de connaissances sur le SBS entre les pères ayant reçu ces conseils, et les pères ne les ayant pas reçus ;

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, et transversale.

2. Lieu et période d'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique, réalisée au sein du service d'Unité Mère-Enfant (UME), à l'HCE de Grenoble. Le recueil de données a été réalisé sur une période de huit semaines, entre le 27 Mars 2018 et le 23 Mai 2018.

3. Population

Tous les pères présents, lors de mon passage, dans le service d'UME, étaient inclus dans cette étude.

Étaient exclus, les pères ne souhaitant pas participer à l'étude et les pères dont l'enfant était décédé ou hospitalisé en néonatalogie.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux de bonnes réponses aux questions de connaissances sur le SBS.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La comparaison des réponses aux questions de connaissance, en fonction du nombre d'enfant(s).
- Les sources d'information concernant le SBS, et la comparaison des réponses aux questions de connaissance, en fonction de ces sources.
- La comparaison des réponses aux questions de connaissance, en fonction de la délivrance de conseils de sortie concernant le SBS.

En ce qui concerne les échelles de Likert, nous avons considéré que les réponses justes étaient « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » pour les affirmations « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs » et « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants ». A l'inverse, nous avons considéré que les réponses justes étaient « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord » pour les affirmations « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour le calmer » et « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer ».

5. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par entretien directif. L'entretien a été réalisé à l'aide d'un questionnaire (Annexe I). Ce questionnaire comprenait des questions fermées à choix multiple et à choix unique, ainsi que des questions ouvertes. Les premières questions concernaient les caractéristiques personnelles. Les suivantes portaient sur les connaissances des pères sur le SBS, les moyens d'information, et la clarté des informations reçues. Il était également demandé aux pères s'ils avaient reçu des conseils de sortie depuis la naissance de leur enfant, et si le SBS avait été abordé lors de ces conseils. Enfin, une question ouverte permettait aux pères de faire des suggestions à propos du moyen et du moment d'information concernant le SBS. Le questionnaire a été testé au préalable auprès de quatre personnes ne faisant pas partie du milieu de la santé, ce qui a permis de modifier quelques questions afin de faciliter leur compréhension. Le questionnaire a ensuite été testé auprès de treize pères, ce qui a permis de valider la compréhension et d'adapter l'organisation pour la réalisation des entretiens. Ces treize tests ont été inclus à l'étude. Les entretiens des pères ont été réalisés par moi-même, de manière anonyme, en présence des mères. L'étude était préalablement expliquée aux couples afin d'obtenir leur accord oral. Il était expliqué aux couples l'importance de l'interrogatoire ciblé sur les pères. Dans le cas où la mère intervenait durant l'interrogatoire, cette intervention était relevée. Il était également expliqué aux couples que cette étude n'avait pas comme objectif de juger les connaissances des pères, mais de faire un état des lieux de leurs connaissances afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Une fois l'interrogatoire des pères terminé, des informations sur le SBS étaient délivrées aux couples, et les mères étaient invitées à participer aux échanges à propos de ce sujet. Le jour du post-partum au moment de l'entretien était recueilli sur la feuille de transmission du personnel d'UME. Le jour de sortie du couple était recueilli à posteriori sur les cahiers d'entrée et de sortie du service d'UME.

6. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R4web et BiostaTGV.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, ou par la médiane et l'écart interquartile pour les réponses des échelles de Likert.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Khi^2 ou du test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq. Les médianes ont été comparées à l'aide du test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer plusieurs (dix) échantillons. Le test de corrélation de Pearson a été utilisé pour évaluer s'il existait une corrélation entre les variables quantitatives « nombre de sources d'information » et « nombre de réponses justes ».

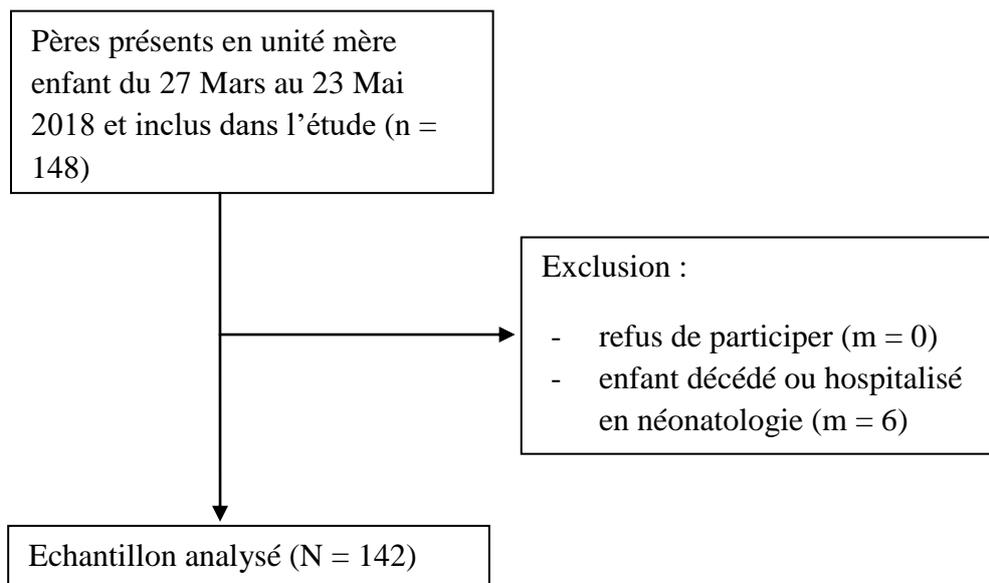
Le seuil de significativité retenu était de 5% ($p\text{-valeur} < 0,05$). Les valeurs estimées ont été encadrées par un intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur 148 pères inclus dans l'étude, six (4%) ont été exclus du fait de la présence d'un critère d'exclusion. La population analysée comprenait donc 142 pères.

Figure 1 : Diagramme de flux



Les caractéristiques des pères inclus dans l'étude sont détaillées dans le tableau I. L'âge moyen des pères était de 32,2 ans (écart type : 5,1).

Soixante-neuf pères (49%) venaient d'avoir leur premier enfant, et 73 pères (51%) avaient déjà un ou plusieurs enfant(s).

Concernant le niveau d'études, 83 pères (58%) avaient bénéficié d'un enseignement supérieur. Concernant la profession, 8 pères (6%) n'avaient aucune activité.

Quatorze pères (10%) ont été interrogés le jour de la sortie, et 44 pères (31%) ont été interrogés la veille de la sortie.

Tableau I: Description des caractéristiques des pères inclus dans l'étude ($n = 142$)

Age, m (et)	32,2 (5,1)
Nombre d'enfants, n (%)	
1	69 (49)
2	47 (33)
3	19 (13)
4	6 (4)
5	1 (1)
Niveau d'étude, n (%)	
Brevet des collèges	8 (6)
CAP ou BEP	31 (22)
Baccalauréat général, technologique ou professionnel	19 (13)
Enseignement supérieur	83 (58)
Sans	1 (1)
Profession, n (%)	
Agriculteur exploitant	1 (1)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	13 (9)
Profession libérale, professeur, profession scientifique, cadre et autres professions intellectuelles supérieures	46 (32)
Profession intermédiaire	20 (14)
Employé	35 (25)
Ouvrier	18 (13)
Retraité	0 (0)
Etudiant	0 (0)
Sans activité	8 (6)
Autre	1 (1)
Jour du post-partum, n (%)	
0	9 (6)
1	44 (31)
2	49 (35)
3	28 (20)
4	9 (6)
5	2 (1)
6	1 (1)
Sortie, n (%)	
J + 0	14 (10)
J + 1	44 (31)
J + 2	45 (32)
J + 3	20 (14)
J + 4	7 (5)
J + 5	6 (4)
J + 6	3 (2)
J + 7	2 (1)
J + 10	1 (1)

Légende: m = moyenne, et = écart type, n = effectif, % = pourcentage

2. Objectif principal : Connaissances des pères sur le syndrome du bébé secoué

Le tableau II présente les connaissances des pères sur le SBS.

Tableau II : Taux de réponse pour chaque item du questionnaire de connaissances sur le syndrome du bébé secoué (n = 142), n (%)

Caractéristiques^a

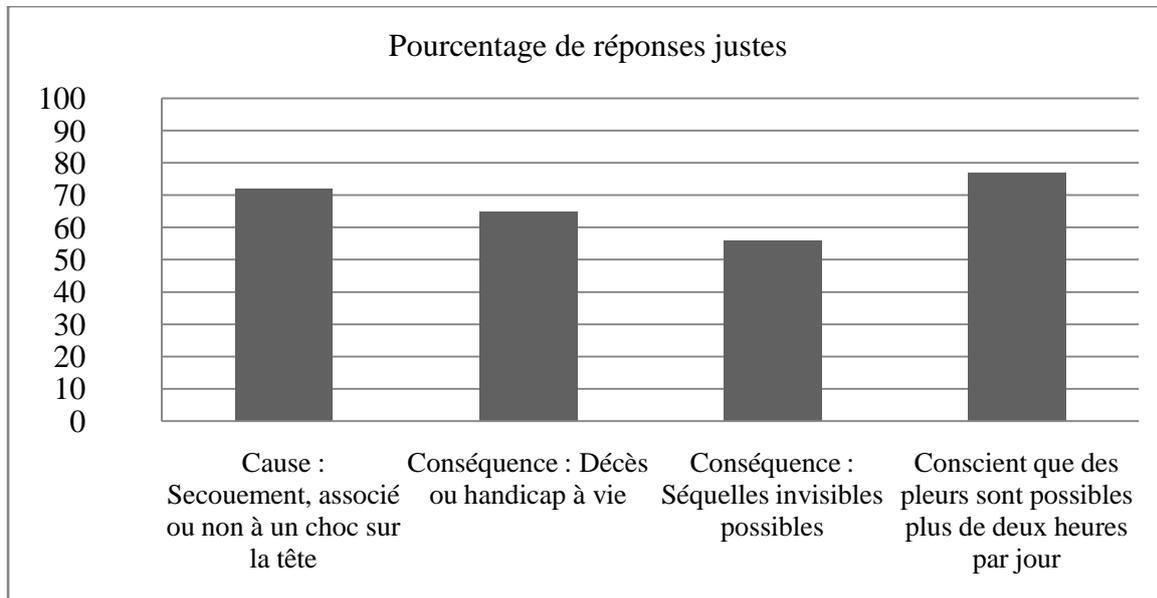
Causes du syndrome du bébé secoué	
Chute de table à langer	42 (30)
Secouement, associé ou non à un choc sur la tête	103 (72)
Moyen de transport trop tumultueux	44 (31)
Sans explication	7 (5)
Ne sait pas	37 (26)
Conséquences du syndrome du bébé secoué	
Aucune conséquence	0 (0)
Séquelles possibles mais rares	12 (8)
Décès ou handicap à vie	92 (65)
Séquelles invisibles possibles	80 (56)
Ne sait pas	39 (27)
Conscient que des pleurs sont possibles plus de 2h par jour	108 (76)

Légende : n = effectif, % = pourcentage

^a Des valeurs n'étaient pas renseignées pour : Conscient que des pleurs sont possibles plus de 2h par jour (n=1)

La figure 2 est un histogramme qui représente le pourcentage de bonnes réponses par les pères interrogés.

Figure 2 : Pourcentage de réponses justes aux questions de connaissances concernant le syndrome du bébé secoué (n = 142)

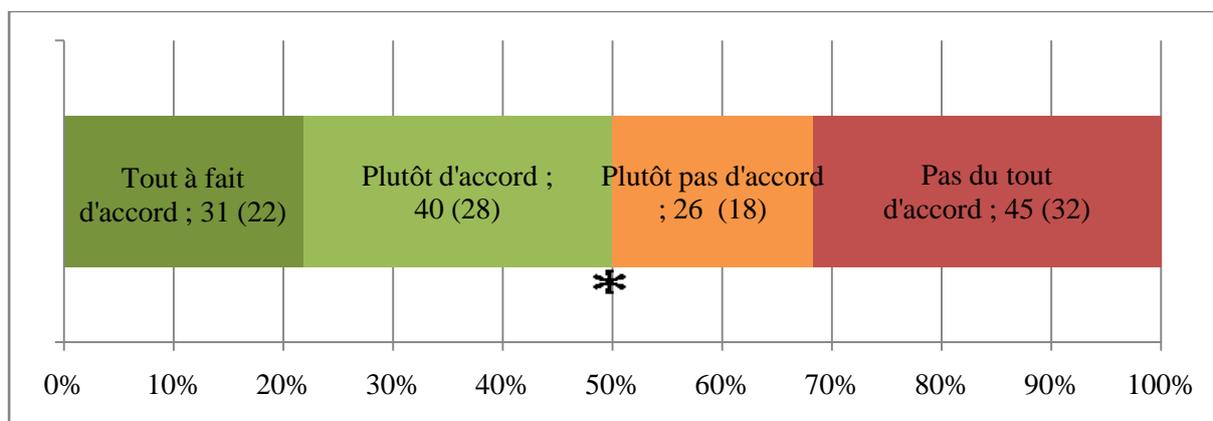


Légende : n = effectif

Les figures 3, 4, 5, et 6 représentent les résultats des échelles de Likert utilisées pour mesurer le degré d'accord des pères à plusieurs affirmations.

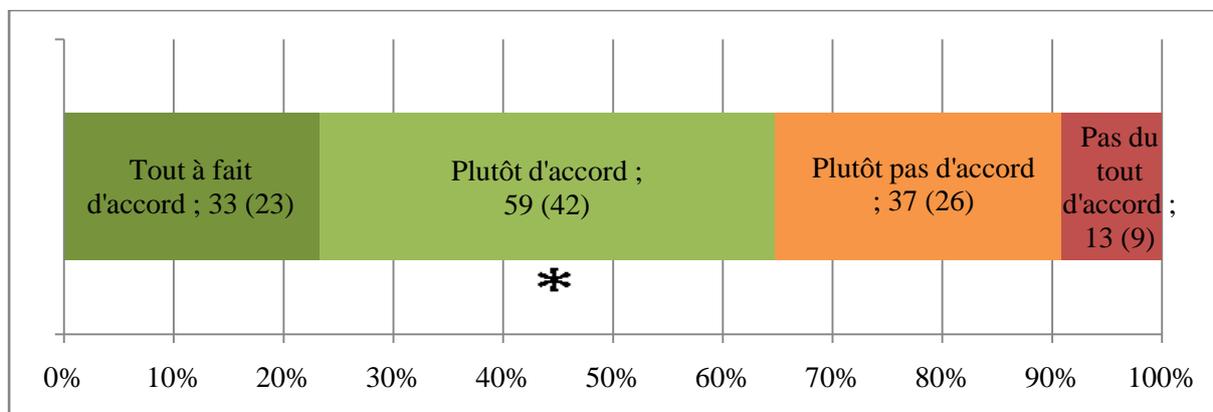
Les pères interrogés, dans la situation de se sentir exaspéré, ont présenté un degré d'accord neutre concernant l'envie de secouer son bébé. Ils étaient plutôt d'accord avec le fait d'essayer de jouer avec lui pour le calmer. Ils n'étaient plutôt pas d'accord de coucher l'enfant dans son lit et quitter la pièce quelques instants. Enfin, ils étaient tout à fait d'accord avec le fait de le garder contre eux pour essayer de le calmer.

Figure 3 : Degré d'accord avec l'affirmation « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs », n (%)



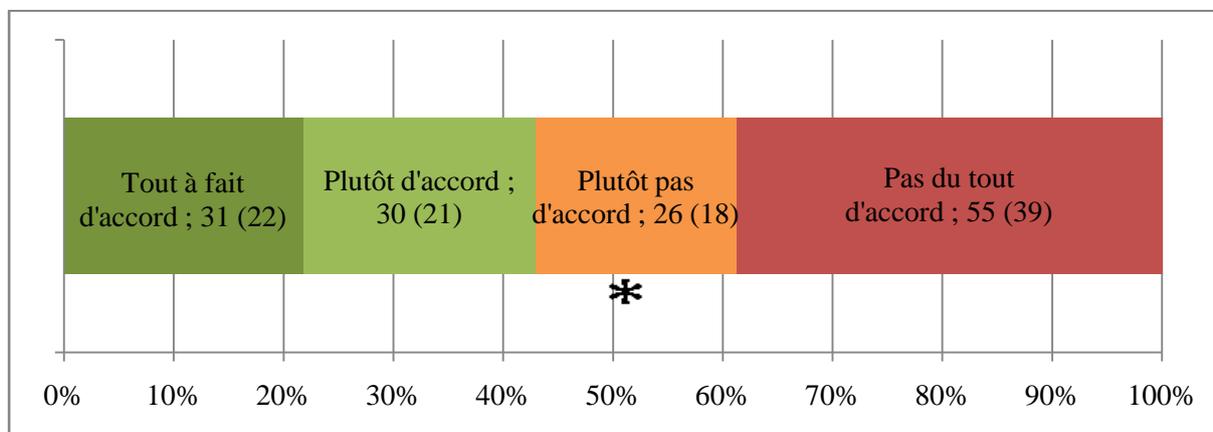
Légende : n = effectif, % = pourcentage, * = réponse médiane

Figure 4 : Degré d'accord avec l'affirmation « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour le calmer », n (%)



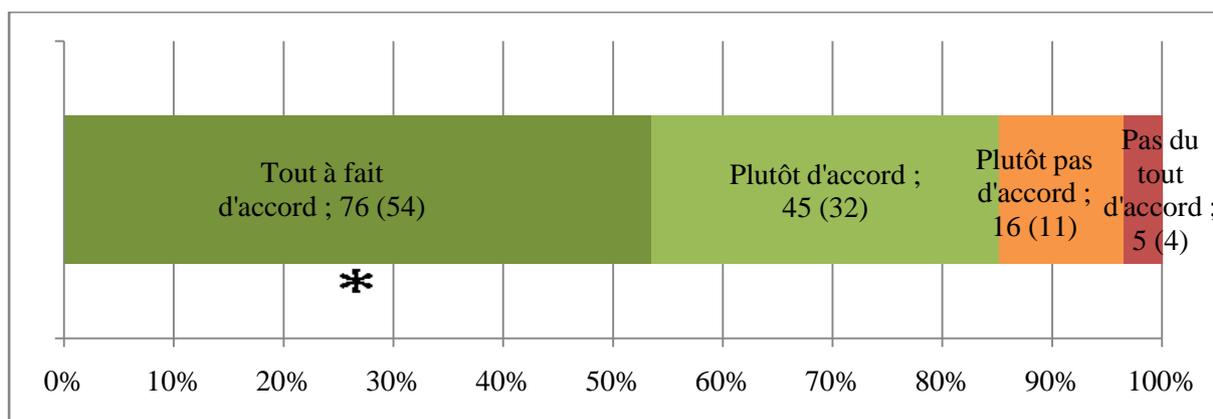
Légende : n = effectif, % = pourcentage, * = réponse médiane

Figure 5 : Degré d'accord avec l'affirmation « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants », n (%)



Légende : n = effectif, % = pourcentage, * = réponse médiane

Figure 6 : Degré d'accord avec l'affirmation « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer », n (%)



Légende : n = effectif, % = pourcentage, * = réponse médiane

3. Connaissances des pères en fonction du nombre d'enfant(s)

On note qu'il existait une différence statistiquement significative en fonction du nombre d'enfant(s) pour certaines questions de connaissances. Ces résultats sont présentés dans le tableau III.

Tableau III : Comparaison des réponses aux questions de connaissances concernant le syndrome du bébé secoué entre les pères ayant eu un premier enfant et les pères ayant déjà un ou plusieurs autre(s) enfant(s).

	Nombre d'enfant(s)			p-value
	Total (N = 142)	Un (N = 69)	Deux ou plus (N = 73)	
Réponses justes				
• Cause : Secouement, associé ou non à un choc sur la tête, n (%)	103 (73)	48 (70)	55 (75)	0,56
• Conséquence : Décès ou handicap à vie, n (%)	92 (65)	40 (58)	52 (30)	0,14
• Conséquence : Séquelles invisibles possibles, n (%)	80 (56)	35 (51)	45 (62)	0,25
• Conscient que des pleurs sont possibles plus de deux heures par jour, n (%)	108 (76)	47 (68)	62 (85)	0,03
Degré d'accord avec les affirmations				
• « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs », med, IQR [25% ; 75%]	2,5 [2 ; 4]	3 [2 ; 4]	2 [1 ; 3,25]	0,03
• « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour le calmer », med, IQR [25% ; 75%]	2 [2 ; 3]	2 [1,75 ; 3]	2 [2 ; 3]	0,27
• « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants », med, IQR [25% ; 75%]	3 [2 ; 4]	4 [2 ; 4]	2 [1 ; 4]	0,003
• « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer », med, IQR [25% ; 75%]	1 [1 ; 2]	1 [1 ; 2]	2 [1 ; 2]	0,06

Légende : n = effectif, % = pourcentage, med = médiane, IQR = intervalle interquartile.

4. Sources d'information

Soixante-six pour cent des pères (n = 94) avaient déjà reçu une information concernant le SBS. Parmi les pères ayant reçu une information, 42% (n = 39) estimaient que celle-ci était assez claire. Les sources d'information sont détaillées dans le tableau IV. Dix pour cent des pères informés (n = 9) avaient reçu une information de la part d'un professionnel de santé. La principale source d'information était la télévision et concernait 49% des pères informés (n = 46).

Vingt-deux pères (16%) avaient reçu des conseils de sortie. Un père se souvenait que le SBS avait été abordé lors des conseils de sortie.

Tableau IV : Sources d'information des pères sur le syndrome du bébé secoué (n = 142), n (%)

A déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué	94 (66)
Source d'information, parmi les pères ayant reçu une information (n = 94)	
Professionnel de santé	9 (10)
Conjointe	14 (15)
Proche	24 (26)
Radio	9 (10)
Télévision	46 (49)
Internet	21 (22)
Dépliant d'information	5 (5)
Affiche	2 (2)
Carnet de santé	10 (11)
Autre : profession	4 (4)
Autre : journaux	7 (7)
Nombre de pères estimant que les informations reçues étaient assez claires, parmi les pères ayant reçu l'information (n = 94)*	39 (42)
Conseils de sortie ^a	
Non donnés / Absent lors des conseils	119 (84)
Reçus et syndrome du bébé secoué non abordé / ne sait pas si syndrome du bébé secoué abordé	21 (15)
Reçus et syndrome du bébé secoué abordé	1 (1)

Légende : n = effectif, % = pourcentage

^a Des valeurs n'étaient pas renseignées pour : Nombre de pères estimant que les informations reçues étaient assez claires, parmi les pères ayant reçu l'information (n=2), conseils de sortie (n=1)

Il existait une différence statistiquement significative de l'effectif de bonnes réponses en fonction de la source d'information (tableau V). Cependant, il faut noter qu'il existait une corrélation linéaire positive modérée, mais statistiquement significative, entre le nombre de réponses justes et le nombre de sources d'information (figure 7).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les médianes des réponses aux échelles de Likert en fonction de la source d'information.

Tableau V : Comparaison des réponses aux questions de connaissances concernant le syndrome du bébé secoué en fonction de la source d'information.

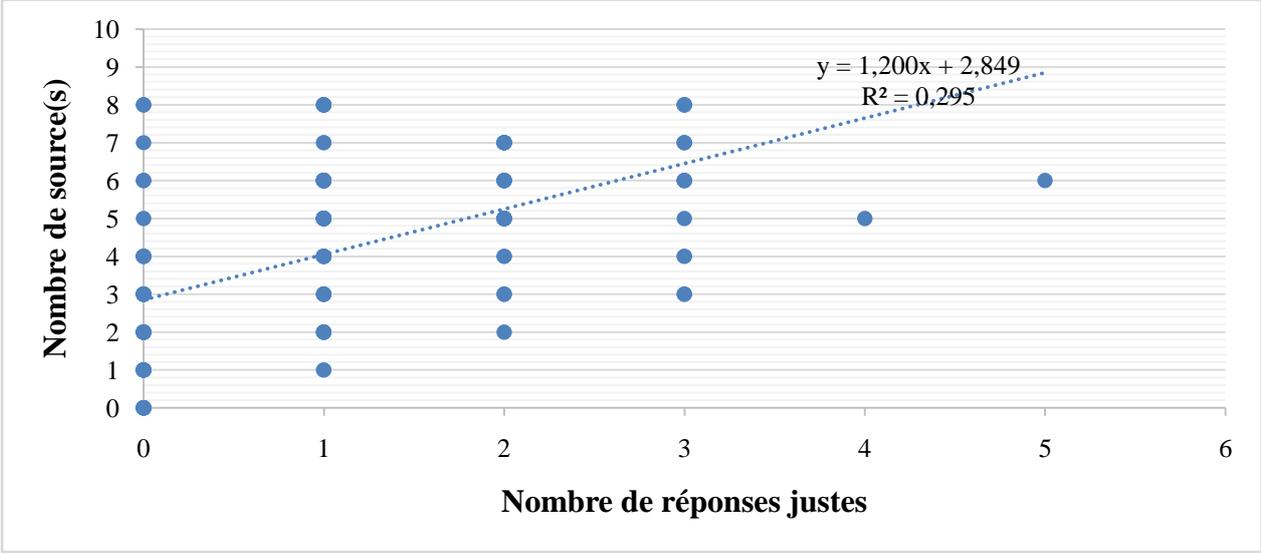
	Source d'information											p-value
	Total (N = 142)	Professionnel de santé (N = 9)	Conjointe (N = 14)	Proche (N = 24)	Radio (N = 9)	Télé (N = 46)	Internet (N = 21)	Dépliant d'information (N = 5)	Affiche (N = 2)	Carnet de santé (N = 10)	Autre (N = 11)	
Réponses justes												
• Cause : Secouement, associé ou non à un choc sur la tête, n (%)	103 (73)	8 (88)	13 (93)	23 (96)	9 (100)	45 (98)	21 (100)	5 (100)	2 (100)	10 (100)	10 (91)	< 0,001
• Conséquence : Décès ou handicap à vie, n (%)	92 (65)	7 (78)	13 (93)	21 (88)	9 (100)	42 (91)	20 (95)	5 (100)	2 (100)	10 (100)	11 (100)	< 0,001
• Conséquence : Séquelles invisibles possibles, n (%)	80 (56)	6 (67)	12 (86)	19 (79)	6 (67)	33 (72)	15 (71)	3 (60)	2 (100)	6 (60)	8 (73)	< 0,001
• Pleurs sont possibles plus de 2h par jour, n (%)	108 (76)	7 (78)	12 (86)	21 (88)	8 (88)	40 (87)	19 (90)	5 (100)	1 (50)	8 (80)	9 (82)	< 0,001
Degré d'accord avec les affirmations ^{ab}												
• A, med, EIQ [25% ; 75%]	2,5 [2 ; 4]	2 [1 ; 4]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 2]	2 [1,25 ; 3]	3 [2 ; 3]	2 [2 ; 2]	2,5 [2,25 ; 2,75]	1,5 [1 ; 2]	2 [1,5 ; 3]	0,5
• B, med, EIQ [25% ; 75%]	2 [2 ; 3]	2 [2 ; 3]	3 [2 ; 3]	2 [2 ; 3]	2 [1 ; 2]	2 [2 ; 3]	3 [1 ; 3]	2 [2 ; 2]	3 [2,5 ; 3,5]	3 [2,25 ; 3]	2 [1,5 ; 3]	0,5
• C, med, EIQ [25% ; 75%]	3 [2 ; 4]	3 [2 ; 4]	1,5 [1 ; 3]	2 [1 ; 4]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 3]	2 [2 ; 3]	2 [1 ; 2]	2,5 [1,75 ; 3,25]	2 [1,25 ; 2,75]	3 [2 ; 4]	0,6
• D, med, EIQ [25% ; 75%]	1 [1 ; 2]	2 [1 ; 2]	2 [1 ; 3]	1 [1 ; 2]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 2]	2 [1 ; 2]	2 [2 ; 2]	2 [1,5 ; 2,5]	2 [2 ; 2]	1 [1 ; 2]	0,6

Légende : n = effectif, % = pourcentage, med = médiane, EIQ = écart interquartile.

^aA : « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs », B : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour le calmer », C : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants », D : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer ».

^bLa réponse « 1 » correspond à « tout à fait d'accord », La réponse « 2 » correspond à « plutôt d'accord », La réponse « 3 » correspond à « plutôt pas d'accord », La réponse « 4 » correspond à « pas du tout d'accord ».

Figure 7 : *Corrélation et droite de corrélation entre le nombre de réponses justes et le nombre de sources d'information.*



Le tableau VI montre qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative concernant les connaissances des pères, en fonction des conseils de sortie.

Tableau VI : Comparaison des réponses aux questions de connaissances concernant le syndrome du bébé secoué entre les pères ayant reçu une information concernant le syndrome du bébé secoué lors des conseils de sortie et les pères n'ayant pas reçu cette information.

	Total (N = 142)	Pères ayant reçu des conseils de sortie et SBS abordé ^c		p-value
		Oui (N = 1)	Non (N = 141)	
Réponses justes				
• Cause : Secouement, associé ou non à un choc sur la tête, n (%)	103 (73)	1 (100)	102 (72)	1
• Conséquence : Décès ou handicap à vie, n (%)	92 (65)	1 (100)	91 (64)	0,70
• Conséquence : Séquelles invisibles possibles, n (%)	80 (56)	1 (100)	79 (56)	0,88
• Conscient que des pleurs sont possibles plus de deux heures par jour, n (%)	108 (76)	1 (100)	107 (76)	0,08
Degré d'accord avec les affirmations^{ab}				
• A, med, IQR [25% ; 75%]	2,5 [2 ; 4]	2 [2 ; 2]	2,5 [2 ; 4]	0,63
• B, med, IQR [25% ; 75%]	2 [2 ; 3]	2 [2 ; 2]	2 [2 ; 3]	0,83
• C, med, IQR [25% ; 75%]	3 [2 ; 4]	4 [4 ; 4]	3 [2 ; 4]	0,27
• D, med, IQR [25% ; 75%]	1 [1 ; 2]	1 [1 ; 1]	1 [1 ; 2]	0,3

Légende : n = effectif, % = pourcentage, med = médiane, IQR = intervalle interquartile.

^a A : « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs », B : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour le calmer », C : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants », D : « si vous vous sentez exaspéré par les pleurs de votre bébé, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer ».

^b La réponse « 1 » correspond à « tout à fait d'accord », La réponse « 2 » correspond à « plutôt d'accord », La réponse « 3 » correspond à « plutôt pas d'accord », La réponse « 4 » correspond à « pas du tout d'accord ».

^c Des valeurs n'étaient pas renseignées pour : conscient que des pleurs sont possibles plus de deux heures par jour (n=1)

5. Suggestions des pères

Cent deux pères (72%) ont formulé des suggestions concernant le moment ou le moyen d'information.

Ces suggestions sont détaillées dans le tableau VII.

Tableau VII : Suggestions des pères interrogés sur le syndrome du bébé secoué (n = 102), n (%)

Affiche dans la chambre en UME	16 (16)
En prénatal	13 (13)
Affiche et information orale en UME	10 (10)
En prénatal et postnatal	9 (9)
En population générale	9 (9)
Par le pédiatre qui suit l'enfant	8 (8)
Réunions d'information pour les pères	7 (7)
Répéter	7 (7)
Pendant les soins en UME	5 (5)
Carnet d'informations destiné aux pères	4 (4)
Affiche en UME et chez le pédiatre	3 (3)
Informations sur des sites publics	2 (2)
Sur le carnet de santé mais informations plus claires	2 (2)
Signature après avoir reçu l'information en UME	1 (1)
Information orale en UME	1 (1)
En postnatal	1 (1)
Sur support en UME	1 (1)
En post-partum par la sage-femme libérale	1 (1)
Après la sortie d'UME	1 (1)
Affiche chez le pédiatre	1 (1)

Légende : n = effectif, % = pourcentage

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Nous avons réalisé des entretiens avec les pères durant le séjour en UME. La réalisation des entretiens le jour de la sortie aurait permis d'avoir un meilleur reflet des connaissances des pères à leur retour à domicile, et aurait permis une meilleure analyse de l'objectif principal. Ce moment a été choisi afin de pouvoir étudier s'il existait une différence de connaissances entre les pères ayant reçu une information sur le SBS avec des conseils de sortie, et les pères n'ayant pas reçu ces conseils. L'effectif de pères ayant reçu des conseils de sortie avec information sur le SBS ($n = 1$) n'était pas suffisant pour trouver une différence significative. Cet effectif pourrait être plus important en allongeant la période de recueil, ou en recrutant les pères en fonction du jour de la sortie.

Nous pouvons penser que la réalisation d'entretiens a pu conduire à un biais de désirabilité sociale, lié à ma présence et à la présence de la mère, pour certaines questions, notamment pour celles concernant la normalité des pulsions de violence et la conduite à tenir en cas d'exaspération. Pour limiter ce biais, une explication préalable à l'entretien était donnée aux pères pour expliquer l'objectif de cette étude, qui était d'améliorer les pratiques professionnelles et non de juger leurs connaissances. Lors du moment d'échange qui suivait l'entretien, de nombreux pères ont confirmé leur honnêteté et leur sentiment de non-jugement. De plus, si on considère qu'une fois ces informations données, les pères doivent être conscients que ces pulsions sont normales, et que la meilleure solution est de s'isoler, ce biais n'a plus lieu d'être identifié.

La réalisation d'entretiens aurait également pu conduire à un biais d'information si les mères intervenaient durant l'entretien. Pour limiter ce biais, une information préalable à l'entretien était

donnée aux couples concernant l'importance de l'interrogatoire ciblé sur les pères, et dans le cas où la mère intervenait durant l'interrogatoire, cette intervention était relevée. Au total, une intervention aurait pu créer un biais d'information concernant l'affirmation « un nourrisson peut pleurer plus de 2 heures par jour ». La réponse du père n'a donc pas été retenue.

La réalisation d'entretiens a permis d'augmenter le taux de participation à l'étude, et de limiter le biais d'information, les pères ne pouvant pas se renseigner auprès d'une autre personne ou sur internet.

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de quatre personnes ne faisant pas partie du milieu de la santé, puis auprès de treize pères, ce qui a permis de limiter le biais de compréhension.

Un biais de compréhension existait pour trois pères interrogés qui maîtrisaient peu le français. Nous ne pouvons pas savoir dans quel sens les résultats ont pu être influencés par ce biais, mais l'effectif de pères concernés étant de trois, nous pouvons estimer que ce biais n'avait qu'une influence minime. Ces pères n'ont pas été exclus de l'étude afin de limiter le biais de recrutement. Il paraissait intéressant d'inclure ces pères, d'autant que la barrière de la langue constitue un frein à l'information.

Il existait également un biais de mémorisation concernant l'information sur le SBS (information, source d'information, conseils de sortie).

Les pères ayant un enfant décédé ou hospitalisé en néonatalogie ont été exclus de l'étude. Cela représente un biais de recrutement, d'autant que les enfants nés prématurément, et ceux ayant un antécédent de complications périnatales ou de séparation mère-enfant en période néonatale sont plus à risque de SBS (3,13). Ce biais n'a pas pu être évité car il semblait délicat d'interroger ces pères à propos du SBS.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

Cette étude était une étude monocentrique. Les résultats obtenus sont donc seulement applicables à l'HCE de Grenoble.

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous savons que le SBS est retrouvé dans tous les milieux intellectuels et socio-économiques. Cependant il est reconnu qu'un jeune âge et un bas niveau d'études et de revenus sont des facteurs de risque de maltraitance (2,5,13,14). L'âge moyen des pères de notre étude était de 32,2 ans. Seulement 6% des pères n'avaient aucune activité professionnelle, et 58% des pères avaient bénéficié d'un enseignement supérieur. Les caractéristiques de notre échantillon ne représentaient donc pas un facteur de risque de SBS.

2.2. Objectif principal : Connaissances des pères sur le syndrome du bébé secoué

La HAS a établi des recommandations en Juillet 2017 concernant les messages de prévention à diffuser aux nouveaux parents et aux gardiens de nourrissons (2).

Parmi ces messages, on retrouve la définition du SBS : « Les pleurs d'un bébé peuvent conduire certains adultes qui n'en peuvent plus à le secouer. C'est le syndrome du bébé secoué. » (2). Dans notre étude, 72% des pères interrogés savaient que le SBS peut survenir suite à un secouement, associé

ou non à un choc sur la tête. Dans une étude menée en 2011 dans le même centre, 84% des mères interrogées le jour de la sortie répondaient juste à cette question (25).

Les conséquences du SBS font également partie des messages de prévention recommandés par la HAS : « Secouer un bébé peut le tuer ou le rendre handicapé pour toute la vie » (2). Dans notre étude, la totalité des pères savaient que ce syndrome peut avoir des conséquences pour l'enfant. Cependant, 8% des pères pensaient que ces conséquences sont rares, et seulement 52% des pères savaient que ce syndrome peut être responsable du décès, d'un handicap à vie, ou de séquelles intellectuelles ou comportementales. Dans l'étude de 2011, seulement 31% des mères répondaient juste à la question concernant les conséquences du SBS.

Ces deux messages, recommandés par la HAS, paraissent importants à diffuser. En effet, la connaissance de ce syndrome et de sa dangerosité pourrait constituer une première limitation au secouement.

La normalité des pleurs d'un bébé fait également partie des informations recommandées : « Un bébé peut pleurer jusqu'à 2 heures par jour et c'est normal. Cela ne veut pas dire que vous vous occupez mal de votre enfant ou qu'il est malade » (2). Dans notre étude, 76% des pères étaient conscients que des pleurs sont possibles plus de deux heures par jour. Cependant, les pères interrogés qui venaient d'avoir leur premier enfant avaient un pourcentage de bonnes réponses statistiquement moins élevé que les autres pères. Cela paraît évident, car un père ayant déjà un ou des enfant(s) a certainement déjà été confronté aux pleurs d'un bébé.

Un message ne fait pas partie des recommandations de la HAS, mais paraît important pour la prévention du SBS. Celui-ci est la normalité des pulsions de violence. Dans notre étude, seulement 50% des pères étaient tout à fait ou plutôt d'accord avec l'affirmation « tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs ». Comme pour la précédente question, le

pourcentage de pères d'accords avec cette affirmation était statistiquement moins important pour les pères qui venaient d'avoir leur premier enfant. Cela paraît également évident, car un père ayant déjà un ou des enfant(s) a certainement déjà été exaspéré par les pleurs d'un bébé. Dans l'étude menée en 2011 dans le même centre, 73% des mères pensaient qu'il est normal d'avoir des idées violentes (25).

Tous les parents, et plus particulièrement les pères venant d'avoir leur premier enfant, devraient être informés de la normalité des pleurs d'un bébé, ainsi que de la normalité des pulsions de violence possibles de la part d'un adulte confronté à ces pleurs. Ces informations pourraient permettre à l'adulte de se déculpabiliser et se détresser, se sentant moins dans une situation « anormale ». Cela pourrait également lui permettre de demander de l'aide plus facilement. Il paraît donc important de diffuser ces messages, et cela davantage pour des nouveaux pères.

Enfin, une autre information recommandée est la conduite à tenir en cas de pleurs responsables d'une exaspération de l'adulte : « Si votre enfant pleure, il vous faut vérifier : qu'il n'a pas faim, que sa couche n'est pas sale, qu'il n'a pas de fièvre, ou qu'il n'est pas trop couvert. Si malgré tout, il continue à pleurer et que vous n'en pouvez plus : couchez-le sur le dos dans son lit et partez, appelez quelqu'un de proche, surtout ne le secouez pas ! » (2). Dans notre étude, les pères étaient amenés à se projeter dans cette situation. Leurs réponses montraient un manque de connaissance concernant ces mesures de prévention. On note également que les pères ayant déjà un ou des enfant(s) avaient un nombre de bonnes réponses statistiquement plus important. Ces pères, ayant certainement déjà ressenti des pulsions de violences à l'égard de leur(s) enfant(s) en raison de leurs pleurs, ont peut-être déjà recherché des solutions à cette situation, en s'informant via des proches, des professionnels de santé, ou internet par exemple. Dans l'étude menée en 2011 dans le même centre, 72% des mères réagissaient correctement en cas de pleurs devenus insupportables (25).

Les parents doivent être informés que dans cette situation, la seule solution qui permet d'assurer la sécurité de leur bébé n'est pas de rester auprès de lui, mais de s'isoler afin de se calmer. Il paraît également important d'apporter une attention particulière aux nouveaux pères concernant cette information.

En conclusion, les messages de prévention qui paraissent importants concernent la cause du SBS, ses conséquences parfois dramatiques, la normalité des pleurs d'un bébé et des pulsions de violence induites par ces pleurs, et enfin la conduite à tenir en cas de pleurs devenus insupportables. Les pères de notre étude avaient un taux de réponses justes inférieur à celui des mères interrogées dans le même centre en 2011. Il paraît important d'apporter une attention aux pères, qui peuvent, tout comme les mères, être confrontés aux pleurs d'un bébé et se retrouver dans une situation d'exaspération pouvant conduire au SBS, et qui sont en outre les auteurs principaux du SBS. Il paraît également important d'apporter une attention particulière aux nouveaux pères pour certaines informations, notamment la normalité des pleurs d'un bébé et des pulsions de violence induites par ces pleurs, et la conduite à tenir en cas de pleurs devenus insupportables. En effet, notre étude montrait une différence statistiquement significative, pour ces questions, avec un taux de réponses justes des nouveaux pères inférieur aux pères ayant déjà des enfants. Les moyens et les personnes cibles de l'information seront abordés dans la suite de la discussion.

2.3. Sources d'information

Dans notre étude, 66% des pères avaient déjà reçu une information concernant le SBS, et 58% des pères informés estimaient que l'information reçue n'était pas assez claire. Dans l'étude menée en 2011

dans le même centre, 84% des mères avaient déjà entendu parler du SBS, et 89% auraient aimé avoir une information plus importante à ce sujet (25).

La source d'information principale des pères de notre étude était la télévision (49% des pères informés). Seulement 10% des pères informés, donc 6% des pères interrogés, avaient été informés par un professionnel de santé. Dans l'étude menée en 2011 dans le même centre, la source d'information principale était également représentée par les médias, et l'information par les professionnels de santé représentait 17% des mères informées, et 15% des mères interrogées (25). Cependant, dans cette étude, les mères étaient interrogées le jour de la sortie, alors que dans notre étude, les pères étaient interrogés durant tout le séjour.

Il apparaît donc dans ces deux études que le taux d'information des parents sur le SBS était faible, d'autant plus pour les pères que pour les mères, avec une information principalement faite par les médias et faible de la part des professionnels de santé.

Dans notre étude, le taux de bonnes réponses des pères informés via les technologies de l'information et de la communication (TIC) était plus élevé que celui des pères informés via d'autres moyens. Puisqu'il existait une corrélation entre le nombre de réponses justes et le nombre de sources d'information, il nous semble légitime de nous questionner sur la raison du manque de connaissances des pères sur ce syndrome. Est-ce un défaut d'information des professionnels de santé, ou une meilleure assimilation de l'information via les TIC ? Nous pouvons également nous demander quelle est l'influence de la multiplication des moyens et des moments d'information sur la connaissance des parents concernant ce syndrome.

En ce qui concerne les conseils de sortie, 16% des pères en avaient bénéficié, et seulement un père avait le souvenir qu'une information concernant le SBS avait été donnée. Sur la totalité des pères interrogés, 14 pères sont sortis de la maternité le jour de l'entretien, et 44 pères sont sortis le

lendemain. Si on considère que les conseils de sortie devraient être donnés le jour ou la veille de la sortie, dans notre étude 38% de ces pères ont reçus des conseils de sortie. Dans l'étude menée en 2011 dans le même centre, 7% des mères interrogées le jour de la sortie avaient reçu une information sur le SBS durant leur séjour en UME (25).

Il apparaît donc que le taux d'information des pères via des conseils de sortie est faible, et que le sujet du SBS est rarement abordé lors de ces conseils. Il serait intéressant d'aborder le sujet avec plus de pères lors de ces conseils et d'y inclure systématiquement le sujet du SBS.

Les sages-femmes représentent le professionnel de santé le mieux placé pour réaliser l'information du SBS. En effet, elles rencontrent les futurs parents à plusieurs moments de la grossesse, durant les consultations de suivi de grossesse et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles sont également présentes durant la période du post-partum, lors de l'hospitalisation en UME et des visites post-natales. Plusieurs études réalisées en France montrent un manque de connaissance de leur part au sujet du SBS (26–28). Ces études montraient également qu'elles abordaient peu le sujet avec les parents, par manque de connaissance et par peur d'aborder ce sujet délicat. Il est compliqué d'informer des parents sur un sujet qui n'est pas entièrement maîtrisé, surtout lorsque celui-ci semble effrayant comme le SBS. De meilleures connaissances pourraient permettre aux sages-femmes d'aborder ce sujet avec plus de facilité. C'est ce que j'ai moi-même remarqué grâce à ce travail. Mes recherches m'ont permis d'élargir mes connaissances à ce sujet, ce qui m'a permis d'aborder le sujet avec les parents sans difficulté ni aucune gêne.

2.4.Suggestions des pères, et suggestions personnelles

Les pères interrogés semblent particulièrement impliqués car une majorité ont fait des suggestions concernant les moyens et les moments d'information.

Trente-sept pères suggéraient qu'une information soit donnée durant la période du séjour en UME. Parmi eux, 30 pères suggéraient que cette information soit donnée sur support visuel (affiche dans la chambre ou dans le service, support écrit), 11 pères suggéraient qu'elle soit donnée à l'oral, et 5 pères souhaitaient qu'elle soit donnée lors des soins.

Il pourrait en effet être intéressant qu'une information sur support visuel complète l'information orale. Cela pourrait permettre d'informer les pères absents lors des conseils de sortie, de répéter l'information aux parents déjà informés par oral, et également d'intégrer l'information visuelle à l'information orale. Il existe déjà ce type de support pour l'information du SBS (Annexes 3, 4, 5), qui pourrait être plus largement diffusé dans les maternités. Ce type de support pourrait également être traduit dans différentes langues, ce qui permettrait une information aux parents ne parlant pas français.

Nous pouvons également suggérer l'intégration des TIC dans les services, qui pourraient être un appui pour l'information orale. En effet, la plupart des chambres d'UME disposent d'une télévision, qui pourrait éventuellement servir à la diffusion d'une vidéo de quelques minutes. Cette vidéo pourrait reprendre quelques sujets abordés lors des conseils de sortie. Il existe déjà des vidéos de prévention à ce sujet, comme une vidéo créée en 2018 par un médecin généraliste, qui aborde le SBS avec une touche d'humour (<https://www.youtube.com/watch?v=OhHIq4qQTNo&feature=youtu.be>).

Il pourrait également être intéressant que certains conseils de sortie soient donnés à la fin des soins, car cela permettrait d'informer plus de pères, qui sont généralement présents lors de ces soins. Cependant,

cela nécessiterait que le professionnel réalisant ces conseils bénéficie d'un temps supplémentaire pour chaque soin, ce qui semble peu évident à mettre en place en pratique.

En ce qui concerne les conseils donnés par oral en UME, ils semblent essentiels. Cependant, il serait intéressant de mettre en place une traçabilité de ces conseils, par exemple par des items à cocher sur ordinateur. Cela pourrait permettre que chaque item (prévention du SBS, prévention de la mort inattendue du nourrisson, etc.) soit abordé, mais également de répartir ces conseils sur plusieurs moments du séjour afin de favoriser leur compréhension et intégration par les parents. Ce système de traçabilité pourrait également intégrer des items à cocher pour les pères, ce qui permettrait de savoir quelles informations leurs ont été transmises, afin de pouvoir les compléter lorsque le père est présent.

Douze pères suggéraient que l'information soit donnée par le médecin qui suit l'enfant, par oral ou par support visuel. Ce moyen d'information paraît en effet essentiel, afin de répéter l'information durant les premiers mois du bébé.

Vingt-deux pères suggéraient que l'information soit donnée en prénatal. Ce moment est à privilégier pour l'information. En effet, durant le séjour en UME, les parents reçoivent de nombreuses informations, qui sont donc moins bien mémorisées. Les professionnels de santé devraient profiter de la période prénatale, et plus particulièrement des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, pour informer les parents à ce sujet.

Plusieurs pères expliquaient que des conseils leur étant destinés seraient le meilleur moyen de les concerner et de leur diffuser les informations. Sept pères pensaient que des réunions d'information pour les pères seraient l'idéal, et quatre pères suggéraient qu'un carnet d'informations à destination des

pères soit réalisé. En pratique, des réunions d'information pour les pères existent déjà dans certains centres pour la période prénatale, et sont un moyen d'échange qui permet également de donner les informations leurs étant destinées (dont le SBS). Un document d'information, destiné aux pères, pourrait également être distribué durant la grossesse ou le séjour en UME, aux pères, ou aux mères qui le transmettraient ensuite aux pères.

Pour deux pères, l'information via le carnet de santé était idéale, mais celle-ci nécessiterait d'être plus claire. Le carnet de santé a été mis à jour en Avril 2018 sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). On retrouve sur les deux versions (Annexes 6 et 7) des informations concernant les pleurs d'un bébé et le danger du secouement d'un bébé. Cependant, on note qu'une information sur la conduite à tenir en cas d'exaspération est présente seulement dans la nouvelle version : « couchez votre bébé dans son lit (sur le dos), quittez la pièce et demandez de l'aide à un proche (famille, ami, voisin...) ou un professionnel ».

Enfin, neuf pères ont suggéré que l'information soit dispensée en population générale. Comme vu précédemment, le principal moyen d'information des parents dans les deux études menées à l'HCE de Grenoble était représenté par la télévision. On peut penser que ce moyen d'information pourrait permettre de sensibiliser une population plus large (non seulement les mères, mais également les pères et les gardiens d'enfants), et une meilleure appropriation de l'information. Cependant, nous pouvons imaginer que la télévision diffuse principalement des informations sur les causes et les conséquences du SBS, notamment par des faits divers. Ce moyen pourrait être utilisé afin de donner une information plus complète au sujet du SBS, non seulement sur ses causes et conséquences, mais également sur sa prévention.

Sur internet, il existe plusieurs moyens d'information à ce sujet. Le site du Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/la-sante-de-votre-enfant-au-quotidien>) donne des informations similaires à celles présentes sur le carnet de santé, et propose également un lien vers un site d'information destiné au SBS (<http://syndromedubebesecoue.com/>). Ce site donne des informations plus complètes au sujet du SBS, et propose plusieurs liens, notamment vers des vidéos d'information.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux, à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble, sur les connaissances des pères concernant le SBS. Nos résultats montrent un manque de connaissance des pères, en particulier sur les mesures de prévention du SBS. Ce manque de connaissance était d'autant plus marqué pour les pères n'ayant pas d'autre enfant, en ce qui concerne la normalité de pleurs et des pulsions de violence induites par ces pleurs, et les mesures de prévention. Ces informations sont d'autant plus importantes à diffuser chez les pères venant d'avoir leur premier enfant.

L'information était principalement diffusée par la télévision. On observait un manque d'information par les professionnels de santé, ou un manque de mémorisation de l'information par les parents lorsque celle-ci était réalisée par les professionnels de santé. Les moyens d'informations devraient être multipliés, en intégrant à l'information orale, une information par des affiches et des TIC. Les moments d'information devraient également être multipliés, en ajoutant l'information prénatale à l'information postnatale. Enfin, les sages-femmes sont les principaux professionnels de santé concernés par la prévention de ce syndrome. De bonnes connaissances sont essentielles pour pouvoir aborder ce sujet sans difficulté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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. 1972;124(2):161–9.
2. Haute Autorité de Santé, Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. Recommandation de bonne pratique : Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement - Texte des recommandations [Internet]. 2017. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf
3. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*. 2010;126(3):546–55.
4. Roth S, Raul J-S, Ludes B, Willinger R. Finite element analysis of impact and shaking inflicted to a child. *Int J Legal Med*. 2007;121(3):223–8.
5. Greeley C. Abusive head trauma: a review of the evidence base. *AJR Am J Roentgenol*. 2015;204(5):967–73.
6. Haute Autorité de Santé, Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. Recommandation de bonne pratique : Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement - Argumentaire scientifique [Internet]. 2017. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf
7. Chevignard M, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2014;44(4):548–58.

8. Laurent–Vannier A, Toure H, Vieux E, Brugel DG, Chevignard M. Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: A case report. *Ann Phys Rehabil Med.* 2009;52(5):436–47.
9. Miller T, Steinbeigle R, Wicks A, Lawrence B, Barr M, Barr R. Disability-Adjusted Life-Year Burden of Abusive Head Trauma at Ages 0–4. *Pediatrics.* 2014;134(6):e1545–50.
10. Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, Adamo MA, Drazin D. Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *J Neurosurg Pediatr.* 2015;16(5):515–22.
11. Hobbs C, Childs A, Wynne J, Livingston J, Seal A. Subdural haematoma and effusion in infancy: an epidemiological study. *Arch Dis Child.* 2005;90(9):952–5.
12. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF. A Population-Based Comparison of Clinical and Outcome Characteristics of Young Children With Serious Inflicted and Noninflicted Traumatic Brain Injury. *Pediatrics.* 2004;114(3):633–9.
13. Tursz A, Cook J. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatr Radiol.* 2014;44(4):641–6.
14. Parrish J, Baldwin-Johnson C, Volz M, Goldsmith Y. Abusive head trauma among children in Alaska: a population-based assessment. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2013;72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754493/>
15. Frasier L, Kelly P, Al-Eissa M, Otterman G. International issues in abusive head trauma. *Pediatr Radiol.* 2014;44(4):647–53.
16. Fujiwara T, Barr R, Brant R, Rajabali F, Pike I. Using International Classification of Diseases, 10th edition, codes to estimate abusive head trauma in children. *Am J Prev Med.* 2012;43(2):215–20.

17. King WJ, MacKay M, Sirnack 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 Med Can.* 2003;168(2):155–9.
18. Starling S, Patel S, Burke B, Sirotnak A, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(5):454–8.
19. Schnitzer P, Ewigman B. Child Deaths Resulting From Inflicted Injuries : Household Risk Factors and Perpetrator Characteristics. *Pediatrics* [Internet]. 2005;116(5). Available from: <http://pediatrics.aappublications.org.gaelnomade-1.grenet.fr/content/116/5/e687.long>
20. Starling S, Holden J, Jenny C. Abusive Head Trauma: The Relationship of Perpetrators to Their Victims. *Pediatrics.* 1995;95(2):259.
21. Allen K. The Neonatal Nurse’s Role in Preventing Abusive Head Trauma. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses.* 2014;14(5):336.
22. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ.* 2009;180(7):727–33.
23. 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):e470–7.
24. Fujiwara T, Yamada F, Okuyama M, Kamimaki I, Shikoro N, Barr RG. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: A replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse Negl.* 2012;36(9):613–20.

25. Guillaud M. Ce que savent les mères du syndrome du bébé secoué à la sortie de la maternité : étude descriptive transversale menée à l'HCE de Grenoble [Internet]. 2012. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743630>
26. Espallargas S. Quelle place pour la prévention du syndrome du bébé secoué dans le réseau de périnatalité Bas-Normand ? Études prospectives auprès des mères en suite de couche et auprès des sages-femmes du Réseau Bas-Normand [Internet]. 2014. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070390>
27. Horellou P. Le syndrome du bébé secoué et sa prévention : état des lieux des connaissances et pratiques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale. Étude observationnelle descriptive du 25 septembre 2017 au 30 novembre 2017 [Internet]. 2018. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844315>
28. Levet C. Le syndrome du bébé secoué : état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mise en place d'une prévention [Internet]. 2012. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767902>

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandation de la Haute Autorité de Santé "Message de prévention à destination des nouveaux parents et des gardiens de nourrissons"

→ Voici une information sur les pleurs des bébés et sur le syndrome du bébé secoué.

1) UN BÉBÉ, ÇA PLEURE !

UN BEBE PEUT PLEURER JUSQU'À 2 HEURES PAR JOUR ET C'EST NORMAL. Cela ne veut pas dire que vous vous occupez mal de votre enfant ou qu'il est malade.

2) LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ, ÇA EXISTE !

Les pleurs d'un bébé peuvent conduire certains adultes qui n'en peuvent plus à le secouer. C'est le syndrome du bébé secoué.

3) SECOUER UN BÉBÉ PEUT LE TUER OU LE RENDRE HANDICAPÉ POUR TOUTE LA VIE.

- Secouer, c'est bien plus grave qu'une chute.

- Secouer n'a rien à voir avec le jeu. Jouer avec un bébé ce n'est pas le secouer ! Jouer avec un bébé est indispensable à son développement.

4) IL SUFFIT D'UNE FOIS ! ET C'EST POUR TOUTE LA VIE.

5) Si votre enfant pleure, il vous faut vérifier :

- qu'il n'a pas faim ;
- que sa couche n'est pas sale ;
- qu'il n'a pas de fièvre, qu'il n'est pas trop couvert.

Si malgré tout, il continue à pleurer ET QUE VOUS N'EN POUVEZ PLUS

- COUCHEZ-LE SUR LE DOS DANS SON LIT ET PARTEZ
- appelez quelqu'un de proche
- SURTOUT NE LE SECOUEZ PAS !

Annexe 2 : Questionnaire

Caractéristiques personnelles

Quel âge avez-vous ?

Combien d'enfants avez-vous (y compris le ou les enfants qui viennent de naître) ?

Quel est votre niveau d'étude ?

- Brevet des collèges
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- Enseignement supérieur
- Autre

Quelle est votre profession ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Profession libérale, professeur, profession scientifique, cadre et autres professions intellectuelles supérieures
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Etudiant
- Sans activité
- Autre

Syndrome du bébé secoué (SBS)

Avez-vous déjà entendu parler du SBS ?

- Oui
- Non

Comment ce syndrome peut-il survenir ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Suite à une chute de table à langer
- Suite à un secouement, associé ou non à un choc sur sa tête
- Suite à un moyen de transport trop tumultueux
- Il peut survenir sans explication
- Je ne sais pas

En ce qui concerne les conséquences :

(Plusieurs réponses possibles)

- Il n'y a aucune conséquence
- Il peut y avoir des séquelles, mais cela est rare
- Cela peut tuer ou handicaper à vie
- Les séquelles peuvent ne pas se voir (uniquement intellectuelles ou comportementales)
- Je ne sais pas

Concernant les pleurs d'un bébé

Un nourrisson peut pleurer plus de 2 heures par jour :

- Vrai
- Faux

A quel point êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes ?

- **Tout le monde peut avoir envie de secouer son bébé lorsqu'il se sent exaspéré par ses pleurs :**
 - Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
- **Pour les questions suivantes, imaginez-vous seuls chez vous, avec votre bébé qui pleure depuis un certain temps. Vous avez vérifié qu'il n'avait pas faim, que sa couche n'était pas sale, qu'il n'avait pas de fièvre, et vous avez essayé de le réconforter. Malgré tout, il continue à pleurer et vous n'en pouvez plus.**
- **Dans cette situation, le mieux est d'essayer de jouer avec lui pour essayer de le calmer :**
 - Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
- **Dans cette situation, le mieux est de le coucher dans son lit et quitter la pièce quelques instants :**
 - Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas du tout d'accord
- **Dans cette situation, le mieux est de le garder contre vous pour essayer de le calmer :**
 - Tout à fait d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Pas du tout d'accord

Information concernant le syndrome du bébé secoué (SBS)

Si vous avez déjà entendu parler du SBS ; par quel(s) moyen(s) en avez-vous eu connaissance ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Par un professionnel de santé
- Par votre conjointe
- Par un proche

- A la radio
- A la télé
- Sur internet
- Avec un dépliant d'information
- Avec une affiche
- Dans un carnet de santé
- Autre :

Si vous avez déjà entendu parler du SBS ; estimez-vous que les informations étaient assez claires ?

- Oui
- Non

Depuis la naissance de votre enfant, un professionnel de santé vous a-t-il donné des conseils de sortie (conseils donnés avant la sortie de la maternité concernant des précautions particulières à propos de votre bébé : par exemple le coucher sur le dos, la température de la pièce...)?

- Oui
- Non

Si oui, le SBS a-t-il été abordé ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

Avez-vous de suggestions concernant le moyen ou le moment d'information ?

Récupérer dans le service

Jour du PP :

Sortie:

Remarques éventuelles de la mère ?

Annexe 4 : Plaquette d'information de l'Union Nationale Droits et Devoirs de l'Enfant (UNDDE)

Coordonnées



Union Nationale Droits et Devoirs de l'Enfant

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



Cette brochure a été réalisée grâce au soutien de :

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

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



avec l'aimable autorisation de Claire BRETECHER

VOUS CRAQUEZ ATTENTION LE SECOUER=DANGER



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

Si bébé pleure

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

Il peut pleurer car :

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

Comment apaiser un bébé qui pleure ?

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



Si malgré tout, bébé ne cesse de pleurer

Vous avez tout essayé, vous ne comprenez pas pourquoi il crie et vous perdez patience ?
 Il n'y a qu'une solution : coucher bébé sur le dos, éteindre la lumière et quitter la pièce, le laisser au calme.
 Prenez l'air à la fenêtre ou téléphonez à une amie ou un membre de votre famille pour retrouver votre calme.
 Demander conseil à votre médecin, au service PML.
 Bébé va probablement continuer à crier dans son lit, ... le laisser pleurer c'est toujours moins grave que de perdre son sang froid.

Lorsque les cris prennent une autre allure...

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

Secouer un bébé est extrêmement dangereux

Chez le nourrisson, les muscles du cou ne sont pas suffisamment toniques pour maintenir sa tête. Son cou est faible, son cerveau est fragile. Le secouer violemment provoque des lésions graves. Les mouvements d'avant en arrière dus au secouement peuvent entraîner une déchirure des vaisseaux autour du cerveau et provoquer un saignement dans la boîte crânienne. Ces hémorragies auront des conséquences parfois graves sur le développement du cerveau.

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

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



«Les secousses violentes provoquent des dégâts catastrophiques sur le cerveau d'un nourrisson. Or, toutes les personnes qui ont gardé des bébés, savent à quel point ils peuvent, par leurs pleurs faire naître chez nous un étonnement extrême qui pourrait conduire à de telles violences.»



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

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

Prévention

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

Le DVD DVD Package pro, bilingue.

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

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

A commander sur le site de l'UNDDE www.undde.org



«Les mauvais traitements infligés aux enfants et le Syndrome du bébé secoué constituent un problème de santé publique. Nous sommes tous concernés ! Chaque année, le combat mené par l'UNDDE permet à de nombreux enfants d'échapper à ces violences et de retrouver une vie saine et équilibrée. L'UNDDE accomplit au quotidien un formidable travail de mobilisation et de sensibilisation auprès des instances publiques, politiques, médicales et sociales. En tant qu'élu, je considère que nous avons le devoir d'encourager et d'aider toutes initiatives visant notamment à la santé et à la sécurité des enfants. Mon soutien à l'UNDDE est également celui d'un homme et d'un père qui sait combien la vie est précieuse et combien il est important de la respecter.»



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

Annexe 5 : Plaquette d'information du réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire

Vous avez fait de votre mieux, il pleure toujours...

Les pleurs persistants peuvent être inquiétants, irritants et même insupportables.

1. Que faire pour bébé ?

- Passez le relais, confiez bébé.
- Si vous êtes seul, dans l'immédiat : couchez le bébé **sur le dos, dans son lit** et quittez la pièce. **Votre bébé peut continuer à pleurer, il est en sécurité. Vous avez fait ce qu'il faut pour lui, même si vous n'arrivez pas toujours à calmer votre enfant.**

2. Et pour vous ?

Pour se changer les idées, diminuer la tension !

- Changer de pièce.
- Respirer calmement.
- Boire un verre d'eau.
- Appeler un proche, un ami.
- ...



À chacun ses solutions !

Quelles sont les vôtres ?
Quelles personnes peuvent vous soutenir ?

- _____
- _____
- _____
- _____

Vous pouvez trouver du soutien auprès :

- De vos proches, personnes de confiance (famille, amis, voisins).
- Des professionnels de santé : puéricultrices de PMI, sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes.
- Urgences pédiatriques ou le **116-117** ou le **15** > les week-ends, les nuits ou les jours fériés.
- **Allo parents bébé N° 0800 00 3456** > du lundi au vendredi de 10h à 21h.
- Des associations, structures (lieux d'accueil enfants parents) existent. Les professionnels de santé, la PMI, la CAF peuvent vous orienter :



Si vous êtes amenés à faire hurler votre bébé, parlez des pleurs avec les personnes à qui vous le confierez (en leur montrant cette plaquette par exemple).

Ce document est le fruit d'un travail collaboratif pluriprofessionnel associant des professionnels des maternités et services de néonatalogie de la région, les PMI, CAF et l'ARS.

Qu'est ce que le Réseau Sécurité Naissance "Naitre Ensemble" des Pays de la Loire ?

Les 23 maternités des Pays de la Loire, avec les 13 services de néonatalogie et tous les professionnels de la périnatalité, sont organisées pour proposer aux mères et aux couples la sécurité optimale dans le respect des choix des lieux d'accouchement et des projets de naissance.



Coordination :
Réseau Sécurité Naissance - 3 rue Marguerite Thibert - 44200 Nantes
Tél : 02 40 48 55 81 - Email : coordination@reseau-naissance.fr
www.parents.reseau-naissance.fr

Accompagner les pleurs du bébé en bonne santé

Cette plaquette aborde les pleurs du bébé et les émotions qu'ils entraînent chez l'adulte. Elle a pour but de vous aider à savoir comment réagir.

Le Réseau Sécurité Naissance - Naitre Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

Tous les bébés pleurent c'est normal.
Un bébé en bonne santé peut pleurer plusieurs heures par jour (souvent en fin de journée), pendant les 1^{ers} mois de vie avec un pic autour de 2 mois.

Courbes des pleurs

- Pleurs persistants
- Pleurs moyens
- Pleurs minimum

Temps moyen des pleurs sur 24h

2 semaines 2 mois 4-5 mois 6 mois

Âge du nourisson

5-6 h (à 2 mois)
20-30 min (à 4-5 mois)



Pourquoi bébé pleure ?

Il a...



Les pleurs sont un moyen d'expression. Un bébé peut pleurer sans raison identifiable et de façon prolongée. Ce ne sont pas des caprices.

Comment apaiser bébé ?

Observez pour apprendre à répondre à ses besoins, vous pouvez lui parler calmement ou chanter, le bercer doucement, lui proposer à boire, vérifier s'il n'a pas chaud ou froid, lui changer sa couche, l'emmener dans un endroit calme, le promener, le porter, lui masser le ventre ou le dos, lui proposer le sein ou une tétine...

Rien ne sert de tout faire en même temps, une action à la fois.

Même si vous avez "tout bien fait" votre bébé pourra continuer à pleurer.

Parfois, vous vous sentez éternels, fatigués, incompetents, stressés, impatient, voire déprimés. Vous avez besoin de repos, n'hésitez pas à demander de l'aide. **Ne restez pas seuls parlez en !**

Thermomètre des émotions

La colère est une émotion normale, tous les parents la ressentent face à un événement hors de contrôle. En cas de pleurs inconsolables, savoir gérer ses émotions est primordial. Prendre du recul et évaluer son niveau de colère est un bon exercice.

À quel moment je dois m'éloigner de mon bébé ?

À quel moment je peux revenir auprès de lui ?

Où est-ce que je me situe ?

Exprimer notre colère par des cris ou des gestes est dangereux pour le bébé.

Garder le contrôle, c'est vital !

Secouer est dangereux, secouer peut tuer ou handicaper à vie. Une seule fois peut suffire.



Annexe 6 : Carnet de santé en vigueur en 2006



Les pleurs

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

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

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

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.



EXEMPLAIRE

Annexe 7 : Carnet de santé en vigueur au 1^{er} Avril 2018

Ses pleurs



Votre bébé peut pleurer en moyenne jusqu'à 2 heures par jour. C'est pour lui une manière de s'exprimer, d'attirer votre attention. Vous apprendrez progressivement la signification de ses pleurs : faim, sommeil, inconfort, besoin d'un câlin, etc.

Si vous êtes déconcerté(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas et, surtout, **ne le secouez pas.**

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.

En cas d'exaspération : couchez votre bébé dans son lit (sur le dos), quittez la pièce et demandez l'aide d'un proche (famille, ami, voisin...) ou d'un professionnel.



Si votre bébé ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, appelez votre médecin.