



HAL
open science

Étude transversale sur les pratiques d'information des parents sur le syndrome du bébé secoué en maternité

Aurélie Jault

► **To cite this version:**

Aurélie Jault. Étude transversale sur les pratiques d'information des parents sur le syndrome du bébé secoué en maternité. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02951609

HAL Id: dumas-02951609

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02951609v1>

Submitted on 28 Sep 2020

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ÉTUDE TRANSVERSALE SUR LES PRATIQUES
D'INFORMATION DES PARENTS SUR LE
SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ EN MATERNITÉ**

Par : JAULT Aurélie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 17-06-2020

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

2020

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ÉTUDE TRANSVERSALE SUR LES PRATIQUES
D'INFORMATION DES PARENTS SUR LE
SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ EN MATERNITÉ**

Par : JAULT Aurélie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 17-06-2020

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

2020

RÉSUMÉ

Objectifs: Faire un état des lieux sur l'information donnée par les différents professionnels de santé sur le Syndrome du bébé secoué lors de l'examen de sortie de maternité.

Méthode: Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle transversale portant sur l'observation de 30 entretiens à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, entre le 6 Janvier et le 2 Mars 2020. Ont été inclus chaque catégories de professionnels de santé exerçants en maternité. Les couples ayant un nouveau-né décédé n'ont pas été inclus. Étaient exclus les professionnels refusant de participer et les couples ne souhaitant pas la présence de l'observateur.

Résultats: La durée des conseils autour du Syndrome du bébé secoué et des pleurs du nouveau-né était comprise entre 0 et 50 secondes. Certaines informations ont été abordées dans 46,7% des cas mais seulement 30% des professionnels ont présenté les conséquences médicales du secouement aux parents.

Conclusion: On constate un manque d'informations données par les professionnels sur le Syndrome du bébé secoué. Un système de traçabilité des différents conseils de sortie permettrait de s'assurer qu'ils soient tous donnés aux parents de façon optimale.

Mots-clés : Syndrome du bébé secoué - TNCA - Prévention - Maternité - Professionnels de santé.

ABSTRACT

Objectives: To undertake a survey of the information given by the various health professionals on the Shaken Baby Syndrome during the maternity hospital exit advices.

Method: It was a descriptive cross-sectional observational study on 30 observations at the “Hôpital Couple-Enfant” in Grenoble, between January 6 and March 2, 2020. Each category of health professionals who works in the maternity were included. The couples with a deceased newborn were not included. Professionals unwilling to participate and couples refusing the investigator presence were excluded.

Results: The duration of counseling on both the Shaken Baby Syndrome and on newborn crying was between 0 and 50 seconds. Some pieces of information were given in 46,7% of the cases, but only 30,0% of the professionals explained to the parents the medical consequences of shaking the baby.

Conclusion: There is a lack of information given by trained professionals on Shaken Baby Syndrome. A tracking system for the various exit advices would ensure that information is optimally given to the parents.

Keywords : Shaken Baby Syndrome - Non-accidental head injuries - Prevention - Maternity - Health professionals.

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

- Présidente du jury : Mme MARTIN Claudine, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes;
- Co-Président du jury : Pr DEBILLON Thierry, PU-PH en Réanimation et Médecine Néonatale à l'Hôpital Couple-Enfant – CHU Grenoble-Alpes;
- Sage-femme invitée : Mme VERRECCHIA Catherine, Sage-femme Cadre à l'Hôpital de Saint Julien en Genevois;
- Directrice de mémoire : Dr MICHARD-LENOIR Anne-Pascale, Pédiatre à l'Hôpital Couple-Enfant – CHU Grenoble-Alpes;
- Sage-femme Co-directeur : Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes;

Je remercie plus particulièrement :

- Directrice de mémoire : Dr MICHARD-LENOIR Anne-Pascale, Pédiatre à l'Hôpital Couple-Enfant – CHU Grenoble-Alpes;

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son enthousiasme et sa disponibilité.

- Co-directeur de mémoire : Mr DI MARCO Lionel, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes;

Pour son encadrement et son aide précieuse ainsi que ses nombreuses relectures.

- Mme MARTIN Claudine, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes;

Pour son accompagnement lors de nos deux dernières années d'études.

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

Pour avoir accepté de participer à cette étude.

Je remercie également :

- Ma famille en particulier Françoise;

Pour leur soutien, leurs encouragements, leurs conseils et leurs relectures.

- Mes amies;

Pour leur présence pendant ces 4 années d'études, et leur soutien pour la réalisation de ce mémoire.

- Mme TERRIER Lucie, Sage-femme au Centre Hospitalier de Voiron.

Pour sa disponibilité et ses conseils sur les statistiques.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	13
1. Type d'étude.....	13
2. Site d'étude.....	13
3. Population.....	13
4. Recueil des données.....	13
5. Mesures utilisées.....	15
6. Critères de jugement.....	17
7. Analyse statistique.....	17
RÉSULTATS.....	18
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	18
2. Objectif principal.....	19
3. Autres conseils de pédiatrie abordés par les professionnels.....	24
DISCUSSION.....	28
1. Limites et biais de l'étude.....	28
2. Comparaison des résultats avec la littérature.....	29
3. Propositions afin d'améliorer la prévention du SBS.....	35
CONCLUSION.....	39
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
ANNEXES.....	45

ABRÉVIATIONS

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

HAS : Haute Autorité de Santé

TCNA : Traumatismes Crâniens Non Accidentels

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes

MIN : Mort Inattendue du Nouveau-né

UME : Unité Mère-Enfant

HCE : Hôpital Couple Enfant

INTRODUCTION

En 1946, le Docteur John Caffey un radiologiste américain spécialisé en pédiatrie a décrit de nombreux cas d'enfants présentant des lésions sous-durales et rétiniennes ainsi que des fractures des os longs. [1] Ce n'est qu'en 1971 que le Dr A. Norman Guthkelch établit un lien de causalité entre ces lésions et l'acte de secouement, ce syndrome est appelé « Syndrome du Bébé Secoué» (SBS). [2, 3]

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), "le SBS est 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 cranio-cérébral." [4]

Les secousses sont produites le plus souvent par une saisie manuelle du bébé au niveau de son thorax sous ses aisselles. Ces secousses sont à l'origine de mouvements d'accélération et de décélération de la tête qui ont pour conséquence la mobilisation du cerveau et la rupture des veines ponts provoquant une hémorragie sous-durale ou sous-arachnoïdienne. Ces secousses violentes ont pour effet d'entraîner un arrêt des pleurs. [4, 5] Les pleurs inconsolables, durant parfois plus de 2 heures par jour, sont l'élément déclenchant la majorité des cas de SBS et leur arrêt lors du secouement est susceptible de conforter les parents dans la répétition du geste. [6, 7, 8, 9]

Le secouement survient plus souvent chez des enfants de moins de 1 an, de sexe masculin, et dans 2/3 des cas de moins de 6 mois. [4, 5, 6] Sont principalement concernés les prématurés et les nourrissons ayant des troubles du sommeil ou des difficultés alimentaires. Certains contextes médico-sociaux sont connus comme pouvant favoriser la survenue du SBS comme les complications médicales périnatales, la séparation de la mère et de son enfant en

période néonatale, les grossesses multiples, rapprochées ou non désirées, ainsi que le fait qu'il y ait eu des interventions antérieures des services sociaux. [4] Tous les milieux socio-économiques, peuvent être concernés, cependant la précarité (bas niveau d'études et de revenus, jeune âge de la mère), l'isolement social et familial sont des facteurs de risque supplémentaires de secouement. [4]

Les principaux auteurs de secouement sont les hommes adultes vivants avec la mère ainsi que les personnes gardant l'enfant. Les auteurs des secouements ont souvent une méconnaissance des comportements et rythmes normaux de l'enfant. [10]

Selon les études l'incidence du SBS dans le monde est estimée entre 14 à 56 cas pour 100 000 enfants, mais semble sous-estimée. [4,6] En France la HAS estime qu'il y aurait 180 à 200 cas par an de SBS. [4] Au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes (CHUGA) 7 à 9 enfants sont pris en charge chaque année pour ce syndrome. [11]

La gravité du SBS dépend de l'âge de l'enfant, du tableau clinique initial et de l'importance des séquelles. Le taux de mortalité retrouvé dans la littérature varie entre 11 et 36% [4, 6] et environ deux tiers des enfants victimes de TCNA se retrouvent avec un handicap significatif à court ou à moyen terme. [4]

La prévention du SBS représente donc un enjeu majeur de santé publique. De nombreux programmes, s'appuyant sur la participation des professionnels de santé, ont eu lieu dans différents pays qui ont apporté des résultats très satisfaisants. [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18] Le premier d'entre eux, mené aux États-Unis par Showers, dans les années 1980-1990 consistait à donner des documents et un questionnaire comportant des informations sur les pleurs du bébé à 15 708 parents de nouveau-nés d'Ohio. Plus de 21% des parents y ont répondu, l'information

a été jugée utile pour 75% d'entre eux et ils s'exprimaient à 49% moins susceptibles de secouer leur bébé. Ce programme a été repris dans 18 villes de 13 états par la suite. [12]

Une revue systématique de la littérature réalisée à l'aide des bases de données internationales de 2005 à 2015 présente huit études décrivant des programmes de prévention du SBS en maternité dans différents pays. [19] Dans la plupart des programmes, l'information orale des professionnels de santé s'appuyait sur divers supports tel que des vidéos, des brochures, des affiches. Tous les programmes décrits dans cette revue présentaient des résultats positifs. En particulier, l'un a montré une augmentation significative de la connaissance des types de pleurs et deux d'entre eux ont montré des réductions importantes du nombre de cas de SBS de 47% et 75%.

En France aussi la prévention du SBS passe par les différents professionnels de santé exerçants en maternité, pédiatres, sages-femmes et auxiliaires de puéricultures. Ce sont de fait les derniers professionnels que les jeunes parents rencontrent avant leur retour à domicile avec le nouveau-né. [4] Les conseils de sortie sont donc une excellente occasion d'aborder une dernière fois la prévention du SBS. Cette prévention est effectuée en même temps que de nombreux autres conseils pédiatriques ayant trait à la prévention de la mort inattendue du nouveau-né (MIN), l'environnement de l'enfant, les soins courants, la physiologie du nouveau-né ainsi que les consultations pédiatriques. Lors de mes expériences professionnelles sur différents lieux de stages l'information concernant le SBS, mais aussi d'autres conseils de sortie, semblait hétérogène et m'apparaissait parfois mal ou peu donnée.

Au cours de cette étude, nous avons cherché à déterminer la façon dont les professionnels réalisent la prévention du SBS auprès du couple au CHUGA en Unité Mère-Enfant (UME) lors de l'examen de sortie. Notre hypothèse était que l'information sur le SBS est insuffisamment transmise par les professionnels de santé.

L'objectif principal de cette étude était de vérifier si une information sur le SBS et sur les pleurs des nourrissons était réalisée lors des conseils de sortie en UME par les professionnels de santé.

Les objectifs secondaires consistaient à :

- Évaluer la qualité de l'information donnée par les professionnels sur les pleurs et le danger du secouement.
- Étudier si l'information est donnée de façon homogène par l'ensemble des professionnels ou de manière hétérogène, certains conseils seraient alors préférentiellement abordés par certains types de professionnels.
- Déterminer la durée totale de l'entretien, dont la durée consacrée aux conseils de sortie pédiatriques et plus particulièrement, la part attribuée au SBS.
- Faire un état des lieux des autres types de conseils pédiatriques abordés (ou non) par les professionnels de santé lors de l'examen de sortie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

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

2. Site d'étude

Il s'agissait d'une étude mono-centrique réalisée au sein de l'Unité Mère-Enfant de l'Hôpital-Couple-Enfant (HCE), maternité de type III du CHUGA. Les données ont été recueillies sur une période de huit semaines, entre le 6 Janvier 2020 et le 2 Mars 2020.

3. Population

- *Critères d'inclusion :*

Tous les professionnels de santé (sages-femmes, pédiatres et auxiliaires de puériculture) exerçants en Unité Mère-Enfant, sur la période concernée étaient inclus.

- *Critères de non-inclusion :*

N'étaient pas inclus les couples ayant un nouveau-né décédé.

- *Critères d'exclusion :*

Étaient exclus les professionnels de santé refusant de participer ou ne travaillant pas en UME.

Étaient aussi exclus les couples refusant la présence de l'observateur.

4. Recueil des données

Nous avons recueilli les données lors d'observations en présentiel des examens de sortie de maternité réalisés par les professionnels de santé. Chaque observation a été réalisée à l'aide d'un questionnaire rempli par l'investigateur observant l'entretien (Annexe I). Un consentement oral était préalablement obtenu, avant ce recueil, auprès des professionnels et des

couples concernés. L'investigateur leur présentait alors l'étude comme étant une étude sur les conseils de sortie sans faire mention du SBS.

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de deux sages-femmes libérales en décembre 2019 puis auprès de deux sages-femmes au début du mois de Janvier 2020 en UME à l'HCE de Grenoble. Ce test a permis une reformulation du questionnaire et certains items ont été rajoutés.

Le questionnaire a été subdivisé en trois parties.

La première partie concernait les caractéristiques personnelles des professionnels de santé : genre, année d'obtention du diplôme. L'existence d'un antécédent d'autre type d'exercice (Protection Maternelle et Infantile, Hospitalisation à Domicile, exercice libéral ou en crèches) a aussi été recueilli en postulant que ces expériences différentes de la pratique hospitalière pouvaient influencer la qualité des conseils apportés par les professionnels.

Les professionnels de santé observés étaient de 3 types: pédiatres, sages-femmes et auxiliaires de puériculture. Bien que ces professionnels suivent des cursus d'études et des parcours professionnels très différents, ils jouent tous un rôle important dans la délivrance des conseils de sortie, et chacun d'eux est impliqué dans la délivrance d'informations sur le SBS. Nous avons donc séparé les professionnels de santé en 3 catégories différentes en fonction de leur profession, de façon à déterminer si une logique de service, se détachait dans la délivrance des conseils. Nous voulions déterminer si l'information était donnée de façon plus particulière par un type de professionnel ou si l'information était donnée de façon homogène par l'ensemble des professionnels. Dans le cas où une catégorie de professionnels donnait systématiquement l'information l'ensemble des parents auraient été bien informés.

Toutes les informations concernant les caractéristiques des professionnels, ont été recueillies à posteriori par interrogatoire réalisé à l'issue des observations lors des conseils de sortie.

La deuxième partie renseignait les caractéristiques sociodémographiques du couple. L'âge des parents, les caractéristiques de l'accouchement, l'allaitement, le sexe du nouveau-né, ont été recueillies de manière systématique; en effet, le jeune âge maternel, la présence de complications médicales périnatales, un nouveau-né de sexe masculin sont des facteurs de risques de secouement avérés. La durée du séjour, la langue parlée par les parents (aisance en français) et le nombre d'enfants à charge ont été recueillis de manière systématique, ces paramètres pouvant faire varier le comportement des professionnels vis à vis des parents et les conseils abordés. Les informations médicales et sociales concernant les mères ont été recueillies à partir de la feuille de transmission du personnel de l'UME, et l'âge du père était recueilli par interrogatoire suite à l'observation. Les caractéristiques des couples n'ayant pas permis de dégager d'information probante sont détaillées en Annexe II.

La troisième partie était focalisée sur l'information apportée par les professionnels de santé (durée, qualité de l'information, autres conseils abordés).

5. Mesures utilisées

Nous nous sommes intéressés à la présence ou non d'une information sur le SBS et sur les pleurs pendant les conseils de sortie et à la qualité de cette information. Notre évaluation était basée sur une échelle simple, observationnelle.

L'échange entre le professionnel et les parents était coté pour chaque type d'information (pleurs ou SBS) selon 4 modalités de "non effectué" à "très satisfaisant", pour chaque type de professionnels. Les critères de qualité ont été réalisés à partir des recommandations de la HAS, ainsi, l'information était considérée comme "non abordée" et donc non réalisée si le professionnel n'abordait aucune des recommandations. L'information sur les pleurs et celle sur le SBS étaient considérées comme: très satisfaisantes si toutes les recommandations étaient

abordées, satisfaisantes si deux points étaient abordés et partiellement satisfaisantes si un seul l'était.

Pour les pleurs, les recommandations de la HAS prises en compte lors de l'évaluation étaient les suivantes:

- 1) Votre enfant pleure: 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.
- 2) Votre enfant peut pleurer jusqu'à 2h par jour.
- 3) Vous pouvez être exaspéré par ces pleurs.

Pour le secouement, les recommandations de la HAS prises en compte étaient :

- 1) Secouer un bébé peut le tuer ou le rendre handicapé à vie.
- 2) Face à des pleurs prolongés sans cause d'un bébé, couchez-le sur le dos dans son lit et quittez la pièce.
- 3) Appelez quelqu'un de proche.

Le critère suivant dans notre étude était la durée totale de l'entretien, la part attribuable aux conseils de pédiatrie, ainsi que la part consacrée aux conseils sur le SBS. Les différentes durées ont été chronométrées par l'investigateur et ont été définies en minutes pour la durée de l'entretien et la part des conseils pédiatriques; la durée mesurée concernant les conseils sur le SBS a été indiquée en secondes.

Le dernier critère concernait, les autres conseils pédiatriques abordés par les professionnels lors de l'entretien. Ces conseils ont été recueillis en systématique de manière à pouvoir éventuellement évaluer la part relative consacrée à ces informations par rapport à celles sur le SBS et les pleurs.

6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était donc d'estimer la réalisation ou non d'une information sur le SBS et sur les pleurs des nourrissons lors des conseils de sortie en UME par les professionnels de santé.

Les critères de jugement secondaires portaient sur :

- La qualité de l'information donnée par les professionnels sur les pleurs et le danger du secouement.
- L'existence d'une information homogène ou hétérogène parmi les différents types de professionnels et la mise en évidence éventuelle de conseils préférentiellement abordé par certains types de professionnels.
- La durée totale de l'entretien, dont la durée consacrée aux conseils de sortie pédiatriques et plus particulièrement, la part attribuée au SBS.
- Les autres types de conseils pédiatriques abordés (ou non) par les professionnels de santé lors de l'examen de sortie.

7. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et par l'écart-type (25ème et 75ème percentiles) lorsqu'elles suivaient une loi normale Gaussienne et par la médiane et l'écart interquartile si ce n'était pas le cas.

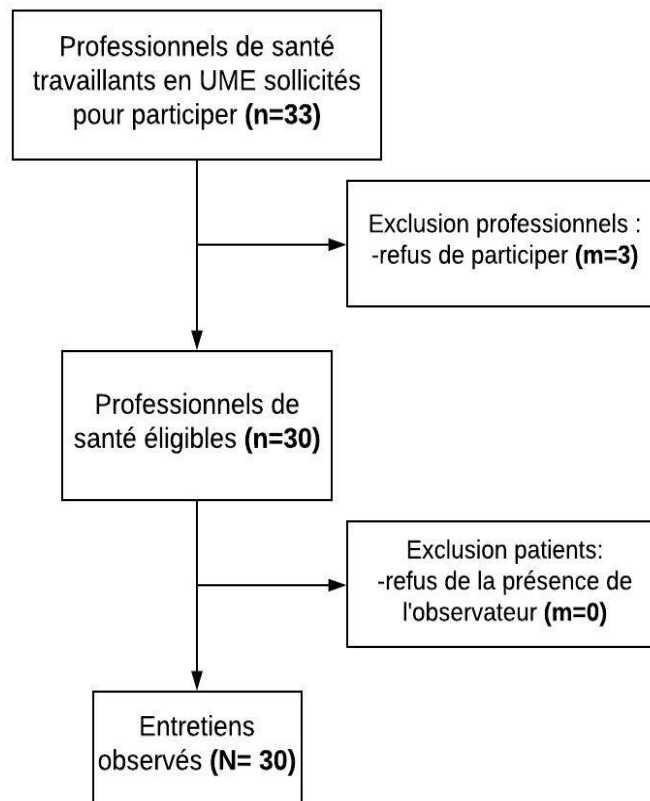
RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Seize visites à la maternité ont été effectuées pour réaliser les observations sur un total de 8 semaines. Sur trente-trois professionnels, 3 (9%) ont refusé de participer à l'étude. Il n'y a eu aucun refus de la part des parents, ni d'exclusion pour nouveau-né décédé. Dix-sept pères étaient présents.

La population analysée portait donc sur 30 professionnels de santé.

Figure 1: Diagramme de flux de l'étude



Les caractéristiques des professionnels inclus dans l'étude sont détaillées dans le Tableau I.

Tableau I : Description des caractéristiques des professionnels de santé (N=30)

Caractéristiques	Sages-femmes (n=10)	Pédiatres (n=10)	Auxiliaires de puériculture (n=10)	Tous (n=30)
Genre féminin, n(%)	10 (100)	9 (90)	10 (100)	29 (96,7)
Année de diplôme, m(et)	1999 (12)	2006 (9)	1994 (13)	2000 (12)
Année de diplôme, me(i)	2000 (1989; 2008)	2006 (1999; 2012)	1996 (1985 ; 2001)	2000 (1992; 2009)
Diplôme français, n(%)	10 (100)	9 (90)	10 (100)	29 (96,7)
Exercice, n(%)				
-toujours hospitalier	6 (60)	10 (100)	4 (40)	20 (66,7)
-antécédent d'exercice libéral	3 (30)	0 (0)	1 (10)	4 (13,3)
-antécédent d'autre exercice (HAD, PMI)	1 (10)	0 (0)	5 (50)	6 (20,0)

Légende: m = moyenne, et = écart type, me=médiane, i=interquartile, n = effectif, % = pourcentages

La médiane de l'année d'obtention du diplôme pour l'ensemble des professionnels était l'année 2000 (1992; 2009); leurs diplômes avaient été passés majoritairement en France (dans 96,7% des cas). Vingt-neuf professionnels de santé étaient des femmes (96,7%). Vingt professionnels, soit 66,7% de l'ensemble, avaient toujours exercé en hospitalier, 4 professionnels avaient travaillé en libéral (13,3% du total) et 6 dans d'autres types de structures (soit 20%).

2. Objectif principal: la réalisation d'une information sur le SBS et critères secondaires (durée, qualité)

Le Tableau II présente la réalisation de l'information sur le SBS par les professionnels de santé.

Tableau II: Déroulé de l'entretien : durée et points abordés (N=30)

Caractéristiques	Sages-femmes (n=10)	Pédiatres (n=10)	Auxiliaires de puériculture (n=10)	Tous (n=30)
Durée de l'entretien en minutes, m(et)	13,7 (8,1)	15,5 (5,4)	16,5 (8,2)	15,2 (7,2)
Durée des conseils pédiatriques en minutes, m(et)	3,4 (3,1)	5,2 (2,3)	11,3 (4,9)	6,6 (4,9)
Durée des conseils sur le SBS en secondes, m(et)	12,0 (25,3)	6,3 (10,5)	39,0 (22,3)	19,1 (24,5)
Durée des conseils sur le SBS en secondes, me(i)	0,0 (0,0 ; 0,0)	0,0 (0,0; 7,0)	50,0 (20,0 ; 60,0)	3,0 (0,0; 50,0)
Conseils sur les pleurs, n(%)				
-non abordés	8 (80)	7 (70)	1 (10)	16 (53,3)
-partiellement satisfaisants	2 (20)	3 (30)	0 (0)	5 (16,7)
-satisfaisants	0 (0)	0 (0)	8 (80)	8 (26,7)
-très satisfaisants	0 (0)	0 (0)	1 (10)	1 (3,3)
Conseils sur le SBS, n(%)				
-non abordés	8 (80)	7 (70)	1 (10)	16 (53,3)
-partiellement satisfaisants	0 (0)	1 (10)	1 (10)	2 (6,7)
-satisfaisants	0 (0)	2 (20)	5 (50)	7 (23,3)
-très satisfaisants	2 (20)	0 (0)	3 (30)	5 (16,7)
Points de la HAS abordés sur les pleurs, n(%)				
1)causes	0 (0)	0 (0)	3 (30)	3 (10,0)
2)durée	0 (0)	0 (0)	7 (70)	7 (23,3)
3)conséquences possibles : l'exaspération	2 (20)	3 (30)	9 (90)	14 (46,7)
Points de la HAS abordés sur le SBS, n(%)				
1)conséquences du secouement	2 (20)	2 (20)	5 (50)	9 (30,0)
2)conseils si exaspération: sortir de la pièce	2 (20)	3 (30)	9 (90)	14 (46,7)
3)conseils si exaspération: demander de l'aide	2 (20)	0 (0)	6 (60)	8 (26,7)

Légende: m=moyenne, et = écart type, me=médiane, i=interquartile, n = effectif, % = pourcentage

Dans ce tableau, on constate que la durée moyenne de l'entretien entre les professionnels et les parents était de 15,2 minutes (écart-type: 7,2) tous professionnels de santé confondus. Durant ce temps, 6,6 minutes étaient accordées aux conseils de pédiatrie (écart-type: 4,9) parmi lesquelles 19,1 secondes étaient consacrées à la réalisation d'une prévention du SBS (écart-type: 24,5).

On peut également noter que l'information n'a pas été donnée de manière homogène par l'ensemble des professionnels, des conseils étant préférentiellement transmis par certains types de professionnels.

La qualité des conseils de sortie a été analysée et les résultats concernant l'information donnée, tous professionnels confondus, sur les pleurs et sur le SBS ont été répertoriés respectivement dans les figures 1 (A et B) et 2 (A et B).

Sur la Figure 1 A et B , nous constatons que 16 professionnels (53,3%) n'ont pas donné de conseils sur les pleurs. Cinq professionnels (16,7%) ont donné une information partiellement satisfaisante. L'information était satisfaisante dans seulement 26,7% des cas (n=8) pour les pleurs et très satisfaisante dans 3,3% des cas (n=1).

Figure 1A: Qualité des conseils de sortie sur les pleurs de nouveau-né (N=30)

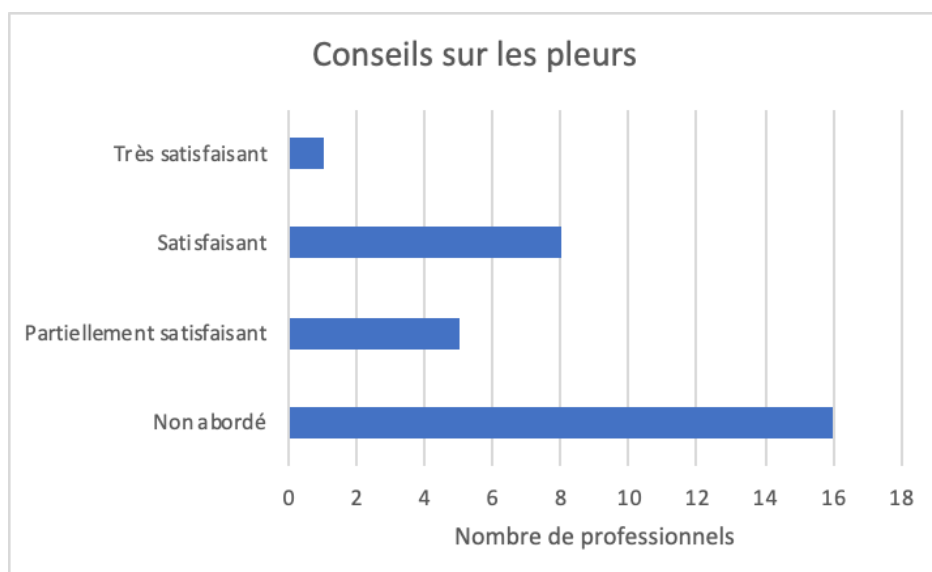
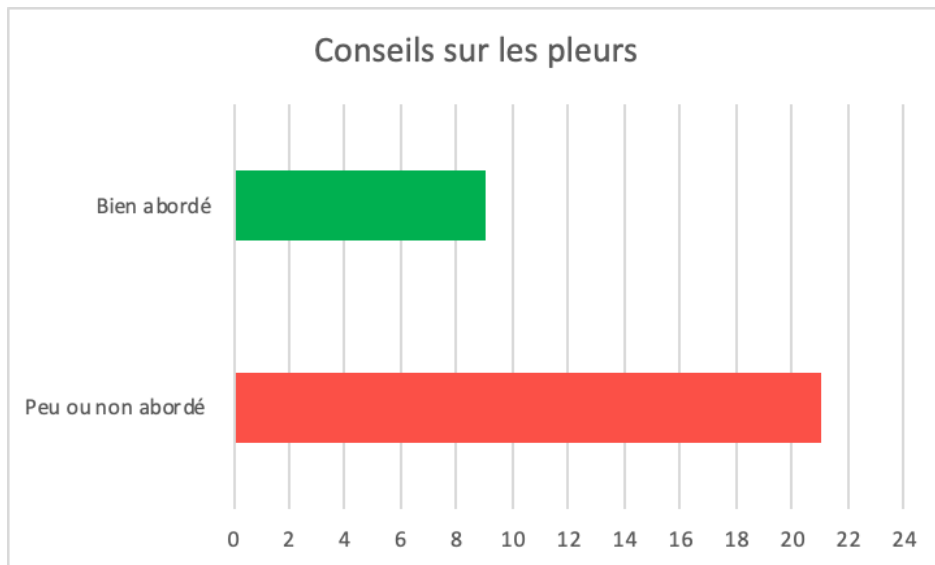


Figure 1B : Qualité des conseils de sortie sur les pleurs de nouveau-né (N=30)



Sur la Figure 2A et 2B, nous pouvons également remarquer que 16 professionnels (53,3%) n'ont pas donné de conseils sur le SBS et 2 ont donné une information partiellement satisfaisante (6,7%). L'information était satisfaisante dans 23,3% (n=7) et très satisfaisante dans 16,7% (n=5) pour le SBS.

Figure 2 A: Qualité des conseils de sortie sur le SBS

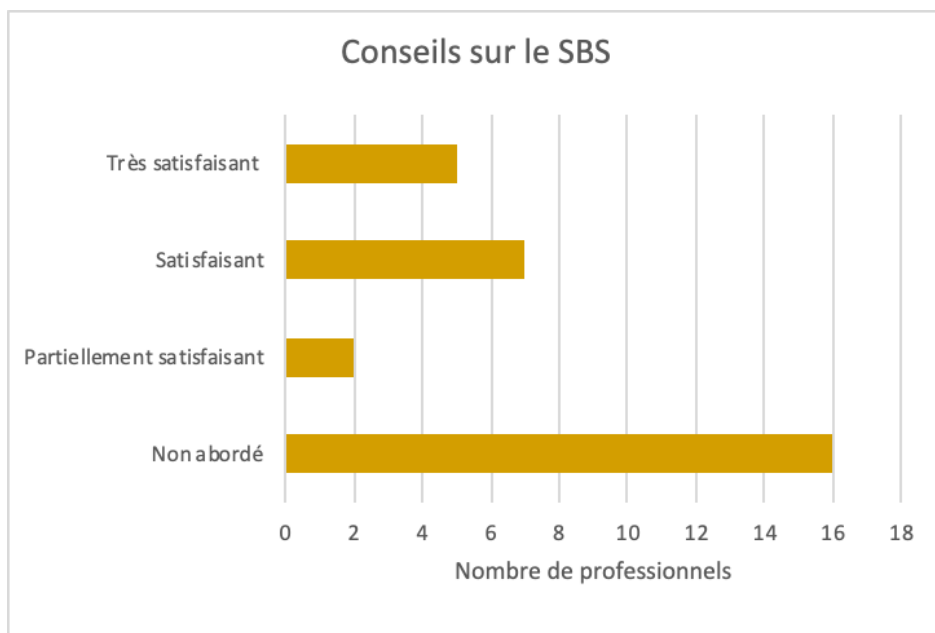
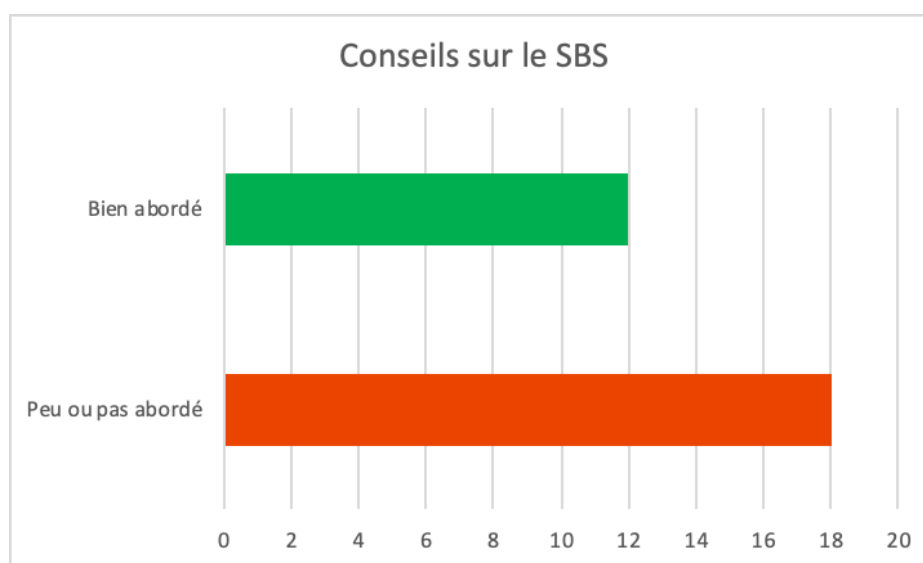


Figure 2 B: Qualité des conseils de sortie sur le SBS

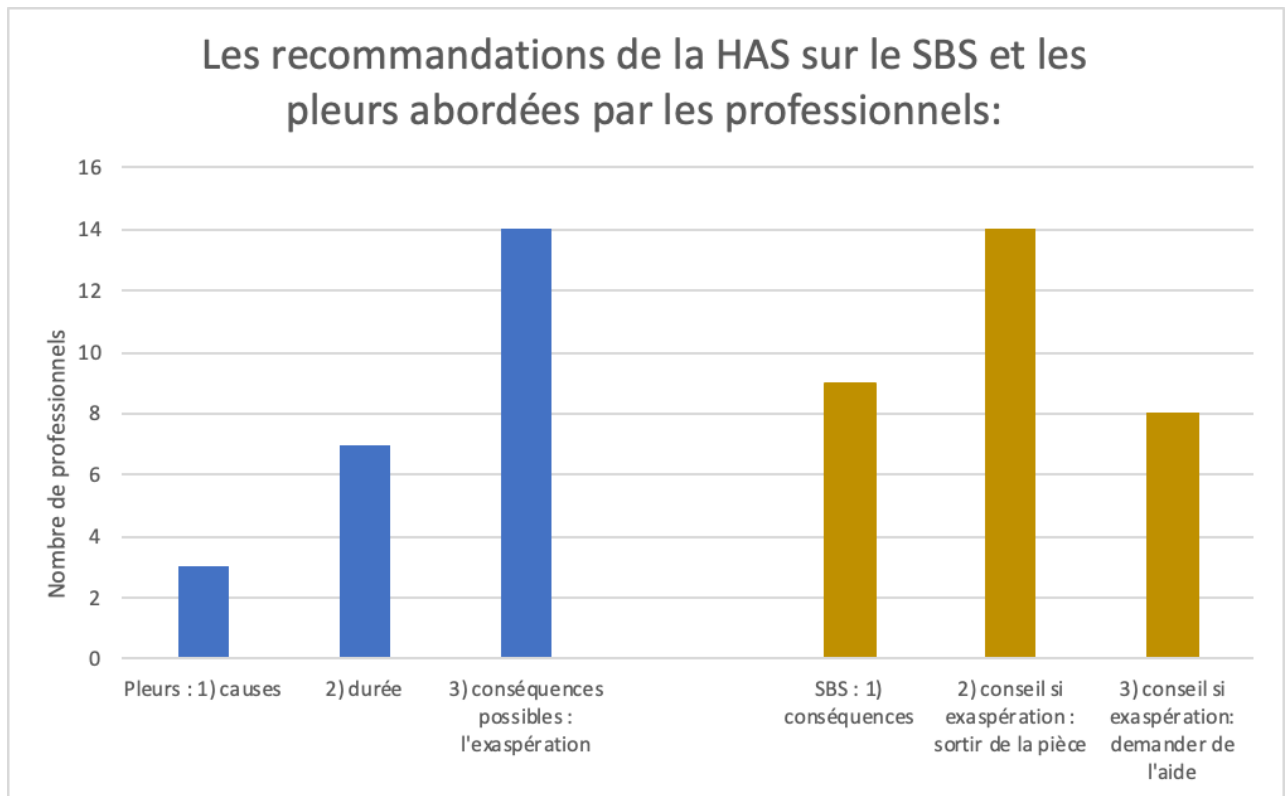


La Figure 3, reprend les recommandations de la HAS.

Nous constatons sur cette figure que les conséquences psychologiques des parents face aux pleurs (exaspération, colère) ont été abordés par 46,7% des professionnels (n=14). La durée des pleurs (parfois 2 heures par jour sans raison) a été décrite par 7 professionnels (23,3%). Les autres causes de pleurs (alimentation, changer la couche, sommeil) n'ont été abordées que dans 10,0% (n=3) des cas.

Les conseils sur la façon d'agir face aux pleurs du nourrisson en cas d'exaspération des parents (sortir de la pièce, laisser l'enfant dans son lit) ont été abordés par 46,7% des professionnels (n=14). Les conséquences du secouement (décès ou handicap de l'enfant), le fait d'appeler un proche et de demander de l'aide ont été abordés respectivement par 9 (30,0%) et 8 (26,7%) professionnels.

Figure 3 : Les recommandations de la HAS sur le SBS et les pleurs (N=30)



3. Objectif secondaire : autres conseils de pédiatrie abordés par les professionnels

Certains autres conseils portant sur la MIN, l'environnement du nouveau-né, les soins courants, la physiologie du nourrisson et les consultations pédiatriques, ont été abordés par les professionnels de santé. Ils ont été décrits dans le Tableau III et la Figure 4.

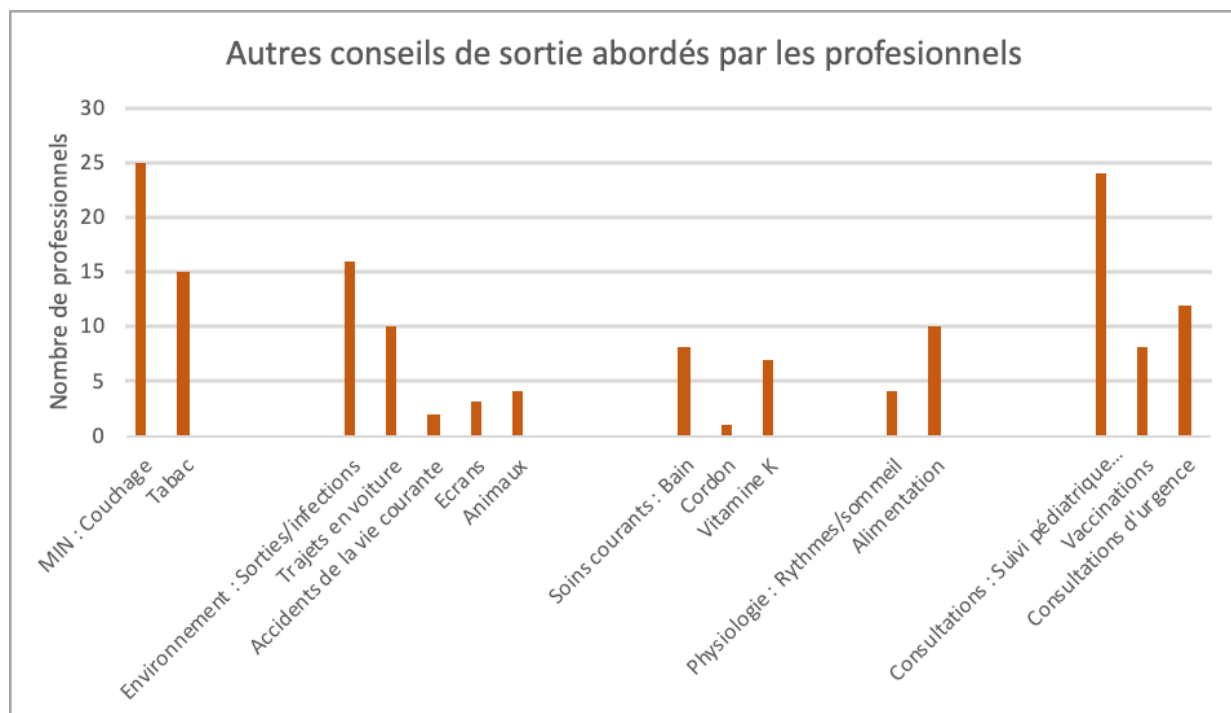
Tableau III: Autres conseils de pédiatrie donnés par les professionnels de santé

(N=30)

Caractéristiques	Tous (n=30)
Conseils sur la MIN, n(%)	
-couchage	25 (83,3)
-tabac	15 (50,0)
Conseils sur l'environnement, n(%)	
-sorties et infections	16 (53,3)
-trajets en voiture	10 (33,3)
-accidents de la vie courante	2 (6,7)
-écrans	3 (10,0)
-animaux	4 (13,3)
Soins courants, n(%)	
-bain	8 (26,7)
-cordon	1 (3,3)
-vitamine K	7 (23,3)
Physiologie du nouveau-né, n(%)	
-rythmes et sommeil	4 (13,3)
-alimentation	10 (33,3)
Consultations, n(%)	
-suivi pédiatrique classique	24 (80,0)
-vaccinations	8 (26,7)
-consultations d'urgence hors suivi classique	12 (40,0)

Légende : n=effectifs, %=pourcentages

Figure 4 : Les autres conseils de sortie abordés par les professionnels de santé (n=30)



Ainsi les conseils sur la mort inattendue du nourrisson ont été abordés du point de vue du couchage par 83,3% (n=25) des professionnels et du point de vue de la prévention du tabagisme passif par 50,0% des professionnels. (n=15).

Les conseils sur l'environnement du nouveau-né ont été abordés du point de vue des infections, des trajets en voiture, des accidents de la vie courante, des écrans et des animaux. Ainsi 53,3% des professionnels (n=16) expliquaient comment prévenir les infections virales (lavage de main, éviction des grandes surfaces, promenades autorisées) et 10 professionnels (33,3%) expliquaient comment organiser les voyages en voiture (cosy à l'avant, airbag non fonctionnel). Les accidents de la vie courantes cités par les professionnels ont été la prévention des chutes de la table à langer dans 6,7% des cas (n=2), et la prévention des morsures d'animaux domestiques dans 13,3% des cas (n=4). Trois professionnels ont également parlé des dangers des écrans chez l'enfant (10,0%).

Les soins courants étaient moins abordés, ainsi 8 professionnels (26,7%) ont parlé du bain (organisation de bain à la maison, température de l'eau) et un seul (3,3%) des soins de cordon. Les modalités de prise de la vitamine K ont été données par 7 professionnels (23,3%).

De même la physiologie du nouveau-né était moins expliquée, ainsi les conseils sur l'alimentation (conseils sur l'allaitement) étaient donnés par 10 professionnels (33,3%). Les rythmes (phases de sommeil) ont été abordés dans 13,3% de cas (n=4).

Concernant les consultations, 24 professionnels (80,0% du total) donnaient des conseils sur le suivi pédiatrique ultérieur (fréquence des consultations), 12 (40,0%) sur les modalités devant faire consulter (fièvre, infection) et 8 professionnels (26,7%) expliquaient les vaccinations à venir.

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Certains professionnels ont accepté volontiers de participer à cette étude alors que d'autres ont refusé d'y participer (m= 3) ce qui pourrait être lié à des perceptions différentes (connaissances, maîtrise des conseils de sortie, aisance, peur du jugement...) selon les professionnels, ceci pouvant conduire à un biais de volontariat, ce qui pourrait augmenter légèrement nos résultats. Pour limiter ce biais, une explication préalable à l'entretien était donnée aux professionnels de santé afin d'expliquer l'objectif de cette étude; cette explication indiquait que l'investigateur enquêtait sur les conseils de sortie, sans mentionner le SBS, et que le but de l'étude était d'améliorer les recommandations sur ces conseils et non de juger leurs pratiques personnelles. Lors de l'échange informel qui suivait l'entretien, de nombreux professionnels ont confirmé le sentiment de non-jugement.

Les critères de jugement secondaire ont été évalués à l'aide d'une échelle observationnelle. Une interprétation de l'entretien par l'enquêteur en fonction de ses propres opinions aurait pu créer un biais d'information. Nous ne pouvons pas vraiment savoir comment, et à quel point, les résultats ont pu être influencés par ce biais, mais cela a été minimisé par la standardisation du questionnaire basé sur les recommandations de la HAS, sur la réalisation d'items simples à deux modalités: "Oui" ou "Non", ainsi que sur des pré-tests réalisés préalablement au recueil auprès de sages-femmes libérales puis hospitalières.

Il est aussi à noter que nous étions présents lors de l'entretien entre les parents et les personnels soignants ce qui aurait pu inciter les professionnels à réaliser une information plus complète qu'en temps normal. L'idéal aurait été de récolter cette information sans présence de l'investigateur ce qui n'était pas faisable en pratique.

La Haute Autorité de Santé recommande 30 à 50 observations, dans le cadre des audits cliniques, pour que la taille de l'échantillon soit considérée comme suffisante; durant la période de recueil prévue pour notre étude nous avons pu réaliser 30 observations d'entretiens.

2. Comparaison des résultats avec la littérature

Cette étude était une étude mono-centrique. Les résultats obtenus ne sont donc pas généralisables, mais applicables seulement au niveau local, à la maternité de l'HCE de Grenoble.

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons recueilli l'année de diplôme des professionnels de santé. L'âge des professionnels n'a pas été demandé de façon à respecter leur sentiment d'anonymat (non collecte de données personnelles). La médiane d'obtention du diplôme était 2000 (1989; 2008) pour les sages-femmes, soit il y a 20 ans. Les pédiatres avaient eu leur diplôme en 2006 (1999; 2012) soit il y a 14 ans. Les auxiliaires avaient été diplômées en 1996 (1985; 2001) soit il y a 24 ans.

Il est intéressant de noter que la prévention du SBS a débuté dans les années 1980-1990 aux États-Unis avec les travaux de Showers, le National Center of Shaken Baby Syndrome (centre américain sur le SBS) n'ayant été fondé qu'ensuite, en 2000. [12] En France, la première étude à ce sujet a été réalisée en 2001 au CHU de Bordeaux. Dans cette étude cinq cent questionnaires sur le SBS ont été distribués aux futurs parents lors des consultations de suivi de grossesse. [20, 21] Sur les 339 réponses recueillies, bien que 71% des parents avaient déjà entendu parler du SBS, 72% ne connaissaient pas ou peu les conséquences de ce syndrome. En 2004, à la suite de cette étude une information de prévention avec une plaquette destinée aux parents et intitulée « votre bébé est fragile, bercez le, ne le secouez pas. » a été créée. Ce n'est qu'en 2006 que l'information sur le SBS a été intégrée au carnet de santé (Annexe IV). En

2009, la Société Française de Médecine physique et de Réadaptation a organisé une audition publique pour discuter de la mise en place des formations pour les professionnels de santé. [21]

Dans l'échantillon que nous avons étudié, il convient donc de noter qu'une grande partie des professionnels observés ont été diplômés avant la mise en place de politiques de prévention au niveau national et avant que l'information ne soit intégrée au carnet de santé. Bien que les différents types de professionnels observés n'aient pas les mêmes formations théoriques, il est probable que la problématique de la prévention du SBS n'ait pas ou peu été abordée au cours de leurs études.

2.2. Objectif principal : réalisation d'une information sur le SBS

Le SBS n'a été étudié dans la région grenobloise que du point de vue de la connaissance des parents (mémoires de Mélanie Guillard et de Meije Carayol [11, 22]). Il était possible que cette connaissance parentale soit partielle du fait d'un biais de mémorisation et d'attention des parents. Le rôle des soignants dans la transmission des conseils n'avait alors jamais été évalué, c'est ce qui nous a incité à mener cette étude observationnelle centrée sur la pratique professionnelle.

Dans notre étude nous avons montré que l'information sur le SBS ainsi que sur les pleurs avaient été abordées dans 46,7% des cas seulement. Les résultats de notre étude corroborent les résultats du mémoire de Mélanie Guillard réalisé à l'HCE en 2012 et portant sur la connaissances que les mères avaient du SBS. [22] Dans son étude portant sur 92 mères, seulement 16 (17,4 %) ont bénéficié d'une information sur le SBS par un professionnel de santé. Dans le mémoire de Meije Carayol datant de 2019, 22 pères sur 142 (16%) étaient présents lors des conseils de sortie et seulement un père se souvenait que le SBS avait été abordé. [11]

2.3. Objectif secondaire : durée de l'information sur le SBS

Dans le mémoire de Claudine Levet portant sur les connaissances des sages-femmes d'Auvergne, 29,1% (n=28) des 96 sages-femmes présentant des difficultés à aborder le sujet du SBS ont attribué ces difficultés à un manque de temps. Parmi ces 28 sages-femmes se trouvaient 23 sages-femmes hospitalières. [21]

Une étude déclarative réalisée par L. Rideout dans 13 maternités du Massachusetts s'est intéressée aux freins rencontrés par 182 infirmières lors de la réalisation d'une prévention du SBS. Parmi les infirmières considérant n'avoir pas assez de temps, seules 75% dispensaient toujours une éducation orale sur l'apaisement des nourrissons, alors que parmi celles qui avaient suffisamment de temps 95,2% fournissaient l'information (p value=0,017), mettant en avant l'importance d'un temps dédié suffisant. [23]

Dans notre étude, les entretiens ont duré en moyenne 15,2 minutes (écart-type : 7,2) et seulement 19,1 secondes étaient accordées à la réalisation d'une prévention du SBS (écart-type: 24,5). Cette durée semble insuffisante pour présenter aux parents tous les points recommandés par la HAS. De plus cette durée ne permet pas un temps de discussion et un réel échange avec les parents.

Dans notre étude, les auxiliaires de puériculture ont représenté la part majoritaire des professionnels ayant réalisé une information satisfaisante à très satisfaisante concernant les pleurs et le SBS. Il convient de noter que les auxiliaires ont réalisé les conseils de sortie lors d'un moment uniquement dédié à la prévention et à la discussion avec les parents ou lors de la réalisation du bain du nouveau-né par les parents, et que la durée de ces conseils de sortie était plus longue. Hors, il n'y a pas de temps dédié uniquement à la réalisation des conseils de sortie pour les professionnels médicaux à l'HCE. Ainsi, les sages-femmes réalisent les conseils de sortie conjointement à l'examen de sortie de la mère et les pédiatres conjointement à l'examen pédiatrique de la première semaine de vie. Il semblerait donc intéressant de privilégier une plus

ample formation des auxiliaires de puériculture sur la prévention du SBS, car elles disposent de plus de temps pour en parler.

Une étude de A. Laurent-Vannier datant de 2018 et portant sur les connaissances sur le SBS par les professionnels de la petite enfance, les médecins, et les professionnels juridiques, souligne l'importance de cette formation. En effet, 58,8% des 644 professionnels de la petite enfance n'avaient pas connaissances des nouvelles recommandations de la HAS de 2017.

2.4. Objectif secondaire : qualité de l'information sur le SBS

Sur les 109 mères ayant répondu au questionnaire de l'étude de M. Guillard, 89,0% (n=97) auraient aimé recevoir une information plus importante sur le SBS. Dans notre étude nous nous sommes intéressés à la qualité de l'information donnée par les professionnels. L'information était très satisfaisante dans seulement 3,3% des cas pour les pleurs et dans 16,7% pour le SBS. Les conséquences médicales du secouement (décès ou handicap de l'enfant) ont été peu abordées, elles n'ont été expliquées aux parents que dans 30,0% des cas.

L'information sur les pleurs et sur le SBS pourrait donc être nettement plus exhaustive et un temps plus important y être dédié. Il faudrait prendre en compte également l'impact psychologique de cette transmission pour les professionnels et notamment les difficultés à expliciter les conséquences médicales du secouement.

Ces difficultés psychologiques ont été abordées dans le mémoire de C. Levet portant sur les connaissances des sages-femmes d'Auvergne. [21] Dans cette étude sur 162 sages-femmes, 63,2% ont affirmé avoir des difficultés à aborder le SBS. Les sages-femmes ont attribué ces difficultés respectivement à un manque de connaissances (46,9% des cas), de temps (29,1% des cas) ou de sensibilisation au problème (10,4% des cas). Il est à noter également que dans 9,4% des cas, elles ont attribué ces difficultés au fait que ce sujet est tabou.

Des études complémentaires pourraient être réalisées afin de mieux cerner les difficultés psychologiques que rencontrent les professionnels pour aborder ce sujet de maltraitance

infantile. En effet, la fin d'un séjour en maternité est vécu comme un moment positif et le retour à la maison est souvent idéalisé par les jeunes parents, pour lesquels le fait d'être exaspéré par son enfant paraît inimaginable.

2.5. Objectif secondaire : autres conseils abordés par les professionnels

La thèse de médecine de François Arnould s'intéresse aux différents conseils de puériculture donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né. [25] Dans cette étude certains conseils semblaient également plus facilement abordés par les professionnels de santé; ainsi 87,1% des médecins interrogés ont déclaré donner des conseils sur l'allaitement et 65,7% sur la mort subite du nourrisson. Mais seuls 54,8% des médecins dispensaient une information sur le syndrome du bébé secoué, qui a pourtant comme but de prévenir d'un risque majeur pour l'enfant. Ce chiffre peut être rapproché des informations données par 50% des médecins sur le cycle physiologique de sommeil du nourrisson, une information générale sur les rythmes de l'enfant qui apparaît moins cruciale. Alors que le faible taux d'informations concernant le sommeil pourrait s'expliquer par le fait que ce sujet semble bien maîtrisé par les parents, le taux plus faible d'information sur le SBS pourrait être lié aux difficultés à aborder ce sujet évoquées précédemment.

Dans notre étude nous avons aussi retrouvé des grandes disparités dans la réalisation des conseils de sortie; les conseils de couchage, la prévention de la mort inattendue du nourrisson, sont effectivement très facilement abordés dans 83,3% des cas, alors que les conseils sur le SBS ne sont abordés que dans 46,7% des cas. Pourtant la mort inattendue du nourrisson et le SBS sont des conseils essentiels qui devraient être abordés de la même façon par les professionnels. Peu de conseils sur l'allaitement (33,3%) et sur le cycle du nourrisson (13,3%) ont été donnés dans notre étude ce qui s'explique par le fait que l'allaitement et les

rythmes du nouveau-né sont très largement expliqués pendant tout le séjour en maternité et les conseils de sortie ne sont probablement pas le moment le plus adapté pour en parler.

Le mémoire de S. A. Espallargas, réalisé auprès des mères en suite de couches et auprès des sages-femmes du Réseau Bas-Normand, aborde les occasions propices pour parler du SBS selon les sages-femmes et les mères. [26] Les sages-femmes ont majoritairement cité deux moments pour insister sur la prévention du SBS: pour 69,5% les cours de préparation à la naissance étaient le meilleur moment et pour 55,0% les des conseils de sortie étaient le moment le plus adapté. Du côté des mères, 64,6% des primipares (n=82) préféraient que les explications sur le SBS soient données lors des cours de préparation à la naissance, alors que les multipares (n=101) préféraient en majorité (50,5%) qu'ils soient donnés lors du séjour en suite de couches. Dans le mémoire de C. Levet, les sages-femmes ont décrit 3 moments préférentiels pour aborder le SBS: le séjour en maternité est citée par 142 sages-femmes surtout hospitalières (92%), les cours de préparation à la naissance sont évoquées par 125 sages-femmes majoritairement libérales (94%) et la visite en PMI a été proposée par 64 sages-femmes travaillant essentiellement en PMI (87.5%). [21] Dans le mémoire de M. Carayol portant sur 102 pères interrogés sur la prévention du SBS, 16 ont suggéré la présence d'une affiche dans la chambre en UME, 10 auraient souhaité qu'il y ait une affiche et aussi une information orale en UME, 13 auraient préféré en entendre parler en prénatal. [11] Il ressort de ces trois études que le séjour en maternité, et les conseils de sortie, sont un moment privilégié pour aborder le SBS du point de vue des pères, des multipares, mais aussi des sages-femmes hospitalières. D'après ces études, les professionnels et parents aimeraient que ce sujet puisse être aussi abordé en anténatal, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

3. Propositions informelles des soignants et propositions personnelles afin d'améliorer la prévention du SBS

En UME, de très nombreux conseils portant sur des thématiques variées, doivent être prodigués aux parents par les différents professionnels travaillant au sein de l'établissement. Dans ces nombreux thèmes on retrouve les informations sur le syndrome du bébé secoué mais aussi la mort inattendue du nourrisson, les visites en post-natal pour l'enfant et les vaccinations, les motifs pédiatriques qui amènent à consulter, les services et aides disponibles (PMI), la sécurité de l'enfant et la protection contre les accidents de la vie courante et les infections, les rythmes de l'enfant et les conseils sur l'alimentation. Dans la thèse de I. Naert, une enquête déclarative portant sur le contenu souhaitable d'un livret de sortie de maternité auprès de 34 pédiatres des Pyrénées-Atlantiques, 15 thèmes ressortaient préférentiellement. La prévention du SBS arrivait en 4ème place avec 93,54 % des voix à la suite des conseils portants sur les vaccinations (100,0%), la fièvre (96,77 %) et l'alimentation (96,77 %). [27] Le nombre d'informations à transmettre lors des conseils de sortie, est une responsabilité qui pèse fortement sur les professionnels. Classifier et prioriser en amont, de manière systématique, ces différentes informations, pourrait faciliter leur transmission par les professionnels, et éviter les oublis ou l'omission des points plus difficiles à aborder.

Lors de moments d'échanges informels, de nombreux professionnels nous ont ainsi rapporté qu'il ne donnaient pas tous les conseils pensant qu'ils devaient être donnée par les autres professionnels de santé. Cependant, il n'existe aucun système de traçabilité permettant de savoir si toutes les informations essentielles ont bien été données au couple. Il pourrait être pertinent de mettre en place dans le dossier des patientes un tel système, afin d'être sûr que l'information soit donnée au moins une fois, et de manière exhaustive, par un professionnel de santé à la maternité, voire plusieurs fois dans le cas d'informations vitales pour la sécurité de l'enfant. Il pourrait également être intéressant de répartir les différents thèmes à aborder en

fonction des professions de santé, certains sujets étant abordés quasiment à chaque fois, tels que la mort inattendue du nourrisson (83% des cas de notre étude). D'autres sujets, comme la prévention du SBS sont très insuffisamment abordés, et le couple peut se retrouver devant une triade de professionnels (sages-femmes - pédiatre - auxiliaire de puériculture) dans laquelle chaque professionnels suppose que cette information a déjà dû être donnée alors même que le conseil n'a pas abordé une seule fois. Les jeunes parents peuvent ainsi avoir eu une information redondante sur certains points et non donnée sur d'autres éléments très importants.

Dans l'étude américaine de L Rideout, sur les barrières rencontrées par les infirmières dans la prévention du SBS, lorsqu'il existait des directives de services allant dans le sens de cette prévention, les infirmières étaient statistiquement huit fois plus susceptibles de noter dans le dossier médical qu'elles avaient réalisé une information sur le SBS et trois fois plus de fournir une brochure sur le SBS. [23] Il serait donc important que des directives plus précises, avec un système de traçabilité et une meilleure répartition des tâches des professionnels de santé selon leurs rôles et leur temps, soient mises en place au niveau du service afin de guider et d'encourager les professionnels de santé dans la réalisation des conseils de sortie.

Plusieurs professionnels ont par ailleurs affirmé s'appuyer sur le carnet de santé pour délivrer leurs conseils de sortie. Effectivement ce carnet est un support pédagogique idéal pour la prévention et l'information des différents thèmes, il aborde notamment la prévention du SBS du point de vue des pleurs et explique comment réagir en cas de pleurs persistants, et rappelle les conséquences du secouement. Cependant ce support n'est pas utilisé par tous les professionnels et comporte de très nombreuses informations dont la lecture peut être rédhibitoire pour les parents.

M-C. Goeffroy dans sa thèse de fin d'étude soutenue en 2017, aborde l'usage du carnet de santé par les médecins. [28] D'après cette étude qualitative auprès de 6 médecins généralistes et 6 pédiatres, le carnet de santé, grâce aux informations et aux conseils qu'il contient, constitue

un bon outil d'échange et de communication. Il est utilisé comme support de la consultation, et appuie le dialogue entre les professionnels de santé et les familles. Cependant les médecins interrogés pensent que son contenu reste mal connu des parents.

Un usage et une présentation plus systématiques du carnet de santé aux parents par les professionnels serait bénéfique et permettrait qu'il soit utilisé plus efficacement pour illustrer leurs conseils.

La distribution de brochures sur le SBS conjointement à la délivrance des papiers de sortie (ordonnances...) pourrait aussi être un outil supplémentaire très efficace, permettant d'appuyer le discours des professionnels et ainsi les amener à ne pas omettre de parler de ce point important. Ainsi, certains programmes ont montré des résultats très satisfaisants avec des réductions significatives des taux de TCNA, tel que le programme «PURPLE Crying» conçu par le "National Center of Shaken Baby Syndrom" en 2004. [21], [29] Ce programme a montré une diminution des hospitalisations pour TCNA passant en huit ans de 10,6/100 000 à 7,1/100 000 chez les enfants de moins d'un an, et de 6,7/100 000 à 4,4/100 000 chez les enfants de moins de 2 ans. [13] Ce programme consistait à distribuer aux parents une brochure pédagogique autour de l'acronyme du mot PURPLE. Ce mot décrivait les caractéristiques des pleurs des nourrissons : Peak of Crying (pic de pleurs), Unexepected (inattendu), Resist Soothing (résiste aux tentatives d'apaisement), Pain-like face (visage exprimant de la douleur), Long Lasting (longue durée), Evening (pleurs du soir) et le mot "Period" signifie que ces pleurs ont un début et une fin. Ce programme a par la suite été utilisé dans de nombreux pays et est disponible en version française. [4],[5]. (Annexe V) Un autre programme réalisé aux Etats-Unis, le "Calm Gently Program" se basait sur l'utilisation d'un livret illustré sous forme de bande dessinée pour expliquer les pleurs aux parents. (Annexe VI) L'étude de E. A. Eismann avait pour but d'évaluer l'utilité de ce livret, distribué à 1045 parents lors de la visite du premier

mois de leur enfant.[30] Les parents ayant lu le livret savaient répondre de façon plus appropriée aux pleurs de leur enfant ($p = 0.019$) et ils se montraient plus confiants que les parents ne l'ayant pas eu ($p = 0.033$). Ainsi la distribution d'un support visuel permettrait d'appuyer la prévention déjà effectuée par les soignants. Ce support semble particulièrement important dans le cas de la réalisations des conseils sur le SBS car ce thème est plus difficile à aborder que les autres thèmes courants des conseils de sortie.

En UME à l'HCE, il existe plusieurs affiches sur les rythmes du bébé, ainsi il pourrait être intéressant, sur le même principe, d'envisager d'afficher des posters sur le SBS et aborder cette problématique du point de vue des pleurs pourrait rendre ce sujet moins tabou et faciliter l'échange entre les parents et les professionnels sur ce sujet parfois délicat.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de voir si une information sur le Syndrome du bébé secoué et sur les pleurs des nourrissons était réalisée par les professionnels de santé, lors des conseils de sortie en Unité Mère-Enfant. Nos résultats montrent un manque d'information sur la prévention du Syndrome du bébé secoué.

Nos objectifs secondaires étaient d'étudier la durée totale de l'entretien, la part attribuée au Syndrome du bébé secoué parmi les conseils de sortie pédiatrique, la qualité des conseils données sur le Syndrome du bébé secoué et les pleurs ainsi que d'évaluer les autres conseils abordés par les professionnels. Nous avons remarqué que la part attribuée au Syndrome du bébé secoué était faible. Nos résultats ont montré que l'information donnée par les professionnels sur les pleurs et le danger du secouement, pourrait être plus systématique et exhaustive. Notre étude a aussi montré que certains conseils pédiatriques sont plus facilement abordés par les professionnels de santé que d'autres, c'est notamment le cas des conseils de couchage, mieux abordés que le Syndrome du bébé secoué.

La difficulté psychologique des professionnels pour aborder ce sujet de maltraitance infantile, dans un moment positif comme la fin d'un séjour en maternité et dans un temps d'entretien court, serait à évaluer. De même un temps dédié, plus important, semble approprié. Les conseils de sortie constituent tout de même un moment privilégié pour aborder de nombreuses thématiques avant le retour à domicile. Pour aider les professionnels dans cette démarche, des directives de services pourraient être réalisées. En effet la mise en place d'un système de traçabilité semble important afin de s'assurer que tous les conseils prodigués soient correctement abordés et qu'il n'y ait pas de redondance excessive entre professionnels. De plus une meilleure répartition des conseils selon les rôles et spécificités de chaque type de

professionnels, mais aussi selon le temps dont ils disposent, permettrait qu'ils soient plus efficaces dans la réalisation des conseils de sortie. Le carnet de santé est un support qui pourrait gagner à être utilisé plus largement comme appui du discours des professionnels lors des conseils de sortie. Des supports visuels à disposition des soignants ou présents dans chaque chambre pourraient aussi faciliter la dispensation de ces conseils et permettre d'ouvrir la discussion avec les parents sur le sujet difficile du Syndrome du bébé secoué.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Brand R.A. Biographical Sketch: John Caffey, MD (1895–1978). *Clin Orthop Relat Res.* mars 2011; 469(3):753-4.
2. Duhaime A-C, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management: JNSPG 75th Anniversary Invited Review Article. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics.* 1 nov 2019; 24(5):481-8.
3. Blumenthal I. Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J.* déc 2002; 78(926):732-5.
4. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. [en ligne] C 2017 [consulté le 27 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
5. Joyce T, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome). StatPearls [en ligne]. 2020 [consulté le 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499836/>
6. Tursz A, Cook JM. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatr Radiol.* déc 2014; 44 Suppl 4:S 641-6.
7. Dreux M. Dis-moi bébé pourquoi tu pleures ? Diplôme d'Etat de Sage-femme : Université de Rouen, 2016.
8. Wiley M, Schultheis A, Francis B, Tiyyagura G, Leventhal JM, Rutherford HJV, et al. Parents' Perceptions of Infant Crying: A Possible Path to Preventing Abusive Head Trauma. *Acad Pediatr.* 16 oct 2019; 20(4):448-454.

9. Richey L, Li T, Rilling JK. Perception of male and female infant cry aversiveness by adult men. *J Reprod Infant Psychol.* 2 mars 2020; 1-15. doi: 10.1080/02646838.2020.1732896
10. Möller EL, De Vente W, Rodenburg R. Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLoS One.* 24 avr 2019; 14(4):e0214548.
11. Carayol M. Connaissances des pères concernant le syndrome du bébé secoué. Diplôme d'Etat de Sage-femme : Université de Grenoble; 2019.
12. Showers J. "Don't shake the baby": The effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl.* 1 janv 1992; 16(1):11-8.
13. Barr RG, Barr M, Rajabali F, Humphreys C, Pike I, Brant R, et al. Eight-year outcome of implementation of abusive head trauma prevention. *Child Abuse Negl.* oct 2018; 84:106-14.
14. Bernier-Petitpretz P. Prévention du syndrome du bébé secoué : création d'un programme de formation des professionnels de santé dans le département des Pyrénées-Atlantiques. [dissertation]. Université: Bordeaux; 2016.
15. Berthold O, Witt A, Clemens V, Brähler E, Plener PL, Fegert JM. Do we get the message through? Difficulties in the prevention of abusive head trauma. *Eur J Pediatr.* févr 2019; 178(2):139-46.
16. Duzinski SV, Guevara LM, Barczyk AN, Garcia NM, Cassel JL, Lawson KA. Effectiveness of a Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Program Among Spanish-Speaking Mothers. *Hisp Health Care Int.* mars 2018; 16(1):5-10.

17. Isumi A, Fujiwara T, Sampei M. Effectiveness of an educational video on infant crying for prevention of shaken baby syndrome among Japanese caregivers of infants. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2019; 66(11):702-11.
18. Fujiwara T, Isumi A, Sampei M, Yamada F, Miyazaki Y. Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse: A population-based quasi-experimental study in Japan. *Child Abuse Negl*. mars 2020; 101:104359. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104359.
19. Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LC. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 1 sept 2013; 89(5):426-33.
20. Harambat J, Sanson S, Lamireau D, Jouvencel P, Maurice-Tison S, Pillet P. Connaissance et prévention du syndrome du bébé secoué au sein d'une population de parents de la maternité du CHU de Bordeaux. *J GynecolObstetBiolReprod*. 2004; 33(4):351.
21. Levet C. Le syndrome du bébé secoué : état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mise en place d'une prévention. Diplôme d'Etat de Sage-femme : Université Clermont-Ferrand; 2012.
22. Guillard 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. Diplôme d'Etat de Sage-femme : Université Grenoble; 2012.
23. Rideout L1. Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators Affecting the Shaken Baby Syndrome Education Initiative: An Exploratory Study of a Massachusetts Public Policy. J Trauma Nurs. mai-juin 2016; 23(3):125-37

24. Laurent-Vannier A, Chevignard M. Abusive head trauma, healthcare, and childhood professionals' lack of knowledge is detrimental to the child's interest. Arch Pediatr. mai 2019; 26(4):199-204.
25. Arnould F. Prévention des consultations aux urgences pédiatriques : enquête sur les conseils de puéricultures donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né. [dissertation] Université : Paris Descartes; 2017.
26. Espallargas SA. 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. Diplôme d'Etat de Sage-femme: Université Caen; 2014.
27. Naert I. Élaboration d'un livret de sortie de maternité à l'attention des parents : que doit-il contenir selon les pédiatres des Pyrénées-Atlantiques ? [dissertation]. Université : Bordeaux; 2017.
28. Geoffroy M-C. Usage du carnet de santé de l'enfant par son médecin : étude qualitative auprès de médecins généralistes et pédiatres du Maine et Loire [dissertation]. Université : Angers; 2017.
29. National Center on Shaken Baby Syndrome. What is the Period of PURPLE Crying? [en ligne]. C [consulté le 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://purplecrying.info/what-is-the-period-of-purple-crying.php>
30. Eismann EA, Pearl ES, Theuerling J, Folger AT, Hutton JS, Makoroff K. Feasibility study of the calm baby gently program: An educational baby book intervention on safe practices related to infant crying. Child Abuse Negl. mars 2019; 89:135-42.

ANNEXE I

FORMULAIRE D'OBSERVATIONS :

Professionnel:

- Sage-femme / Pédiatre / Auxiliaire de puériculture
- Genre : M / F
- Année d'obtention du diplôme :
- Diplôme obtenu en France: Oui / Non
- Exercice libéral : Oui / Non
- Exercice dans d'autres structures (PMI, HAD) : Oui / Non

Patiente :

- Année de naissance :
- Parle couramment français : Oui / Non
- Nombre d'enfants à charge (excepté le nouveau-né) : 0, 1, 2, 3, plus de 3 enfants
- Durée de séjour en maternité : 2, 3, 4, 5, 6, plus de 6 jours

Conjoint.e :

- Année de naissance :

Données sur l'accouchement :

- Modalités d'accouchement : voie basse / extraction instrumentale / césarienne
- Sexe de l'enfant : M / F
- Allaitement : maternel / artificiel / mixte

Entretien :

- Durée :
- Part attribuable aux conseils de pédiatrie :
- Part attribuable aux conseils sur le SBS et les pleurs :
- Personnes présentes (excepté le professionnel de santé et l'investigateur) :

Cochez les points abordés :

Points à aborder sur les pleurs:

- Votre enfant pleure vérifiez 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.
- Votre enfant peut pleurer jusqu'à 2h par jour
- Vous pouvez être exaspéré par ces pleurs

Points à aborder sur les dangers du secouement :

- Secouer un bébé peut le tuer ou le rendre handicapé à vie.
- Face à des pleurs prolongés sans cause d'un bébé, couchez-le sur le dos dans son lit et quittez la pièce
- Appelez quelqu'un de proche

Tableau à remplir selon les points abordés:

Informations sur :	Non abordé*	Partiellement satisfaisant*	Satisfaisant*	Très satisfaisant*
Les pleurs				
Dangers du secouement				

*non satisfaisant : aucune information donnée; partiellement satisfaisant : 1 point abordé; satisfaisant : 2 points abordés; très satisfaisant : tous les points sont abordés

Autres points abordés par les professionnels :

RECOMMANDATIONS DE LA HAS :

→ **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 HANDICAPE 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 III

TABLEAU DECRIVANT LES CARACTERISTIQUES DES COUPLES (N=30)

Caractéristiques	Tous (n=30)
Age en années, m(et)	
-maternel	29,4 (6)
-paternel (n=17)	33,1 (6)
Langue française, n(%)	26 (86,7)
Nombre d'enfants à charge, m(et)	0,8 (1)
Nombre d'enfants à charge, me(i)	0,5 (0,0; 1,0)
Nouveau-né de sexe féminin, n(%)	16 (53,3)
Naissance, n(%)	
-voie basse	22 (73,3)
-voie basse instrumentale	7 (23,3)
-césarienne	1 (3,3)
Durée du séjour en jours, m(et)	3,4 (1,6)
Durée du séjour en jours, me(i)	3,0 (3,0 ; 3,0)
Allaitement, n(%)	
-maternel	19 (63,3)
-artificiel	7 (23,3)
-mixte	4 (13,3)

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.



DEFINITION

CARNET DE SANTÉ EN VIGUEUR AU 1ER 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.

PURPLE CRYING PROGRAMM

The Letters in **PURPLE** Stand for

PURPLE

PEAK OF CRYING

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

UNEXPECTED

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

RESISTS SOOTHING

Your baby may not stop crying no matter what you try

PAIN-LIKE FACE

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

LONG LASTING

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

EVENING

Your baby may cry more in the late afternoon and evening

The word *Period* means that the crying has a beginning and an end.

CLICK for Babies
Part of PURPLEcrying.info

CLICKforBabies.org

2 MONTHS
the peak of the crying curve - babies usually cry more than at any other time

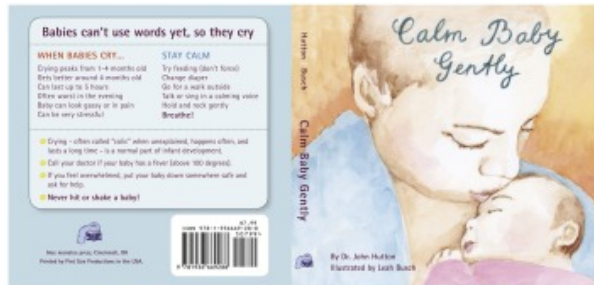
The Crying Curve
2 WEEKS of age to 4-5 MONTHS

- If the crying becomes too frustrating, it is OK to put the baby in a safe place, like a crib, and walk away for a few minutes to calm yourself, then go back and check on the baby
- **NEVER SHAKE** or hurt a baby

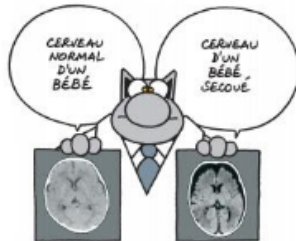
Learn more at PURPLEcrying.info

ANNEXE VI:

PROGRAMME CALM BABY GENTLY



PLAQUETTE INFORMATIVE DU CENTRE RESSOURCES FRANCILIEN DU TRAUMATISME CRÂNIEN



pourquoi est-il si dangereux de secouer un bébé ?

secouer peut tuer

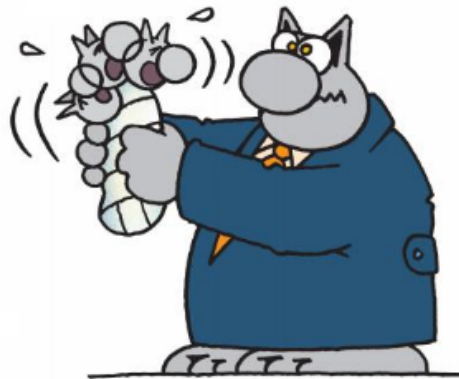
- 10% desésent
- près de 50% sont handicapés à vie

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

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



IL NE FAUT **JAMAIS** SECOUER UN BÉBÉ



secouer peut tuer ou handicaper à vie



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

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



pour calmer bébé

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



bébé continue de pleurer

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

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

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

RÉSUMÉ

Objectifs : Faire un état des lieux sur l'information donnée par les différents professionnels de santé sur le Syndrome du bébé secoué lors de l'examen de sortie de maternité.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle transversale portant sur l'observation de 30 entretiens à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, entre le 6 Janvier et le 2 Mars 2020. Ont été inclus chaque catégories de professionnels de santé exerçants en maternité. Les couples ayant un nouveau-né décédé n'ont pas été inclus. Étaient exclus les professionnels refusant de participer et les couples ne souhaitant pas la présence de l'observateur.

Résultats : La durée des conseils autour du Syndrome du bébé secoué et des pleurs du nouveau-né était comprise entre 0 et 50 secondes. Certaines informations ont été abordées dans 46,7% des cas mais seulement 30% des professionnels ont présenté les conséquences médicales du secouement aux parents.

Conclusion : On constate un manque d'informations données par les professionnels sur le Syndrome du bébé secoué. Un système de traçabilité des différents conseils de sortie permettrait de s'assurer qu'ils soient tous donnés aux parents de façon optimale.

Mots-clés : Syndrome du bébé secoué - TNCA - Prévention - Maternité - Professionnels de santé

ABSTRACT

Objectives: To undertake a survey of the information given by the various health professionals on the Shaken Baby Syndrome during the maternity hospital exit advices.

Method: It was a descriptive cross-sectional observational study on 30 observations at the "Hôpital Couple-Enfant" in Grenoble, between January 6 and March 2, 2020. Each category of health professionals who works in the maternity were included. The couples with a deceased newborn were not included. Professionals unwilling to participate and couples refusing the investigator presence were excluded.

Results: The duration of counseling on both the Shaken Baby Syndrome and on newborn crying was between 0 and 50 seconds. Some pieces of information were given in 46,7% of the cases, but only 30,0% of the professionals explained to the parents the medical consequences of shaking the baby.

Conclusion: There is a lack of information given by trained professionals on Shaken Baby Syndrome. A tracking system for the various exit advices would ensure that information is optimally given to the parents.

Keywords : Shaken Baby Syndrome - Non-accidental head injuries - Prevention - Maternity - Health professionals.