



HAL
open science

État des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué

Justine Cartron

► **To cite this version:**

Justine Cartron. État des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04160066

HAL Id: dumas-04160066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04160066v1>

Submitted on 12 Jul 2023

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.

MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE

Présenté et soutenu le 8 juin 2023 par

Justine CARTRON

Née le 06/11/1998

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES
THÉORIQUES DES ORTHOPHONISTES AU
SUJET DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Directeur de Mémoire : Elodie Fabrègues, orthophoniste

Co-directeur(s) de Mémoire : Amandine Billiaux, neuropédiatre

Nice

2023

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes encadrantes, Elodie FABREGUES et Amandine BILLIAUX. Je vous remercie d'avoir accepté de me suivre dans ce projet et pour votre accompagnement tout au long de ce mémoire. Un merci plus particulier à Elodie, pour sa réactivité, ses conseils, sa bienveillance ainsi que ses encouragements si précieux.

Je remercie également Auriane GROS et Valeria MANERA pour leurs conseils et leur disponibilité tout au long de l'année.

Merci au CF de Nice, leurs encadrantes ainsi que les professeurs pour ces 5 années de formation. Merci également à tous mes maîtres de stage de m'avoir accueillie.

Merci aux orthophonistes d'avoir pris le temps de répondre et de participer à ce projet, sans vous ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie toutes mes rencontres Niçoises qui se reconnaîtront, pour leurs encouragements, leur soutien, tout simplement leur présence durant ces 5 années. Mille mercis à vous, sans qui ces études n'auraient jamais été pareilles. Un grand merci à Laura et Lucille pour ces soirées, ces rires, ces nombreux repas cuisinés, ces souvenirs partagés et tous ces moments passés. Une grosse pensée également à ma copine maintenant toulousaine. A cette nouvelle vie d'orthophoniste qui nous attend.

Je remercie également mes copines de prépa, avec qui tout a commencé, Clémentine et Oriane. Merci pour ces nombreux appels interminables.

Je remercie mes amis Vendéens pour leur présence depuis tant d'années. Plus particulièrement ma meilleure amie depuis plus de 20 ans, Noélie. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

Enfin, je remercie ma famille, et plus particulièrement mes parents pour leurs encouragements durant ce projet. Mais également pour leur soutien durant toutes ces années, merci de m'avoir permis de réaliser ces études. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Abréviations

TC : Traumatisme Crânien

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

TCNI : Traumatisme Crânien Non Intentionnel

TCA : Traumatisme Crânien Accidentel

TCI : Traumatisme Crânien Intentionnel

TCNA : Traumatisme Crânien Non Accidentel

HSD : Hématome Sous-Dural

TCIS : Traumatisme Crânien Infligé par Secouement

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

IDE : Inventaire du Développement de l'Enfant

IFDC : Inventaire Français du Développement Communicatif

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	2
Chapitre 1 : Étiologies et définitions du syndrome du bébé secoué.....	3
1 Lésion cérébrale d'origine traumatique chez l'enfant.....	3
1.1 Traumatismes crâniens	3
1.2 Traumatismes crâniens non intentionnels et traumatismes crâniens intentionnels	3
1.3 Syndrome du bébé secoué	4
2 Données scientifiques du syndrome du bébé secoué.....	5
2.1 Données épidémiologiques.....	5
2.2 Données médicales	6
2.3 Conséquences du syndrome du bébé secoué	7
Chapitre 2 : Préconisations et recommandations de prise en soin du syndrome du bébé secoué.....	9
1 Généralités, prévention et prise en soin multidisciplinaire	9
1.1 La prévention.....	9
1.2 Généralités de la prise en soin multidisciplinaire.....	11
2 Généralités dans la prise en soin orthophonique du bébé secoué	12
2.1 Bilan	12
2.2 Rééducation	12
Partie pratique.....	14
1 Problématique et objectifs	15
2 Matériel et méthode.....	15
2.1 Population.....	15
2.2 Matériel	16
2.2.1 Matériel d'évaluation	16

2.2.2	Matériel d'intervention.....	18
2.3	Méthode.....	18
3	Stratégie d'analyse des données	19
4	Résultats	20
4.1	État des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué	20
4.1.1	Formation et connaissances.....	20
4.1.2	Rôle de l'orthophoniste	23
4.2	Facteurs d'influence des connaissances du syndrome du bébé secoué	25
4.3	Évaluation de l'apport et de la satisfaction d'une vidéo explicative sur le syndrome du bébé secoué à destination des orthophonistes.....	26
4.3.1	Évaluation de l'apport	26
4.3.2	Évaluation de la satisfaction.....	27
	Discussion.....	28
	Conclusions et Perspectives	34
	Bibliographie.....	35
	Annexes.....	42

INTRODUCTION

En France, le syndrome du bébé secoué (SBS) représente 180 à 200 cas par an, c'est la forme la plus fréquente de maltraitance du très jeune enfant. C'est un traumatisme crânien non accidentel tout à fait évitable. Le SBS est un problème de santé publique encore méconnu qui concerne tous les professionnels de santé mais également le grand public. Ce manque d'informations entraîne un sous-diagnostic de ce syndrome, ainsi que des prises en soin non adaptées. Il paraît donc primordial que les orthophonistes soient suffisamment informés au sujet de ce syndrome, afin de pouvoir proposer une prévention, un accompagnement parental et une prise en soin adaptée. D'autant qu'aucune étude ne s'est jamais intéressée spécifiquement à l'orthophonie dans le cadre du SBS. Cependant, les informations ainsi que la prévention sur le SBS tendent à se développer notamment grâce aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le sujet qui ont été réactualisées en 2017 permettant d'uniformiser les dernières connaissances sur ce syndrome. Puis récemment, en 2022, une campagne de sensibilisation a été lancée par le secrétaire d'État à l'enfance et aux familles, Adrien Taquet afin de toucher les professionnels de santé, de la petite enfance et les parents.

Notre étude consistait à établir un état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. L'hypothèse que nous souhaitons vérifier était que les orthophonistes ne sont pas suffisamment informés sur ce syndrome, ce qui peut parfois entraver notre rôle orthophonique dans celui-ci. Pour confirmer cette hypothèse, nous avons proposé aux orthophonistes un questionnaire en ligne. Une vidéo explicative a ensuite été créée afin d'apporter les informations principales de ce syndrome. Afin d'évaluer l'intérêt et la satisfaction de cette vidéo, nous avons proposé aux orthophonistes un second questionnaire en ligne.

Dans un premier temps, nous aborderons les étiologies et la définition du syndrome du bébé secoué. Puis, nous verrons les préconisations et recommandations de prise en soin du syndrome du bébé secoué, d'un point de vue pluridisciplinaire et orthophonique. Par la suite, nous détaillerons le déroulement de l'étude, notamment la création du questionnaire ainsi que la vidéo explicative. Enfin, après avoir analysé les résultats obtenus, nous discuterons du besoin d'inclure le SBS au sein de la formation initiale et/ou continue des orthophonistes afin d'améliorer la prévention et les prises en soin actuellement réalisées.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : ÉTIOLOGIES ET DEFINITIONS DU SYNDROME DU BEBE SECOUE

1 Lésion cérébrale d'origine traumatique chez l'enfant

1.1 Traumatismes crâniens

Les traumatismes crâniens représentent un problème majeur de santé publique. Pourtant, il n'existe que très peu de données épidémiologiques portant sur les traumatismes crâniens du nourrisson et du petit enfant. D'après la Classification Internationale des Maladies (CIM), on considère le traumatisme crânien comme : « toute agression mécanique, directe ou indirecte, responsable d'une fracture du crâne et/ou de troubles de la conscience ou de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée, d'apparition secondaire ou retardée » (CIM-10, 2021).

Selon sa gravité, on définit le traumatisme crânien (TC) comme « léger », « modéré » ou « sévère » évalué selon l'échelle de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974). Dans la majorité des cas, les TC sont fréquents et sans conséquence grave. En effet 80 à 90 % des TC sont légers (Lyttle et al., 2012) contre 3 à 10% des TC qui sont graves (Javouhey, 2013). Les TC restent cependant la première cause de mortalité et d'invalidité chez l'enfant (Garcia-Rodriguez & Roger, 2014). Ils sont la principale cause de décès accidentel dès l'âge d'un an (Kochanek et al., 2012) et la troisième cause de décès avant un an (Direction des affaires juridiques, 2004). On note une incidence importante du traumatisme crânien chez l'enfant : on compte entre 200 à 345 cas pour 100 000 enfants par an selon les études (Anderson et al., 2012). En France, cela représenterait environ 20 000 nouveaux cas par an (Bonnier, 2006). Ces données peuvent varier selon la cause du traumatisme (accidentelle ou non) et l'âge des enfants au moment du choc. En effet, différentes études suggèrent que les enfants de moins de 3 ans sont plus à risque de subir un traumatisme crânien que les enfants plus âgés (Crowe et al., 2014). On peut expliquer cela notamment par le fait que les TC graves sont dans la plupart des cas des TC liés à la maltraitance. Cela englobe le SBS et le syndrome des enfants battus (Patteau & Chéron, 2014). Les traumatismes crâniens chez l'enfant peuvent être de plusieurs natures. Tout d'abord, non intentionnels : chute, accident de la voie publique, coup ; ou intentionnels : syndrome du bébé secoué (SBS) et syndrome de Silverman (syndrome des enfants battus).

1.2 Traumatismes crâniens non intentionnels et traumatismes crâniens intentionnels

Il existe donc différents types de traumatismes crâniens. On les classifie le plus souvent en fonction de leur caractère intentionnel ou non intentionnel du traumatisme. Les causes non

intentionnelles sont globalement plus fréquentes que les causes intentionnelles. Ainsi, la maltraitance des très jeunes enfants est une cause intentionnelle encore peu traitée (Santé publique France, 2019). Les traumatismes crâniens non intentionnels (TCNI) sont autrement appelés les traumatismes crâniens accidentels (TCA). Ils comprennent les chutes, les accidents de la voie publique et les accidents du travail. Ils sont provoqués par des évènements non-volontaires. On les classe le plus souvent en traumatismes de la route, traumatismes liés au sport, traumatismes dans le cadre du travail, traumatismes liés aux activités de loisirs, au domicile, à l'école (les accidents de la vie courante). Après un TCA, les trois principales lésions retrouvées sont un hématome intracrânien, des lésions axonales diffuses et un œdème tissulaire (Bissonnette & Vinchon, 2002).

Quant aux traumatismes crâniens intentionnels ou infligés (TCI), ils correspondent aux traumatismes crâniens non accidentels (TCNA) et englobent la maltraitance infantile. Les traumatismes intentionnels sont eux volontaires, causés par des actes de violence envers autrui (agressions, homicides, faits de guerre) et par des actes de violence tournés contre soi-même (mutilation, tentative suicide, suicide). Après un TCNA, les deux principales lésions cérébrales retrouvées sont un hématome sous-dural (HSD) associé à une hémorragie sous-arachnoïdienne (Meyer et al., 2006).

L'incidence des TCI est sous-estimée. Comme observé dans différentes études, les TCNA ont un pronostic plus sévère que les autres TC. Pour les enfants victimes de TCNA, le taux de mortalité rapporté varie de 15 (Ludwig & Warman, 1984) à 38% (Jacobi et al., 2010) avec une médiane à 20-25% (M. P. Chevignard & Lind, 2014; Keenan, 2003). Un taux similaire est retrouvé chez les enfants victimes de TCA sévères (Lind et al., 2013). Ainsi, cela peut s'avérer difficile de différencier les traumatismes crâniens accidentels des traumatismes crâniens infligés notamment le syndrome du bébé secoué.

1.3 Syndrome du bébé secoué

Tout d'abord, il faut préciser que le développement global de l'enfant (social, cognitif et comportemental) commence très tôt dans l'enfance. Les premières années de vie sont des moments importants dans ce développement, et le cerveau du nourrisson est encore immature et très sensible aux blessures (Anderson et al., 2005). Ainsi, plus les traumatismes ont lieu tôt dans l'enfance plus il y aura d'effets délétères des lésions. De plus, le cerveau du nourrisson est plus sensible aux secousses, en raison du non-contrôle postural de sa tête et du poids qui est relativement plus important que le reste de son corps, conduisant à des lésions cérébrales diffuses significatives (M. P. Chevignard & Lind, 2014).

A ce jour, en France, le syndrome du bébé secoué (SBS), ou traumatisme crânien infligé par secouement (TCIS) reste très peu étudié. C'est tout d'abord Caffey en 1972 qui décrit pour la première fois le syndrome du bébé secoué. On parle de SBS lorsque le nourrisson est violemment secoué par un adulte et entraîne un TC avec des séquelles neurologiques graves (Turkieltaub, 2012). Le SBS est le plus sévère des traumatismes crâniens car il cumule trois facteurs de mauvais pronostic : le très jeune âge, le caractère diffus des lésions cérébrales, et la répétition fréquente du secouement. (HAS, 2017a). A cela, s'ajoute le fréquent retard aux soins. Il concerne principalement les nourrissons de moins d'un an. Il est toujours d'une extrême violence et ne relève ni du jeu ni d'un geste maladroit de la vie quotidienne (Laurent-Vannier, 2014). On retrouve un degré de mortalité et de morbidité très élevé et avec des conséquences souvent majeures et définitives à court, moyen et long terme (Laurent-Vannier, 2014). Il est d'ailleurs la principale cause de décès en lien avec la maltraitance infantile et l'une des principales causes mondiales de TC mortel chez les enfants de moins de 2 ans (Hung, 2020).

2 Données scientifiques du syndrome du bébé secoué

2.1 Données épidémiologiques

Il est difficile d'estimer précisément l'incidence du SBS, en effet ce syndrome étant encore peu connu le diagnostic est souvent difficile à poser. Ainsi, celui souvent retenu à tort sera le diagnostic de mort subite du nourrisson (Laurent-Vannier, 2014). Il est aussi sous-estimé du fait de la méconnaissance de ce syndrome par les professionnels, la difficulté de différenciation des TCI par rapport aux TCA, et par conséquent le diagnostic uniquement des cas les plus sévères. Ces difficultés entraînent donc une sous-déclaration de ces cas.

Bien que ce syndrome soit peu étudié, et qu'il n'existe que peu de données épidémiologiques françaises, on estime cependant le nombre de bébés secoués en France de 180 à 200 cas par an (HAS, 2017a). Le plus souvent, ce sont les nourrissons de moins de 6 mois qui sont les principales victimes du secouement avec une prévalence plus importante chez les garçons (Greeley, 2015). Après 6 mois, le nombre de cas probables diminue fortement (Paget et al., 2019).

Il a été identifié que le principal élément déclencheur du secouement sont les pleurs du nourrisson. Ces pleurs persistants engendrent du stress, de la frustration, de la colère et de la fatigue qui amènent généralement l'adulte à secouer l'enfant (Paget et al., 2019). Quant aux auteurs du SBS, il n'y a pas de « profil-type » d'un « secoueur ». N'importe qui peut être frappé par le drame du SBS et ce, peu importe le milieu socio-économique, culturel, professionnel dans lequel l'individu se trouve (Laurent-Vannier et al., 2009). Cependant, la plupart des victimes de SBS sont agressées par des hommes vivant avec la mère (le père ou le beau-père). Ensuite, ce sont les gardiens de l'enfant qui sont en cause dans

un cas sur cinq (HAS, 2017a). Concernant les principaux facteurs de risque identifiés chez les parents, il a été noté qu'il existe fréquemment un isolement social et familial des parents (HAS, 2017a). On note également un risque pour les parents qui ont des attentes irréalistes envers leur enfant, les parents victimes de violence conjugale, les parents vivant des situations stressantes tels des problèmes financiers ou émotionnels, les parents ayant une maladie, les parents consommant des drogues ou de l'alcool, les jeunes parents et enfin une grossesse non désirée (CLIPP, 2009). En ce qui concerne les principaux facteurs de risque chez les enfants, ce sont les bébés prématurés ou nés d'une grossesse gémellaire qui sont les plus sujets au SBS (HAS, 2017a). Il faut enfin souligner que le syndrome du bébé secoué peut aussi survenir dans des familles qui ne présentent aucun facteur de risque apparent (CLIPP, 2009).

2.2 Données médicales

Concernant le mécanisme causal des lésions, la plupart du temps le bébé est tenu fortement par le thorax, sur ou en dessous des bras en position verticale face à l'adulte. Les secousses violentes appliquées entraînent des mouvements rapides de flexion-extension (Laurent-Vannier, 2018). Ce sont ces mouvements rapides d'accélération et de décélération générés qui sont transmis à la tête de l'enfant et qui peuvent occasionner des lésions graves. Le secouement entraîne des atteintes en particulier au niveau des yeux, du cerveau et des os. Dans la littérature anglo-saxonne, on parle de « triade » : hématome sous-dural (HSD), œdème cérébral et hémorragie rétinienne. Plus précisément, on retrouve une déchirure des vaisseaux sanguins cervicaux, créant ainsi l'apparition d'un HSD et des hémorragies rétiniennes (Sofmer, 2011). Sont donc susceptibles d'être lésés dans ce syndrome : les méninges, l'encéphale, l'œil et la moelle épinière (HAS, 2017a). Puis, on observe des lésions du cou, du rachis cervical, fractures des membres, des côtes, du crâne, ecchymoses et hématomes des téguments, des muscles du cou (HAS, 2017a).

Les lésions et les conséquences de ce syndrome sont majorées par le fait que dans la plupart des cas, on retrouve une récurrence des secouements (Turkieltaub, 2012). En effet, dans plus de la moitié des dossiers, le geste est réitéré en moyenne 10 fois (2 à 30 fois) car le secouement entraînait l'arrêt des pleurs du nourrisson (62,5 %). Les auteurs du secouement justifient la répétition des secousses par le fait qu'ils arrêteraient les pleurs du bébé (Adamsbaum et al., 2010). Les impacts sont rares ou en fin de secousses (24 % des cas). Concernant les symptômes, ils peuvent apparaître immédiatement, on retrouve un comportement inhabituel d'emblée chez l'enfant (HAS, 2017a).

D'après la HAS, il existe 4 tableaux cliniques avec différents symptômes initiaux :

- Dans les cas les plus graves, l'enfant décède.
- Une atteinte neurologique grave peut être évoquée d'emblée imposant une prise en charge immédiate : malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard, signes orientant vers une hypertension intracrânienne aiguë.
- D'autres signes évoquent aussi une atteinte neurologique : diminution des compétences de l'enfant, on retrouve un enfant avec un moins bon contact (ne souriant plus).
- Des signes non spécifiques pouvant égarer le diagnostic : modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

Ce qui est difficile dans le diagnostic de ce syndrome, c'est que tous ces signes ne sont pas spécifiques d'un TCNA, mais c'est leur association avec l'absence d'une histoire explicative ou un récit incohérent qui pousse l'équipe médicale à suspecter une cause non accidentelle (M. P. Chevignard & Lind, 2014). Ainsi, étant donné que les lésions observées ne sont pas spécifiques, plusieurs autres causes peuvent être évoquées par les adultes pour expliquer ce traumatisme. Il peut s'agir : d'une chute de faible hauteur, de manœuvres considérées comme des jeux ("faire l'avion" / "lancer en l'air"), d'accouchement, de manœuvre de réanimation, d'une hypoxie ou encore d'un secouement par un enfant. Cependant, toutes ces circonstances ont été étudiées et aucune n'associe les mêmes lésions que celles observées dans le SBS (HAS, 2017a). Ainsi, le SBS ne relève ni du jeu ni d'un geste maladroit de la vie quotidienne. C'est une évaluation et un diagnostic difficile qui nécessite donc du temps ainsi que des compétences et des connaissances suffisantes pour appréhender les troubles du nourrisson. Du fait de la méconnaissance des spécificités du syndrome, de nombreux enfants ne peuvent bénéficier d'un diagnostic et d'une prise en soin en rééducation (Direction des affaires juridiques, 2004).

2.3 Conséquences du syndrome du bébé secoué

Le pronostic du SBS est peu connu car il n'existe que très peu d'études sur le devenir de ces enfants, notamment sur le devenir à long terme. Néanmoins, toutes évoquent un mauvais pronostic vital, neurologique et cognitif (Laurent-Vannier et al., 2009). Tout d'abord à court terme, environ 20 % des bébés victimes de secouement meurent (Laurent-Vannier, 2018). Selon la littérature, ce taux varie entre 20 à 30%. A plus long terme, plus de la moitié des survivants souffriraient de séquelles à vie (Turkieltaub, 2012), on noterait même que seulement 10% des bébés secoués sont indemnes de séquelles (Chaix, 2018). Lorsque l'enfant est secoué, les neurones sont altérés ou détruits et ne peuvent

être remplacés entraînant des répercussions irréversibles. En effet, les apprentissages ne se feront donc pas comme ils auraient dû (Laurent-Vannier, 2018). Malgré le peu d'études encore réalisées, on estime que 75 % des enfants survivants présentent des séquelles (HAS, 2017a). Les séquelles peuvent soit être évidentes d'emblée soit apparaître progressivement au fur et à mesure du développement de l'enfant (Laurent-Vannier, 2018). On va retrouver différents types de séquelles : physiques, cognitives, et comportementales. D'après différentes études, on observe plusieurs tableaux possibles : (Laurent-Vannier, 2018; Lind et al., 2013)

- Des séquelles évidentes d'emblée : l'enfant présente dans le pire des cas, un tableau de polyhandicap avec un état pauci-relationnel : hémiplégie uni ou bilatérale (15,3 à 64 %), troubles visuels allant jusqu'à la cécité uni ou bilatérale (18 à 48 %), très faible interaction, déficience intellectuelle, absence de langage...
- Une atteinte moindre : hémiparésie, maladresse, tremblement, malvoyance, épilepsie (11 à 32%)
- Une atteinte invisible : autrement appelé handicap invisible mais qui n'en est pas moins délétère. Ces séquelles impactent les aspects comportementaux et cognitifs et ne se voient pas d'apparence. Ces difficultés peuvent apparaître à distance et lorsque les exigences environnementales augmentent, notamment au moment de la scolarisation. On peut retrouver « des troubles du langage (37 à 64%), des troubles du comportement (23 à 59 %) à type d'agitation permanente, défaut d'inhibition, de contrôle de soi, avec impulsivité, mouvements brutaux, mise en danger, absence d'empathie » (Laurent-Vannier, 2018). Il peut y avoir simultanément un défaut d'initiative et d'intérêt qui sont pourtant des conditions indispensables au développement de l'enfant. L'atteinte intellectuelle est également variée : défaut de jugement, de raisonnement, de mémoire, d'attention, difficultés visuo-spatiales et praxiques ainsi qu'une lenteur et la fatigabilité. Ces séquelles vont donc entraîner des difficultés d'apprentissage.

Au vu des nombreuses séquelles observables et de leur gravité, la prévention, le diagnostic, le suivi et l'indemnisation de ces enfants doivent être améliorés. Afin de mieux objectiver le retentissement des séquelles sur l'autonomie, la vie sociale et la qualité de vie des patients à l'adolescence et l'âge adulte des études complémentaires sur le devenir à très long terme se révèlent nécessaires (Lind et al., 2013).

CHAPITRE 2 : PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS DE PRISE EN SOIN DU SYNDROME DU BEBE SECOUE

1 Généralités, prévention et prise en soin multidisciplinaire

1.1 La prévention

La première définition de la prévention a été proposée par l'OMS en 1948 : « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». La prévention du SBS est capitale puisque ce syndrome est tout à fait évitable et qu'il peut être prévenu à 100% (CHU Sainte-Justine, 2011). D'après de nombreuses études, la prévention permettrait de faire diminuer le nombre de cas (Parrish et al., 2013). En France, peu de préventions à l'échelle nationale ont été réalisées. Mais, le 17 janvier 2022, Adrien Taquet, le secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, a démarré une campagne pour alerter sur le SBS. C'est la première fois qu'une campagne de communication et de sensibilisation d'une telle ampleur est réalisée auprès des professionnels de santé, de la petite enfance et des parents. L'objectif de la prévention dans ce syndrome est d'anticiper le geste et donc le passage à l'acte, cela passe par l'information et la formation de toute personne s'occupant d'un nourrisson. On informe sur la gravité du syndrome et sur les pleurs car comme dit précédemment, le principal élément déclencheur du secouement chez le nourrisson sont les pleurs. Il paraît donc important que les adultes sachent que les pleurs font partie du développement normal du nourrisson (Barr, 2010). On peut être exaspéré par des pleurs, au point que dans un moment de colère et d'exaspération intense, on puisse avoir envie de secouer mais il faut savoir que ce geste peut tuer ou handicaper à vie, qu'une seule fois peut suffire à créer des lésions cérébrales permanentes (Laurent-Vannier, 2014). Ainsi, il s'avère nécessaire de faire de la prévention auprès des parents en leur donnant différents conseils et que si cela arrive, le mieux, est de coucher l'enfant sur le dos, dans son lit, et de sortir de la pièce (Laurent-Vannier, 2014). Cette prévention semble d'autant plus importante, que selon les études, 37% des femmes interrogées déclarent ne jamais avoir entendu parler du SBS avant leur grossesse et 88 % estiment qu'on n'en parle pas assez (Tavernier & Ganga-Zandzou, 2006). Ainsi, sensibiliser les parents au danger du SBS devrait être obligatoire à la maternité et dans les jours qui suivent le retour de la maternité (HAS, 2017a).

La sensibilisation des parents semble donc primordiale comme celle des différents professionnels pouvant jouer un rôle dans ce syndrome, notamment les professionnels de la petite enfance, de la santé et le personnel offrant des soins aux enfants (Blumenthal, 2002). Plus précisément et selon la HAS : "D'une manière générale, tout professionnel susceptible de connaître, à un titre ou à un autre, des

situations de secouement doit bénéficier d'une formation sur cette problématique : il s'agit des professionnels médicaux, paramédicaux, psychologues, médico-sociaux, des cadres de l'aide sociale à l'enfance, des magistrats, des policiers et des gendarmes... » (HAS, 2017a). Toujours d'après la HAS « les professionnels de santé, qu'ils exercent aux urgences ou en cabinet de ville, sont des acteurs essentiels du repérage de ces actes, de leur diagnostic et de leur prévention. Ils sont également des acteurs essentiels de la prévention grâce aux liens qu'ils entretiennent avec les familles. Ils peuvent prodiguer par exemple des conseils aux jeunes parents sur la façon de gérer les pleurs d'un bébé. Rappelons que dans plus d'un cas sur deux, il y aura récurrence du secouement, augmentant considérablement les risques de conséquences irréversibles » (HAS, 2017b). Les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs rencontrés par les parents et ont pour responsabilité la diffusion de cette prévention. Que ce soient les médecins généralistes, les pédiatres, les sages-femmes, ou bien les orthophonistes, ils ont tous un rôle d'information, d'éducation sanitaire mais aussi de formation de tous les partenaires concernés par ce syndrome. Ces professionnels libéraux et la Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont ceux qui peuvent repérer le plus facilement les signes d'éventuelle maltraitance et les situations à risque (pleurs incessants, parents épuisés, violence intrafamiliale...) (HAS, 2017a). En effet, il paraît important de proposer des aides aux parents dans le besoin. Cependant, malgré la loi du 05 mars 2007 insistant sur la nécessité d'une prévention précoce (ONED, 2007), il peut parfois être difficile pour les professionnels d'aborder le sujet, c'est donc pour cela qu'une réflexion en groupe pluridisciplinaire peut être intéressante (Davost-Serizay, 2018). Ainsi, le recours à des professionnels de la PMI doit être envisagé (Laurent-Vannier et al., 2011). De plus en plus d'outils aidants sont mis à disposition des professionnels, on peut retrouver notamment un spot « choc » tourné par le conseil général de la Vendée, une fiche dans le carnet de santé sur « ses pleurs » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018) ainsi qu'un site internet « syndromedubebesecoue.com ». Ce sont des moyens de communication sur lesquels les professionnels de santé peuvent s'appuyer pour favoriser et faciliter la communication de ce syndrome.

Ainsi, la prévention du SBS a largement démontré son efficacité. Cependant, le manque de connaissances de tous les adultes et professionnels concernant les conséquences restent insuffisantes alors qu'elles permettraient d'éviter cet acte. La prévention peut être améliorée et doit être abordée systématiquement auprès des jeunes parents ainsi qu'auprès de tous les professionnels pouvant être confrontés à ce syndrome. De ce fait, cette prévention ainsi que ce syndrome dans sa globalité se doit d'être pluridisciplinaire.

1.2 Généralités de la prise en soin multidisciplinaire

Chez le jeune enfant SBS, comme dans le cadre de nombreuses autres pathologies, un suivi pluridisciplinaire s'avère indispensable (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). En effet, plus la prise en soin de l'enfant et des parents sera précoce, régulière et pluridisciplinaire plus elle sera efficace. Le SBS s'inscrit dans les TC graves et la prise en soin se fera donc sensiblement de la même façon. Ainsi, la prise en soin dépendra tout d'abord de l'état de santé du nourrisson, s'il y a un état végétatif il devrait être pris en charge en néuro-réanimation puis en unité dédiée. Puis, en service de rééducation pour bénéficier d'une prise en soin pluridisciplinaire et individualisée. (Bayen et al., 2012). Afin de faciliter ce parcours de soin, et que l'enfant puisse bénéficier d'un suivi pluridisciplinaire, il s'avère indispensable de connaître ce syndrome. En effet, la mauvaise connaissance du TC conduit malheureusement à des sorties du parcours de soin (Bayen et al., 2012).

Dans la plupart des cas, les survivants du syndrome du bébé secoué présentent des séquelles permanentes entraînant des difficultés scolaires importantes et des rééducations pluridisciplinaires longues (Trabold et al., 2002). L'environnement et les prises en soin rééducatives vont donc jouer un rôle primordial dans la récupération de ces enfants (Anderson et al., 2011). L'environnement familial et scolaire s'il est stimulant, enrichissant et capable de s'adapter à l'enfant favorisera le développement neurologique (Laurent-Vannier et al., 2000). Puis, la rééducation permettra d'améliorer les compétences de l'enfant dans les domaines moteurs, cognitifs, sociaux et comportementaux (Anderson et al., 2011; M. Chevignard et al., 2010; Stipanovic et al., 2008). Pour cela, la rééducation se doit d'être pluridisciplinaire (ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie, éducation spécialisée...), centrée sur le patient, et orientée vers la réduction du handicap de l'enfant et l'amélioration de son fonctionnement (M. Chevignard et al., 2010). Un suivi à très long terme de ces enfants se révèle nécessaire afin de dépister au plus tôt les difficultés neurologiques et cognitives et qu'ils puissent bénéficier précocement, d'interventions spécialisées et/ou d'adaptations scolaires (Lind et al., 2013). D'après une étude, les enfants SBS bénéficient en moyenne de deux types de rééducation simultanément (orthophonie, ergothérapie, kinésithérapie, suivi psychologique). 4% sont en éducation ordinaire, 5% en enseignement ordinaire avec adaptations, et 4% en établissement spécialisé (Vassel-Hitier et al., 2019).

Ainsi, la prise en soin pluridisciplinaire s'avéra indispensable et bénéfique pour l'enfant. Elle permettra de diagnostiquer, d'organiser les rééducations des différents professionnels dans le but d'élaborer un projet de vie pour une autonomie maximale (Bayen et al., 2012).

2 Généralités dans la prise en soin orthophonique du bébé secoué

2.1 Bilan

L'orthophoniste est un professionnel de santé exerçant en cabinet libéral ou en structure, et spécialiste de la communication. Il a parmi ses missions, l'information, l'explication des troubles, les conseils associés mais aussi l'écoute et l'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. L'orthophoniste doit toujours agir dans l'intérêt des patients et de la santé publique. C'est lors de la phase initiale de rééducation, c'est-à-dire lors du bilan que l'accompagnement familial de ces familles va revêtir une dimension particulière. La mise en place d'un accompagnement parental spécifique dans le cadre de ce syndrome est nécessaire puisque c'est un événement traumatique pour les parents. Ils ont de nombreuses inquiétudes concernant le devenir de leur enfant, s'ajoute à cela le sentiment de honte, de culpabilité et parfois même d'une condamnation pénale (Le Ficher & Diaz, 2019). Afin de pouvoir accompagner et répondre au mieux aux besoins du patient et des parents, il faut avant tout créer une relation de confiance, une alliance thérapeutique indispensable dans la prise en soin de cet enfant. Cette alliance thérapeutique va commencer dès le début de la prise en soin, durant l'anamnèse où le rôle sera d'écouter, de respecter un climat de neutralité et de bienveillance avec la famille afin d'obtenir un dialogue avec les parents qui s'avéra indispensable (HAS, 2017a). Cela permettra ensuite à l'orthophoniste d'accompagner, de guider au mieux les parents. En effet, l'objectif dans ce syndrome est d'anticiper, de prévenir et d'aider les parents à repérer les symptômes développementaux (impulsivité, lenteur d'évocation, persévérations, perte du fil de la conversation) et de les aider à s'adapter à la manière de communiquer de leur enfant (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). Pour cela, un bilan orthophonique initial précis et précoce sera nécessaire. Cette évaluation nécessite l'implication des parents, en considérant et en recueillant les avis parentaux au moyen de questionnaires tel que l'IDE (Inventaire du Développement de l'Enfant) (Duyme et al., 2010) et l'IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif) (Bovet et al., 2005). L'évaluation orthophonique évaluera les performances communicationnelles et langagières de l'enfant, en référence à lui-même et à ses pairs d'âge. Puis, elle permettra de mettre en avant les différentes séquelles et d'élaborer le projet thérapeutique (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014).

2.2 Rééducation

La rééducation en orthophonie dès l'âge préscolaire est de plus en plus reconnue comme pertinente chez des enfants ayant subi une lésion neurologique centrale acquise mais sa prescription ne paraît pas encore systématique (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). Dès 12 ou 18 mois une

rééducation peut s'engager initiant l'émergence des capacités attendues à l'âge de l'enfant ; il s'agira de poursuivre son développement sur l'ensemble des plans fonctionnels de la communication, tout en tenant compte des capacités et des déviations développementales antérieures à l'atteinte, dont la remédiation éventuelle sera parasitée par les défaillances acquises (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). Cette prise en soin précoce permet de limiter une aggravation des troubles ou des complications comportementales, et permet la prise en charge des troubles associés. On peut retrouver dans le syndrome du bébé secoué un important retard de parole/langage et des troubles cognitifs (Vassel-Hitier et al., 2019) ainsi que comme vu précédemment des séquelles visuelles, des difficultés d'apprentissages, des troubles du comportement et des troubles attentionnels. En effet, si les très jeunes enfants étaient auparavant surtout orientés vers une rééducation en orthophonie lorsqu'ils souffraient d'atteintes de la déglutition, la reconnaissance actuelle de la profession a modifié les pratiques. Les orthophonistes peuvent donc être amenés à prendre en soin ces enfants pour des éventuels troubles pouvant concerner la sphère oro-faciale (déglutition, symétrie faciale, contrôle vocal et de l'articulation), le langage (compréhension et/ou expression), les mémoires (en particulier la mémoire de travail), les capacités de communication, pragmatiques (verbales, non verbales et paraverbales), attentionnelles et les fonctions exécutives (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). Étant donné le jeune âge de l'enfant au moment du traumatisme, il n'existe que très peu de fonctions cognitives préexistantes. Ainsi, les objectifs thérapeutiques se feront peu en lien avec ses compétences antérieures mais surtout en fonction de son état initial, de l'efficacité des aides possibles et de la dynamique de récupération spontanée. (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014).

En résumé, le SBS est un traumatisme crânien non accidentel et une maltraitance infantile retrouvé le plus souvent chez les nourrissons de moins de 6 mois. C'est un sujet de santé publique majeur en raison des lésions neurologiques sévères qu'il provoque chez ces enfants. Ce syndrome est encore méconnu par le grand public, les parents tout comme les professionnels de santé qui manquent d'informations à ce sujet alors que le SBS nécessite une prise en soin pluridisciplinaire. Nous pouvons donc nous interroger sur les connaissances qu'ont les orthophonistes sur ce syndrome. En effet, l'orthophoniste a un rôle à jouer dans cette prise en soin, que ce soit au niveau de la prévention, de l'accompagnement parental ou de la rééducation.

PARTIE PRATIQUE

1 Problématique et objectifs

L'étude consiste à établir un état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué, ainsi que de vérifier l'apport d'une vidéo explicative à ce sujet. Cet état des lieux a pour but d'enrichir le savoir des orthophonistes sur ce syndrome afin d'améliorer la prévention, l'accompagnement parental ainsi que la rééducation. Nous émettons l'hypothèse que les orthophonistes manquent de connaissances et d'informations concernant le SBS et seraient demandeurs d'informations.

L'objectif principal est de dresser un état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. Le critère de mesure de cet objectif consiste en l'analyse des résultats du questionnaire adressé aux orthophonistes sur leurs connaissances au sujet du SBS.

Le premier objectif secondaire est d'évaluer l'apport de la vidéo explicative sur le syndrome du bébé secoué. Le critère de mesure consiste à comparer les réponses aux questionnaires avant et après visionnage de la vidéo.

Le second objectif secondaire est d'évaluer la satisfaction de la vidéo explicative sur le syndrome du bébé secoué. Le critère de mesure est l'évaluation de la satisfaction à la suite du visionnage de la vidéo d'informations créée.

Le troisième objectif secondaire vise à identifier les facteurs d'influence des connaissances des orthophonistes sur le syndrome du bébé secoué. Le critère de mesure est la vérification de potentielles corrélations au niveau des réponses des orthophonistes en fonction des critères choisis pour l'étude (la maternité, formation durant les études et l'année du diplôme).

2 Matériel et méthode

2.1 Population

La population étudiée pour ce mémoire concerne les orthophonistes exerçant en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. Le questionnaire était ouvert à tous les orthophonistes, aucun critère d'âge, de sexe, de pratique (libéral, salariat, mixte), de troubles pris en charge ainsi que le lieu d'obtention du diplôme. En effet, le but était d'ouvrir ce questionnaire au maximum d'orthophonistes et non de recueillir l'avis des orthophonistes susceptibles d'être le mieux formés sur ce syndrome tels que les orthophonistes travaillant dans des services neurologiques ou dans le champ du handicap.

Au total, 84 réponses ont été récoltées. Une majorité de femmes, soit 96,4% a répondu à ce questionnaire. La tranche d'âge s'étendait de 24 ans à 66 ans, avec un âge moyen de 39 ans et un écart-type de 11,19. 78,5% des orthophonistes ayant participé à l'étude exerçaient en libéral. Les orthophonistes participant à l'étude avaient en moyenne 14 années d'expérience (écart type de 11,4). Plus de la moitié des participants (51,1%) avaient moins de 10 ans d'expérience allant jusqu'aux personnes exerçant depuis 43 ans. Enfin, 63% des orthophonistes participant à cette étude ont des enfants. Pour le second questionnaire, 16 réponses ont été obtenues.

2.2 Matériel

2.2.1 Matériel d'évaluation

Pour répondre aux différents objectifs de cette étude, nous avons créé deux questionnaires. Le premier questionnaire a été réalisé via Google Forms et a pour objectif d'établir un état des lieux des connaissances des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué (annexe 1). Le questionnaire comportait un code d'anonymat composé des deux premières lettres du prénom, des deux premières lettres du nom de famille ainsi que du mois de naissance en chiffre. Ce code d'anonymat permettait de pouvoir comparer les réponses avant/après et donc apparier les orthophonistes. Ce questionnaire était sur la base du volontariat et comportait au total 32 questions dont 28 obligatoires. Les questions non obligatoires dépendaient des réponses précédentes. La majorité des questions étaient à choix multiples ayant toujours l'option « Autre » ou « Ne sais pas ». Les caractéristiques socio-démographiques étaient recueillies grâce à des questions à réponses ouvertes (âge, obtention du diplôme, années d'expérience). Quant aux questions s'intéressant spécifiquement aux connaissances de ce syndrome, elles étaient à choix unique ou multiples dans le but d'obtenir des données plus quantitatives. A la fin du questionnaire, une zone était dédiée afin de laisser un commentaire, des suggestions ou questions à ce sujet. La durée du questionnaire était estimée et précisée à 5 minutes. La barre de progression était visible pour les participants tout au long du questionnaire afin de se rendre compte de l'avancée.

Les questions ont été regroupées en trois rubriques différentes. Tout d'abord les informations socio-démographiques ont été recueillies, telles que le code d'anonymat, le sexe, l'âge, les enfants, le centre de formation, l'année d'obtention du diplôme, le nombre d'années d'expérience, le département d'exercice, la pratique ainsi que les troubles pris en charge.

La deuxième rubrique permettait d'évaluer la formation et les connaissances des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. Il leur a été demandé à quelle(s) occasion(s) ils avaient entendu

parler du syndrome du bébé secoué et s'ils avaient reçu une formation sur ce trouble au cours de leurs études universitaires. Ensuite, seize questions ont été posées afin de tester spécifiquement leurs connaissances sur ce syndrome. Les questions posées étaient : l'âge qu'ont principalement les bébés secoués, la définition, si tout le monde est susceptible de secouer un bébé, si ce syndrome résulte souvent d'un geste répété dans le temps, le principal élément déclencheur du secouement, si c'est un geste considéré comme constamment violent, qui sont les principaux auteurs, les facteurs de risque, les causes, les signes cliniques, le taux de mortalité ainsi que le pourcentage de bébé n'ayant aucune séquelle après un secouement.

Puis, la troisième rubrique proposée concernait la prévention et le rôle que peut avoir l'orthophoniste dans le cadre du syndrome du bébé secoué. Dans cette rubrique, les orthophonistes devaient indiquer s'ils avaient déjà pris en soin ce syndrome. Puis, cocher quel(s) rôle(s) peut avoir l'orthophoniste ; rôle de prévention/d'information, rôle dans l'accompagnement parental et/ou rôle dans la rééducation ou s'il ne voyait pas le rôle dans le cadre de ce syndrome. Ensuite, indiquer quels pouvaient-être selon eux les séquelles à long terme, les domaines dans lesquels les orthophonistes peuvent être amenés à les prendre en soin et si une prévention de ce syndrome devait être systématiquement effectuée auprès des parents. La dernière question portait sur leur intérêt d'obtenir davantage d'informations à propos de ce syndrome afin de réaliser l'objectif secondaire du mémoire.

Le deuxième questionnaire a été créé dans le but d'évaluer l'intérêt de la vidéo explicative sur le syndrome du bébé secoué afin de mesurer l'apport et la satisfaction de celle-ci. Il a également été créé sur Google Forms et seulement les orthophonistes ayant répondu au premier questionnaire et ayant visionné la vidéo étaient invités à répondre.

Afin d'évaluer l'apport de la vidéo, l'objectif était de comparer les réponses entre les deux questionnaires, les mêmes questions ont donc été proposées dans ce deuxième questionnaire. Ce second questionnaire était composé de trois rubriques (annexe 3). La première permettant de saisir son code d'anonymat. La deuxième rubrique composée de la vidéo ainsi que des seize mêmes questions sur les informations théoriques importantes de ce syndrome et le rôle de l'orthophoniste. Cette rubrique permet d'évaluer l'apport de la vidéo. Enfin, une dernière section composée de sept questions permettant d'évaluer la satisfaction de la vidéo. Ces dernières questions étaient principalement évaluées avec une échelle de Likert allant de 1 à 7 et permettant de mesurer le degré d'accord des orthophonistes avec nos questions. Le 1 correspondant à « pas du tout » jusqu'au 7 « tout à fait ». Une dernière question ouverte était proposée permettant de recueillir un avis plus personnel s'ils le souhaitaient. Au total, 24 questions étaient présentes permettant d'évaluer l'apport de la vidéo en

comparant les réponses pré et post vidéo, la satisfaction avec la clarté des informations délivrées, si le format semblait adapté, et l'utilité dans le cadre de leur pratique.

2.2.2 Matériel d'intervention

Cette vidéo d'informations (<https://www.youtube.com/watch?v=q0kn2oLXVes>) a été réalisée en plusieurs étapes : écriture du texte pour la voix off, enregistrement de la voix off, création de la vidéo avec choix des animations, des couleurs, des images puis le montage vidéo. Le support choisi a été une vidéo car cela semblait plus dynamique, dans l'ère du temps et accessible facilement grâce à un appareil numérique. Elle a été créée grâce aux informations et aux données issues de la littérature. La vidéo a été réalisée sur le site internet Canva pour une durée de 10 minutes (annexe 2). Concernant la forme, des animations, une illustration ainsi que des phrases/mots-clés ont été intégrés et apparaissent successivement au fil du discours afin de maintenir l'attention de l'auditeur. Concernant le contenu, ce sont les informations essentielles de ce syndrome qui ont été abordées correspondant aux questions demandées lors du premier questionnaire. L'objectif était de sensibiliser et d'informer les orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué.

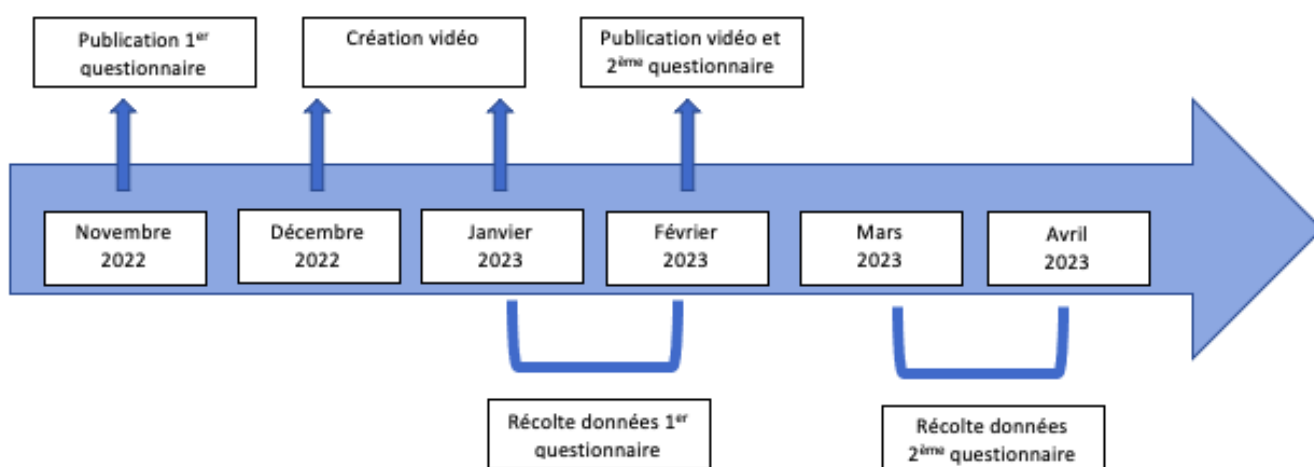
Tout d'abord, le plan a été présenté, puis les informations capitales à savoir sur ce syndrome. Ainsi, la définition, l'étiologie, les données médicales et les données épidémiologies ont été abordées. Puis, une partie sur la prévention, la rééducation pluridisciplinaire ainsi que le rôle de l'orthophoniste dans ce syndrome (prévention, accompagnement parental et rééducation) ont été présentés. Plus précisément, le rôle que peut avoir l'orthophoniste dans la prévention, les conseils à prodiguer dans le cas où l'on suspecte d'éventuelles signes de fatigue chez les parents par exemple, des informations concernant la mise en place d'une alliance thérapeutique indispensable, les objectifs à mettre en place dès l'anamnèse, puis les séquelles et les domaines dans lesquels nous allons être amenés à rencontrer ces patients. Enfin, à la fin de la vidéo, des références avec les principaux articles ont été ajoutés.

2.3 Méthode

Le premier questionnaire a été publié entre le 23 novembre 2022 et le 26 janvier 2023. Le mode de diffusion principal a été les réseaux sociaux, plus précisément Facebook. Il a été publié sur huit groupes différents dédiés aux orthophonistes. Les groupes étaient les suivants : « Les orthos du 06 », « Orthophonistes Pays de la Loire », « Les orthos et la neuro », « Ortho-infos », « Orthophonie et handicap », « Orthos 04-05 », « Orthophonistes Montpellier » et « Orthophonie et enfant très jeune ou sans langage ». Un mailing a également été diffusé auprès du syndicat 04-05.

La vidéo explicative ainsi que le deuxième questionnaire ont été réalisés durant le mois de janvier 2023. Le deuxième questionnaire post vidéo a été diffusé sur les mêmes réseaux que le premier questionnaire entre le 1^{er} février 2023 et le 20 mars 2023.

Il a été demandé seulement aux orthophonistes ayant répondu au premier questionnaire de participer à nouveau. Le regroupement des réponses des orthophonistes en pré et post vidéo a été effectué grâce au report de leur code d'anonymat.



3 Stratégie d'analyse des données

Afin d'analyser les résultats, pour notre premier objectif qui était celui d'établir un état des lieux, nous avons effectué les calculs des moyennes et des pourcentages de bonnes réponses. Dans les deux questionnaires, les seize questions attendaient une ou des réponses comme jugée(s) correcte(s). Nous avons donc calculé un score total afin d'évaluer le niveau de connaissance de ce syndrome. Chaque question valait un point, ce qui a permis d'attribuer une note sur 16 et donc de calculer le pourcentage de connaissances qu'ont les orthophonistes. Pour comparer les réponses pré et post visionnage de la vidéo, les mêmes calculs ont été faits à la suite du deuxième questionnaire.

Afin de croiser certaines données et vérifier de potentiels liens, nous avons utilisé le test de Mann-Whitney, celui de Spearman ainsi que le test de Kruskal-Wallis. Pour évaluer la satisfaction de la vidéo, l'échelle de Likert a été utilisée. Les valeurs allaient de 1 à 7 avec 1 considéré comme « Pas du tout » et 7 considéré comme « Tout à fait ». Enfin, pour évaluer l'apport de la vidéo et au vu du nombre de participants lors du deuxième questionnaire, nous avons utilisé le test de Wilcoxon.

4 Résultats

4.1 État des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué

L'état des lieux général de la formation et des connaissances des orthophonistes au sujet du SBS met en évidence des résultats en-dessous de la moyenne grâce aux questionnaires. En effet, sur les seize questions les orthophonistes obtiennent en moyenne un score de 6,15 sur 16. Ce qui équivaut à une moyenne générale de bonnes réponses de 38,4 %. Le pourcentage de bonnes réponses a été calculé pour chaque question (annexe 4).

4.1.1 Formation et connaissances

Dans un premier temps, nous détaillerons les questions s'intéressant à la formation et aux connaissances des orthophonistes. Un pourcentage global des connaissances et de la formation des orthophonistes sur ce syndrome a été calculé. Ainsi, concernant la formation et les connaissances du syndrome du bébé secoué, les orthophonistes obtiennent une moyenne de bonnes réponses de 30%. Les scores ont été calculés pour chaque question (tableau 1).

Tableau 1 : Scores obtenus aux questions évaluant les connaissances des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué

Questions – Formation et connaissances	% de bonnes réponses
Selon vous, quel âge ont principalement les bébés secoués ?	71%
Définition du syndrome du bébé secoué :	39%
Pensez-vous que tout le monde est susceptible de secouer un bébé ?	78,5%
Le syndrome du bébé secoué résulte-il le plus souvent d'un geste répété dans le temps ?	11,9%
Selon vous, quel peut être le principal élément déclencheur du secouement d'un enfant ?	33,3%
Selon vous, le secouement est-il constamment considéré comme un geste violent ?	57%
Selon vous, qui sont les auteurs des secouements le plus souvent ?	0%

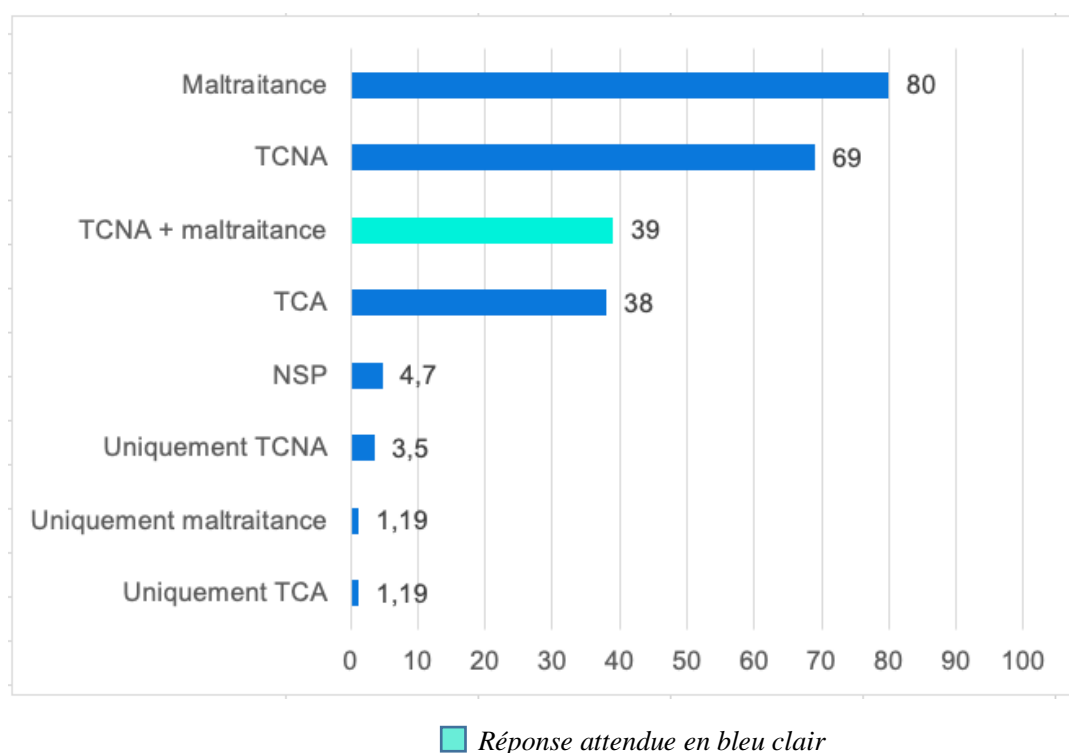
Quels sont les facteurs de risque du syndrome du bébé secoué ?	0%
Quelle(s) sont la ou les causes du syndrome du bébé secoué ?	38%
Selon vous, quels signes cliniques peut présenter un bébé secoué ?	5,9%
Selon vous, quel est le taux de mortalité après un secouement à l'origine d'un syndrome du bébé secoué ?	11,9%
Selon vous, quel est le pourcentage de bébés n'ayant aucune séquelle (quelle qu'elle soit) après un secouement à l'origine du syndrome du bébé secoué ?	14,2%
Pourcentage total de bonnes réponses (formation et connaissances)	30%

D'après les résultats, tous les participants ont déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué. 75% des orthophonistes interrogés ont entendu parler du syndrome du bébé secoué grâce aux médias/à la presse, 23% ont évoqué ce syndrome lors d'échanges avec d'autres professionnels. Enfin, seulement 23% ont entendu parler du syndrome du bébé secoué lors de leur formation initiale.

Au total, 89% soit 74 personnes sur 84 n'ont pas été formés sur ce trouble au cours de leurs études. Parmi les 10 personnes sur 84 ayant bénéficié d'une formation lors de leurs études universitaires, soit 11%, la majorité jugent ces informations insuffisantes pour se sentir suffisamment formés pour prendre en charge ce syndrome.

A la question portant sur la définition du syndrome du bébé secoué, 80% des orthophonistes indiquent que ce syndrome est une maltraitance, 69% pensent que c'est un traumatisme crânien non accidentel, 38% pensent que ce syndrome est un traumatisme crânien accidentel. Enfin, 39% ont donné les deux réponses qui étaient attendues soit « traumatisme crânien non accidentel » et « maltraitance ». Les différentes propositions de définition sont reportées dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Définition du syndrome du bébé secoué



Note : TCNA = traumatisme crânien non accidentel. TCA = Traumatisme crânien accidentel. NSP = Ne sais pas

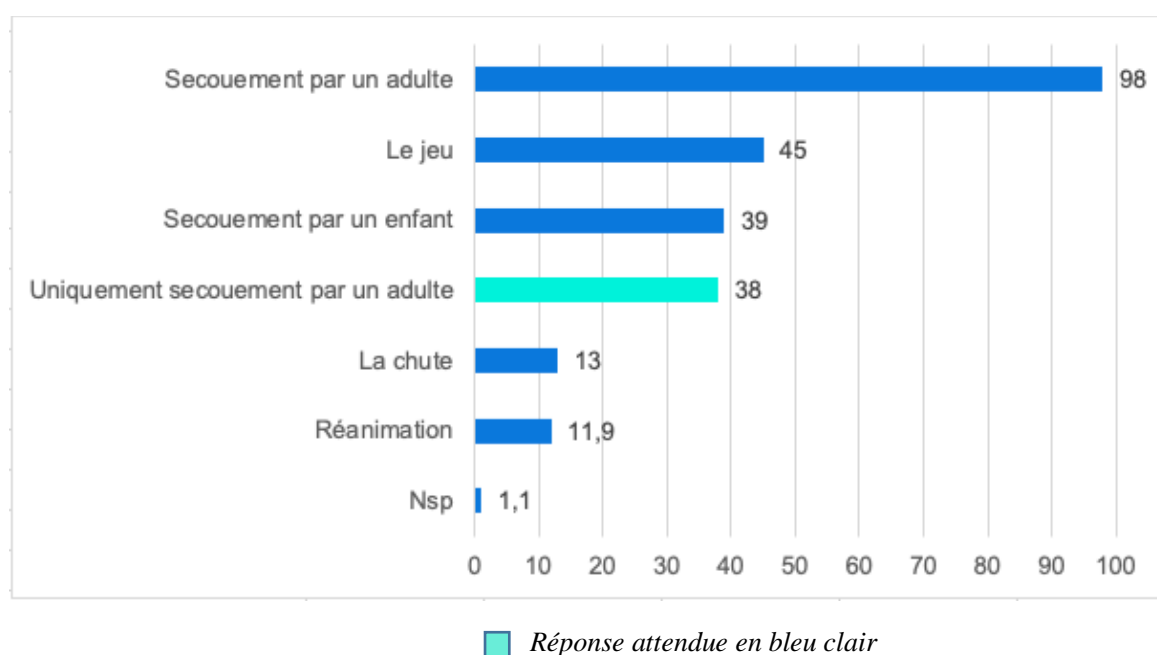
A la question concernant l'âge qu'ont principalement les bébés secoués, 60 orthophonistes sur les 84 soit 71% ont donné la réponse correcte qui était la suivante : « 0-6 mois ». 20% sélectionnent la réponse « 7-12 mois ».

A la question concernant la répétition de ce geste dans le temps, 10 orthophonistes soit 11,9% répondent correctement soit « oui » le secouement est un geste répété dans le temps. 19% disent ne pas savoir.

Concernant le principal élément déclencheur du secouement, 33% des orthophonistes ont donné la réponse correcte qui était la suivante : « les pleurs ». Plus de la moitié des participants, 59% pensent que le principal élément déclencheur est le « surmenage parental ».

Concernant la cause du syndrome du bébé secoué, 98% des orthophonistes évoquent « le secouement du nourrisson par un adulte » mais seulement 38% donnent la réponse correcte qui était la suivante « uniquement le secouement d'un nourrisson par un adulte ». 45% pensent que le syndrome du bébé secoué peut également survenir dans le cadre d'un « jeu » et 39% pensent qu'il peut survenir à cause « d'un secouement par un enfant ». L'ensemble des causes évoquées sont illustrées dans la figure 2.

Figure 2 : Cause du syndrome du bébé secoué



Concernant la question sur le taux de mortalité après un secouement dans le cadre du syndrome du bébé secoué, 11,9% indiquent la réponse attendue qui était « 20-30% ». 14% pensent que le taux de mortalité est de « 10 à 20% » et enfin 45% disent ne pas savoir.

La dernière question de cette partie, concernant l'absence de séquelle après un secouement dans le cadre du SBS, 14% répondent correctement soit « 10% ». 19% pensent que « 5% » n'auront aucune séquelle et 51% indiquent ne pas savoir.

Enfin aux questions portant sur les auteurs des secouements ainsi que des facteurs de risque aucun orthophoniste ne répond correctement à la question. Concernant les signes cliniques que peut présenter le bébé, 5 orthophonistes sur 84 soit 5,9% trouvent tous les signes cliniques possibles.

4.1.2 Rôle de l'orthophoniste

Nous allons maintenant détailler les questions portant sur le rôle que peut avoir l'orthophoniste dans le cadre du syndrome du bébé secoué. Un pourcentage global des réponses sur le rôle de l'orthophoniste dans ce syndrome a été calculé. Ainsi, concernant le rôle de l'orthophoniste dans le syndrome du bébé secoué, les orthophonistes obtiennent une moyenne de bonnes réponses de 61%. Les scores ont été calculés pour chaque question (tableau 2).

Tableau 2 : Scores obtenus aux questions évaluant le rôle de l'orthophoniste au sujet du syndrome du bébé secoué

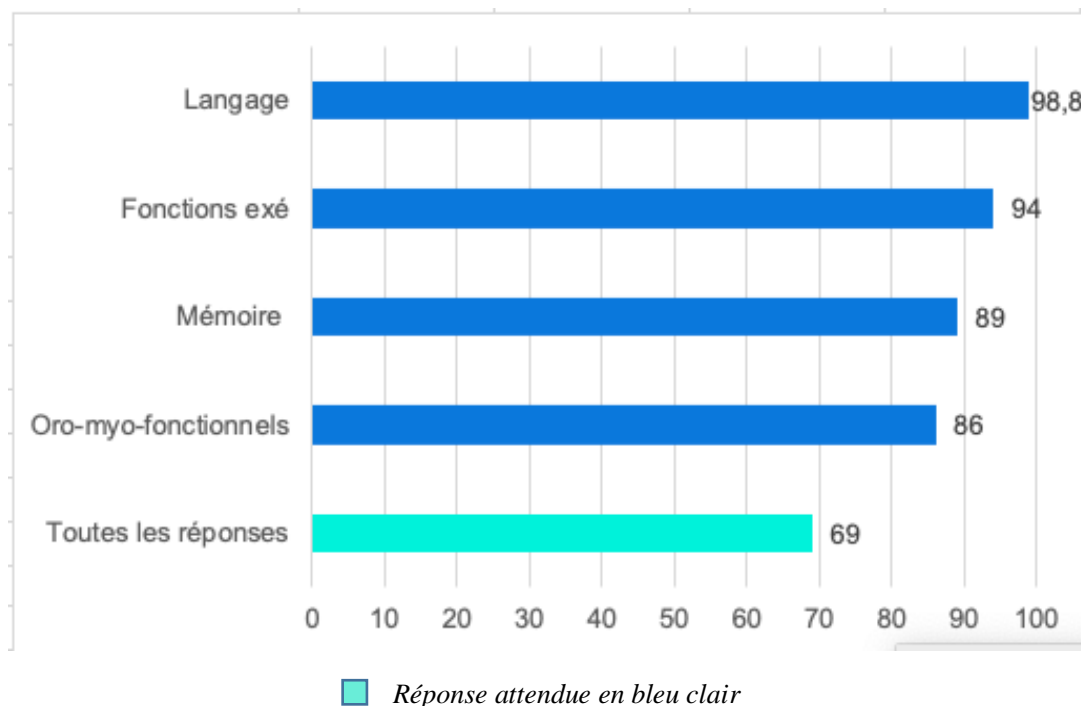
Questions – rôle de l'orthophoniste	% de bonnes réponses
Selon vous, quel(s) rôle(s) peut avoir l'orthophoniste dans ce syndrome ?	39,2%
Selon vous, quelles peuvent-être les séquelles à long terme ?	61%
Selon vous, dans quels domaines pouvons-nous être amenés à prendre en charge ces patients ?	69%
Selon vous, devrait-on effectuer la prévention de ce syndrome systématiquement auprès des parents ?	78%
Pourcentage de bonnes réponses (rôle de l'orthophoniste)	61%

Sur les 84 orthophonistes de cette étude, 7 indiquent avoir déjà pris en charge ce syndrome soit 8%. Concernant le rôle que peut avoir l'orthophoniste dans ce syndrome, 72% indiquent que l'orthophoniste a un rôle dans « la prévention », 51% un rôle dans « l'accompagnement parental », et 69% un rôle dans « la rééducation ». Cependant, 33 orthophonistes sur 84 soit 39,2% ont coché les trois bonnes réponses attendues soit « rôle de prévention ; rôle dans l'accompagnement parental ; rôle dans la rééducation ».

Concernant les séquelles à long terme de ces patients, 52 orthophonistes sur 84 soit 61% cochent toutes les séquelles attendues soit « troubles du comportement ; séquelles cognitives ; séquelles visuelles ; épilepsies ; difficultés d'apprentissage ; séquelles motrices ».

Concernant les domaines dans lesquels nous pouvons être amenés à prendre en soin ces patients, de nombreux orthophonistes indiquent les domaines mais 69% des orthophonistes cochent tous les domaines attendus soit « le langage ; la mémoire ; les troubles oro-myo-fonctionnels ; les fonctions exécutives ». L'ensemble des réponses figurent dans le graphique 3 ci-dessous.

Figure 3 : Domaines dans lesquels nous pouvons prendre en soin les bébés secoués



Enfin, à la question concernant la prévention systématique de ce syndrome 78% des orthophonistes répondent « oui ».

A la fin du questionnaire, 75 orthophonistes affirment être intéressés par davantage d'informations. 4 ne le souhaitent pas et 6 indiquent ne pas savoir.

4.2 Facteurs d'influence des connaissances du syndrome du bébé secoué

Dans cette étude, nous souhaitons vérifier si des liens existaient entre certaines données récoltées. Tout d'abord, nous avons souhaité observer s'il y avait un lien entre la maternité et les connaissances sur ce syndrome. Nous avons donc utilisé le test de Mann-Whitney. Le résultat obtenu est $U(82) = 800$ $p = 0,843$. Ce résultat non significatif montre que les orthophonistes ayant des enfants n'obtiennent pas de meilleurs résultats que ceux n'ayant pas d'enfants. En effet, le premier groupe (celui ayant des enfants) obtient un score moyen de 6,15 (ET=2,08). Tandis que le second groupe (celui n'ayant pas d'enfants) obtient un score moyen de 6,16 (ET=1,83)

Nous avons ensuite voulu savoir si les personnes ayant reçu une formation au cours de leurs études obtiennent un meilleur score à notre questionnaire. Pour cela, nous avons utilisé le même test de Mann-

Withney, donnant comme résultat $U(82)=455$ $p=0,234$. Ce résultat est également non significatif. Ainsi, les personnes étant formées durant leur cursus universitaire ne sont pas mieux informées sur ce syndrome.

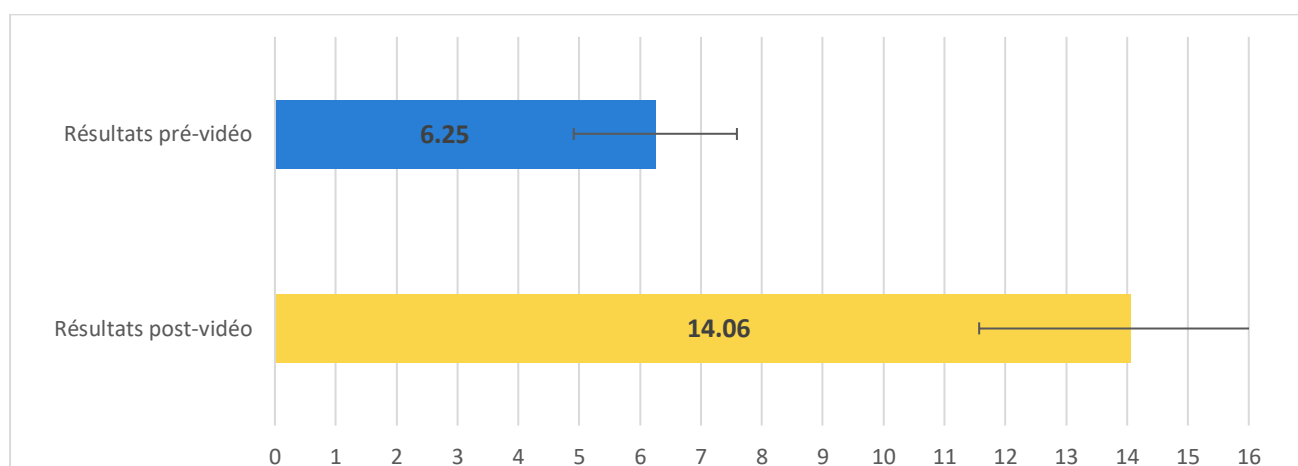
Enfin, nous avons souhaité observer s'il y avait un lien entre les connaissances dans le cadre de ce syndrome et l'année du diplôme. Pour cela, nous avons utilisé la corrélation de Spearman, nous donnant ainsi comme résultat $R=0,06$ $p=0,545$. Ce résultat est non significatif. Ainsi, les personnes diplômées récemment n'ont pas plus de connaissances sur ce syndrome que les personnes diplômées depuis plus longtemps.

4.3 Évaluation de l'apport et de la satisfaction d'une vidéo explicative sur le syndrome du bébé secoué à destination des orthophonistes

4.3.1 Évaluation de l'apport

Afin d'évaluer l'apport de la vidéo explicative au sujet du syndrome du bébé secoué, nous avons utilisé le même questionnaire et comparer les réponses des orthophonistes avant et après afin d'évaluer l'intérêt de la vidéo. Lors du premier questionnaire, avant la vidéo, les orthophonistes obtenaient en moyenne un score de 6,15/16 soit un pourcentage total de réussite de 38%. Après visionnage de la vidéo, les orthophonistes obtiennent en moyenne un score de 14/16 soit 87% de bonnes réponses. Les scores sont représentés dans le graphique ci-dessous (Figure 4). Tous les orthophonistes ont vu leur résultat augmenter de 4 à 12 points.

Figure 4 : Comparaison du niveau de connaissances des orthophonistes à propos du SBS avant et après visionnage de la vidéo



Ainsi, ces résultats mettent en avant une nette augmentation des réponses correctes après visionnage de la vidéo, les scores se sont améliorés pour toutes les questions posées. Afin d'observer si la

différence est significative entre les scores obtenus avant et après visionnage de la vidéo, nous avons utilisé le test de Wilcoxon, $W_{(14)} = 0$, $p < 0,001$. Cela montre qu'il y a une évolution significative et montre l'intérêt de la vidéo.

4.3.2 Évaluation de la satisfaction

Afin d'évaluer la satisfaction de la vidéo explicative au sujet du syndrome du bébé secoué aux orthophonistes, un questionnaire de satisfaction leur a été adressé. Nous avons obtenu le retour de 16 personnes pour ce deuxième questionnaire. Six des sept questions proposées étaient sous forme d'échelle de Likert, allant de 1 à 7. Nous présentons dans le tableau ci-dessous la moyenne des résultats de ces questions. En moyenne les orthophonistes sont satisfaits de la vidéo à 6,22/7. Les résultats pour chaque question sont détaillés dans le tableau ci-dessous (tableau 2).

Tableau 2 : Résultats obtenus à l'échelle de Likert pour le questionnaire concernant la satisfaction de la vidéo

Questions	Moyenne	Écart-type
Suite à cette vidéo, vous sentez-vous davantage informé(e) au sujet du SBS ?	6,25	0,68
Le format (support visuel, durée) de la vidéo vous semble-t-il adapté ?	6	0,96
Les informations données dans cette vidéo vous semblent-elles claires ?	6,5	0,62
Considérez-vous cette vidéo utile pour votre pratique ?	6,25	0,77
Vous sentiriez-vous désormais plus à l'aise si vous êtes amené(e) à prendre en soin un enfant atteint de ce syndrome ?	5,8	1,02
Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de cette vidéo explicative ?	6,43	0,72
Moyenne totale des réponses	6,22	0,25

Une dernière question était formulée, sous forme de QCM, afin de savoir quelle(s) partie(s) leur semblait la ou les plus utile(s) dans la vidéo. La partie sur les informations théoriques / importantes à savoir sur le syndrome du bébé secoué a été la plus utile pour 100% des personnes interrogées. 43,7% des personnes interrogées citent la partie « prévention » et la partie « rôle de l'orthophoniste ».

DISCUSSION

D'après nos recherches dans la littérature, les études sur le syndrome du bébé secoué (SBS) sont de plus en plus nombreuses depuis plusieurs années et s'intéressent surtout aux connaissances théoriques de ce syndrome. Néanmoins peu ont étudié le rôle et les connaissances des soignants / rééducateurs et plus particulièrement des orthophonistes. En effet, il n'existe pas ou peu de littérature évoquant la prise en soin du SBS en orthophonie. Pourtant, les rééducations orthophoniques sont recommandées dans le cadre des traumatismes crâniens (Bayen et al., 2012; NIH, 1999; Piet-Robion et al., 2019) et donc dans les prises en soin du SBS (Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). De plus, pas ou peu d'outils ont été développés pour aiguiller les orthophonistes dans leurs connaissances et la PES de ce syndrome. C'est pourquoi cette étude a consisté à établir un état des lieux des connaissances des orthophonistes sur le SBS et vérifier l'apport et l'intérêt d'un support vidéo d'information.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. L'état des lieux que nous avons effectué par le biais d'un questionnaire en ligne confirme notre hypothèse selon laquelle les orthophonistes manquent de connaissances et ne sont pas suffisamment informés au sujet de ce syndrome. Cela peut tout d'abord s'expliquer par le fait que peu d'orthophonistes ont reçu une formation dans le cadre de leur cursus. En effet, même si tous les orthophonistes interrogés ont déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué nos résultats montrent que seulement 23% ont reçu des informations sur ce syndrome durant leurs études et seulement 11% ont reçu une formation au cours de leurs études universitaires. Ainsi, le fait que très peu de centre de formation aborde ce syndrome dans la formation initiale justifie le manque de connaissances des orthophonistes. De plus, pour le peu de personnes ayant reçu une formation, les informations délivrées ne leur semblent pas suffisamment importantes pour appréhender le syndrome du bébé secoué. Ce manque de connaissances se confirme également dans les scores obtenus à notre questionnaire. En effet, à notre questionnaire, nous obtenons la note de 6,15 sur 16 soit un pourcentage moyen de bonnes réponses de 38,4%. Ce score nettement en dessous de la moyenne confirme donc une faible connaissance et formation sur ce syndrome. Ce taux de réponses pourrait en plus être biaisé par le fait que les questions étaient soit sous formes de QCM soit de QRU ce qui peut faciliter dans certains cas les bonnes réponses. S'agissant d'un état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes, ces données ne peuvent être corroborées par d'autres études similaires. Mais les résultats que nous retrouvons dans cette étude, soit un faible niveau de connaissances, concorde tout de même avec la littérature (Koné, 2021; Turkieltaub, 2012) et les rapports de l'HAS

(2017a) qui expriment que ce syndrome est encore méconnu du grand public et notamment des professionnels de santé. D'autant qu'aucun mémoire orthophonique n'a jamais été publié sur ce syndrome. En effet, notre étude est la première portant sur la sensibilisation du syndrome du bébé secoué chez les orthophonistes en France. Si l'on analyse plus précisément les résultats, on observe que les orthophonistes ont une meilleure connaissance de leur rôle dans ce syndrome que de connaissances théoriques sur ce syndrome. En effet, sur les questions concernant le rôle de l'orthophoniste, ils obtiennent en moyenne 61% de bonnes réponses contre 30% pour les questions concernant les connaissances théoriques. Le fait que les orthophonistes connaissent mieux leur rôle dans ce syndrome reste difficile à expliquer étant donné qu'il n'existe pas ou peu de littérature évoquant le lien entre l'orthophonie et le SBS. Néanmoins, on peut supposer que ces résultats s'expliquent par un biais concernant le format QCM, en effet la proposition « toutes les réponses » pouvait faciliter et inciter les orthophonistes dans leur choix de réponse. Aussi, on peut supposer que ces résultats s'expliquent par le fait que le SBS est un TC et donc que les séquelles ainsi que la prise en soin soient similaires à un TC (Bayen et al., 2012). De ce fait, les orthophonistes étant formés aux traumatismes crâniens infantiles ont pu faire des liens. Ainsi, on observe une méconnaissance de ce syndrome chez les orthophonistes cependant cette méconnaissance n'est pas spécifique à l'orthophonie mais bien à tout le corps médical et paramédical puisque de nombreuses thèses ont été réalisées ayant pour objectif de faire un état des lieux. Celles-ci ont été réalisées auprès de pharmaciens, sages-femmes ainsi que de médecins généralistes (Dubos, 2021; Horellou, 2018; Patard, 2019). Nous retrouvons les mêmes conclusions que nous chez les autres professions médicales. De plus, ces résultats se retrouvent également dans un questionnaire réalisé auprès des professionnels de la santé et de l'enfance réalisé par la Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE, 2013). Ces différents états des lieux établis dans le cadre des thèses de médecine démontrent également que la prévention est encore difficile à aborder pour les professionnels de santé. Ils reconnaissent tous un manque de connaissances, de temps et d'outils mis à disposition pour aborder au mieux cette prévention. Il serait important d'intégrer le syndrome du bébé secoué au programme de formation de toutes ces disciplines et d'assurer une mise à jour continue des connaissances à ce sujet (Association Canadienne de Santé publique, 2001). Ainsi, ces constats permettent donc de confirmer que ce syndrome est méconnu de beaucoup de professionnels et confirme l'importance d'une sensibilisation afin de permettre une meilleure prise en soin pour ces patients et une meilleure prévention (Laurent-Vannier, 2018).

Le premier objectif secondaire de notre étude était d'évaluer l'apport de la vidéo. Nous souhaitons vérifier si le visionnage d'une vidéo explicative permettait d'augmenter les connaissances des

orthophonistes sur le SBS. Pour cela, nous avons comparé les résultats via le même questionnaire avant et après visionnage de la vidéo. Nos résultats mettent en évidence une augmentation significative des connaissances théoriques après visionnage de la vidéo. En effet, avant la vidéo, le niveau de connaissance en moyenne est de 6,15/16 (soit 38% de bonnes réponses) contre 14/16 (soit 87% de bonnes réponses) après visionnage. Ainsi, l'apport d'un outil pour étayer les connaissances des orthophonistes se révèle être un bon support.

Le second objectif secondaire était d'évaluer la satisfaction de la vidéo par le biais d'échelles de Likert, allant de 1 à 7. Nous avons calculé pour chacune des six questions un score moyen. La plupart de ces scores se situent entre 5,8 et 6,43/7 ce qui est positif. Les scores moyens les plus faibles concernaient la partie sur « vous sentiriez-vous désormais plus à l'aise si vous êtes amené(e) à prendre en soin un enfant atteint de ce syndrome ? ». Cette partie concerne principalement le rôle que peut avoir l'orthophoniste dans ce syndrome. Ce résultat semble cohérent puisque c'est la partie que nous avons le moins développée étant donné que l'objectif principal était vraiment d'apporter des connaissances théoriques sur ce syndrome et non purement sur le rôle de l'orthophoniste. Par manque de temps et pour un gain de clarté, dans la vidéo, nous n'avons pas abordé les outils que les orthophonistes pourraient mettre en place, par exemple lors de l'anamnèse avec les différents questionnaires tels que l'IFDC (Bovet et al., 2005) et l'IDE (Duyme et al., 2010) ou bien le support du carnet de santé. Enfin, en moyenne, les orthophonistes sont satisfaits à 6,22/7 de cet outil. Nous pouvons donc affirmer que notre vidéo est considérée comme efficace par les orthophonistes dans l'accès à l'information sur le SBS. Ainsi, concernant l'apport et la satisfaction de la vidéo, les retours sont très positifs. Le format vidéo met en avant une meilleure réussite au questionnaire et donc une meilleure connaissance du syndrome, puis le questionnaire de satisfaction met en avant de bons retours de la part des orthophonistes. Ces résultats positifs peuvent s'expliquer par le fait qu'aucun outil n'avait jamais été préalablement proposé aux orthophonistes. Mais également, par le fait que le support vidéo est de plus en plus apprécié, cela se confirme également dans la littérature. En effet, les études prouvent l'efficacité de ce support de communication dans le cadre d'un apprentissage (Jamet & Erhel, 2019). Ce support présente de nombreux avantages étant donné que c'est un format moderne, court, et illimité si le lien reste disponible publiquement sur YouTube. La vidéo correspond davantage aux qualités de ce que recherchent les professionnels maintenant soit le dynamisme et la facilité d'utilisation (Meuter et al., 2015). Elle semble donc être un outil adapté permettant de retenir des informations et se renseigner de manière rapide et simple (Wilson et al., 2010).

Le dernier objectif secondaire consistait à identifier d'éventuels facteurs d'influence au niveau des connaissances des orthophonistes à propos du syndrome. Nous souhaitons vérifier s'il existait des

liens entre le niveau de connaissances des orthophonistes et certaines données sociodémographiques. Nos résultats ici ne montrent pas de corrélations significatives. Comme nous avons pu le dire, le fait que ce syndrome soit méconnu des orthophonistes peut être une limite dans la prise en soin alors que celle-ci est nécessaire tant sur le plan prévention, accompagnement parental et rééducation (Le Ficher & Diaz, 2019; Steck-Bajon & Vassel-Hitier, 2014). En effet, la prévention dans ce syndrome occupe une place majeure puisqu'il a été prouvé que les campagnes de prévention permettaient de réduire les cas (Parrish et al., 2013). La prévention devrait donc être systématique (HAS, 2017a) et les orthophonistes en ont bien conscience puisque 78% répondent « oui » à la question « la prévention de ce syndrome devrait-elle être systématique ? ». Nous avons ensuite cherché à savoir si cette prévention était bien systématique comme elle devrait l'être en croisant les résultats des orthophonistes ayant des enfants et ceux n'en ayant pas. D'après nos résultats, la prévention n'est pas systématique puisque les résultats ne sont pas significatifs. En effet, les orthophonistes ayant des enfants ne sont pas plus informés sur ce syndrome que celles qui n'en ont pas, la prévention n'est donc pas systématique lors de la maternité. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la prévention dans ce syndrome reste relativement récente et qu'elle n'était donc pas systématique auparavant. Nous pourrions espérer que cela tend à changer étant donné que les informations aux professionnels de santé et au grand public se développent. En effet, plusieurs campagnes de prévention, comme le Programme Périnatal de Prévention du SBS (PPPSBS) initié au Québec en 2004, la campagne de sensibilisation d'Adrien Taquet en France (Secrétariat d'Etat chargé de l'enfance et des familles, 2022) ainsi que la création d'un spot vidéo en 2017 créé par le département de la Vendée « je pleure donc je suis » destiné aux familles et aux professionnels comme support de prévention émergent. En effet, les pratiques ont tendance à évoluer en France, et depuis peu, le CHU de Lille a souhaité lancer son action de prévention systématique en maternité qui est une première en France (CHU Lille, 2022). Ce projet se base sur le protocole déjà en place au Canada (CHU Sainte-Justine, 2011). On peut donc supposer que ces résultats auront tendance à augmenter dans les années à venir puisque la prévention évolue.

Il existe cependant différentes limites dans notre étude. En premier lieu, le choix de faire un questionnaire avec uniquement des questions à choix unique ou multiples peut biaiser la significativité des résultats lors du calcul du score total. En effet, le fait que les réponses soient déjà proposées peut orienter et faciliter le choix des réponses. Laisser les réponses libres auraient permis aux participants de donner eux-mêmes leurs réponses et donc d'avoir une analyse plus fine et objective des résultats. Cependant, ce choix a été fait car il permettait une passation plus rapide et moins complexe et également une facilité dans la cotation des résultats.

Concernant le calcul du score total, il n'était jamais précisé combien de réponses étaient attendues. Le point était attribué uniquement si toutes les réponses étaient cochées, ce qui rend parfois plus difficile l'obtention du point. Ainsi, pour certaines questions, les réponses qui n'étaient pas complètes n'entraînaient pas un gain de point. La valeur du score total pourrait donc être remise en cause. De plus, ce score pourrait également être discuté car, même si nous avons veillé à être le plus en accord possible avec la littérature, celle-ci divergeait parfois sur les résultats, notamment le pourcentage de décès après un secouement ou les signes cliniques observables après un secouement.

D'autres limites ont été retenues dans notre étude, celles-ci concernent la récolte de données aux questionnaires. Lors du premier questionnaire, 84 orthophonistes ont répondu. Une précision était apportée stipulant qu'une deuxième étape du mémoire serait adressée permettant de faire une synthèse des informations les plus importantes à savoir concernant ce syndrome. 75 orthophonistes affirment être intéressés par davantage d'informations. Cependant, seulement 16 orthophonistes ont répondu au deuxième questionnaire à la suite de la vidéo explicative. Ainsi, le peu de réponses obtenues à ce deuxième questionnaire ne permet pas d'avoir une vision précise de l'apport de cette vidéo. Une cohorte plus importante aux deux questionnaires permettrait l'obtention de résultats plus significatifs. Ainsi, peut-être aurait-il fallu procéder autrement pour recueillir les données et solliciter plus de personnes pour le deuxième questionnaire. Le choix de ne pas avoir demandé les adresses mails pour leur envoyer personnellement la vidéo était volontaire afin de favoriser au maximum l'anonymat. Ensuite, peut-être aurait-il été préférable de proposer les deux questionnaires ainsi que la vidéo en même temps afin de recueillir un nombre de réponses égal. Mais ce choix a été fait afin de ne pas freiner les orthophonistes au niveau du temps de passation car celui-ci aurait été beaucoup plus long. Ce choix de questionnaire reste cependant ce que nous souhaitons car il permettait de faire un état des lieux rapide en termes de passation pour les orthophonistes permettant sûrement de concerner plus d'orthophonistes et de rester anonymes afin d'être à l'aise dans leurs réponses.

Enfin, il existe une limite concernant la vidéo explicative. L'objectif était d'apporter les informations les plus importantes au sujet de ce syndrome. Cependant, lors du questionnaire de satisfaction, c'est la question concernant le fait de se sentir plus à l'aise pour prendre en soin cette pathologie qui reste la plus faible. Cela peut être dû au fait qu'il manque des informations concrètes pour les orthophonistes concernant les outils que nous pouvons mettre en place. En effet, l'état des lieux était surtout basé sur les connaissances théoriques des orthophonistes sur ce syndrome, il était donc difficile d'explorer plus en détail les parties concernant le bilan / la rééducation en donnant des outils tels qu'évoqués dans la partie théorique comme l'IDE (Duyme et al., 2010) et l'IFDC (Bovet et al., 2005). Ainsi, une suite

pourrait être proposée afin d'axer le mémoire plus spécifiquement sur le rôle de l'orthophoniste avec les moyens à mettre en place pour bilanter, accompagner et rééduquer ces patients.

Malgré ces limites, nous avons pu proposer une vidéo explicative de ce syndrome qui a permis plusieurs retours positifs et qui semble avoir apporté de nombreuses informations aux orthophonistes. Cette étude peut permettre de partager ces données à une plus grande échelle puisque nous avons proposé notre vidéo sur le site « alloortho » ainsi que sur un compte Instagram spécialisé dans la prévention du syndrome du bébé secoué qui semble intéressé pour diffuser ce travail et montrer l'intérêt des professionnels paramédicaux dans ce syndrome, en particulier ici les orthophonistes.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Le syndrome du bébé secoué est méconnu du grand public et des professionnels de santé. Même si aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement aux orthophonistes, nous pouvons supposer qu'ils manquent d'informations et ne sont pas suffisamment formés sur ce syndrome et seraient demandeurs d'informations. Les orthophonistes ont pourtant un rôle à jouer dans ce syndrome tant au niveau de la prévention, de l'accompagnement parental que de la rééducation. Ainsi, ce manque de références pourrait entraîner des difficultés de prévention, d'accompagnement et des prises en soin inadaptées. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons donc souhaité faire un état des lieux des connaissances des orthophonistes au sujet du SBS. Nous avons pu mettre en évidence que les orthophonistes ne sont pas suffisamment informés sur ce syndrome et ont un niveau de connaissance faible. Pour répondre à leur souhait d'informations, nous avons créé une vidéo visant à apporter les notions principales sur ce syndrome aux orthophonistes. Cette vidéo a permis une amélioration des connaissances sur le SBS et démontre l'intérêt d'un tel outil pour une diffusion auprès des professionnels de santé.

Cette étude est la première à proposer une action de sensibilisation des orthophonistes au sujet du SBS. Pour une suite de ce projet, il semblerait intéressant de proposer une continuité de la vidéo ou d'apporter des modifications, afin de l'affiner en fonction du pourcentage de bonnes ou mauvaises réponses pour cibler plus particulièrement les besoins des orthophonistes. Par exemple, approfondir plus spécifiquement la partie sur le rôle de l'orthophoniste avec la partie bilan et rééducation, et les outils concrets que l'on pourrait mettre en place dans cette prise en soin. Ce mémoire permet également de mettre en avant un besoin d'inclure le SBS au sein de la formation initiale et/ou continue des orthophonistes afin d'améliorer la prévention et les prises en soin actuellement réalisées. Enfin, la perspective de recherche découle de la perspective clinique en reproduisant cette évaluation de manière longitudinale pour vérifier si l'intégration du SBS dans la formation a permis une amélioration des connaissances et des pratiques.

Ainsi, cela semble nécessaire que les études, les formations et la prévention se poursuivent pour une meilleure connaissance du SBS afin de pouvoir prévenir et prendre en soin au mieux ce syndrome.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamsbaum, C., Grabar, S., Mejean, N., & Rey-Salmon, C. (2010). Abusive Head Trauma : Judicial Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking. *Pediatrics*, *126*(3), 546-555.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-3647>
- Anderson, V., Catroppa, C., Morse, S., Haritou, F., & Rosenfeld, J. (2005). Functional Plasticity or Vulnerability After Early Brain Injury? *Pediatrics*, *116*(6), 1374-1382.
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-1728>
- Anderson, V., Godfrey, C., Rosenfeld, J. V., & Catroppa, C. (2012). Predictors of Cognitive Function and Recovery 10 Years After Traumatic Brain Injury in Young Children. *Pediatrics*, *129*(2), e254-e261. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0311>
- Anderson, V., Spencer-Smith, M., & Wood, A. (2011). Do children really recover better? Neurobehavioural plasticity after early brain insult. *Brain*, *134*(8), 2197-2221.
<https://doi.org/10.1093/brain/awr103>
- Association Canadienne de Santé publique. (2001). Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatrics & Child Health*, *6*(9), 673-677.
- Barr, R. G. (2010). The Normal Crying Curve : What Do We Really Know? *Developmental Medicine & Child Neurology*, *32*(4), 356-362. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1990.tb16949.x>
- Bayen, É., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J.-J., & Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, *88*(5), 331-337. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8805.0331>
- Bissonnette, B., & Vinchon, M. (2002). Les différentes lésions cérébrales traumatiques du nourrisson et du petit enfant : Mécanismes et clinique. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, *21*(2), 133-140. [https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(01\)00515-9](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(01)00515-9)

- Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate Medical Journal*, 78(926), 732-735.
<https://doi.org/10.1136/pmj.78.926.732>
- Bonnier, C. (2006). Devenir des enfants victimes de traumatisme crânien non accidentel. *Archives de Pédiatrie*, 13(6), 531-533. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2006.03.113>
- Bovet, F., Danjou, G., & Kern, S. (2005). *Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : Un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson.*
- Chaix, Y. (2018). *Syndrome du Bébé Secoué*. 39.
- Chevignard, M. P., & Lind, K. (2014). Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatric Radiology*, 44(S4), 548-558. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3169-8>
- Chevignard, M., Toure, H., Brugel, D. G., Poirier, J., & Laurent-Vannier, A. (2010). A comprehensive model of care for rehabilitation of children with acquired brain injuries. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 31-43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00949.x>
- CHU Lille. (2022). *Communiqué de Presse : Syndrome du bébé secoué CHU Lille.*
- CHU Sainte-Justine. (2011). *Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile.* 10.
- CIM-10. (2021). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.*
- CLIPP. (2009). *Le syndrome du bébé secoué—Bilan de connaissances.*
- CNAPE, C. nationale des A. de P. de l'Enfant. (2013). *Connaissances des professionnels de la santé et de la petite enfance sur le SBS.*
- Crowe, L. M., Anderson, V., Barton, S., Babl, F. E., & Catroppa, C. (2014). Verbal Ability and Language Outcome Following Traumatic Brain Injury in Early Childhood. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(3), 217-223. <https://doi.org/10.1097/HTR.0b013e31829babfd>
- Davost-Serizay, I. (2018). Le rôle de la puéricultrice de PMI dans la prévention du syndrome du

bébé secoué. 2018.

Direction des affaires juridiques. (2004). *Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires*. 21.

Dubos, V. (2021). *Syndrome du bébé secoué : Rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention*.

Duyme, M., Capron, C., & Zorman, M. (2010). L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE) : Manuel d'utilisation. *Devenir*, 22(1), 27. <https://doi.org/10.3917/dev.101.0027>

Garcia-Rodriguez, J.-A., & Roger, E. T. (2014). *Prise en charge en cabinet des lésions cérébrales traumatiques légères chez les enfants et les adolescents*. 10.

Greeley, C. S. (2015). Abusive Head Trauma : A Review of the Evidence Base. *American Journal of Roentgenology*, 204(5), 967-973. <https://doi.org/10.2214/AJR.14.14191>

HAS. (2017a). *Haute Autorité de santé*. 338.

HAS. (2017b). *Haute Autorité de santé*. 46.

Horellou, P. (2018). *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*.

Hung, K.-L. (2020). Pediatric abusive head trauma. *Biomedical Journal*, 43(3), 240-250. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.03.008>

Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2010). Child Abuse and Neglect. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0231>

Jamet, E., & Erhel, S. (2019). *Apprendre à partir d'illustrations, de vidéos ou de jeux vidéo : Une mise en perspective de quelques travaux d'Alain Lieury*.

Javouhey, É. (2013). Épidémiologie des traumatismes crâniocérébraux chez l'enfant. *Réanimation*, 22(6), 583-592. <https://doi.org/10.1007/s13546-013-0733-4>

Keenan, H. T. (2003). A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young

- Children. *JAMA*, 290(5), 621. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.621>
- Kochanek, K. D., Kirmeyer, S. E., Martin, J. A., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2012). Annual Summary of Vital Statistics : 2009. *Pediatrics*, 129(2), 338-348.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3435>
- Koné, M. (2021). La nécessaire prévention du syndrome du bébé secoué. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 42(322), 32-34. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2021.07.010>
- Laurent-Vannier, A. (2014). Des séquelles irréversibles. *L'école des parents*, 610(5), 28-29.
<https://doi.org/10.3917/epar.610.0028>
- Laurent-Vannier, A. (2018). Syndrome et séquelles du bébé secoué. *Les Cahiers de la Justice*, 1(1), 47-53. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0047>
- Laurent-Vannier, A., Brugel, D. G., & De Agostini, M. (2000). Rehabilitation of brain-injured children. *Child's Nervous System*, 16(10-11), 760-764.
<https://doi.org/10.1007/s003810000349>
- Laurent-Vannier, A., Nathanson, M., Quiriau, F., Briand-Huchet, E., Cook, J., Billette de Villemeur, T., Chazal, J., Christophe, C., Defoort-Dhellemmes, S., Fortin, G., Rambaud, C., Raul, J. S., Rey-Salmon, C., Sottet, F., Vieux, E., Vinchon, M., & Willinger, R. (2011). A public hearing “Shaken baby syndrome : Guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff”. Guidelines issued by the Hearing Commission. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(9-10), 600-625.
<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.10.002>
- Laurent-Vannier, A., Toure, H., Vieux, E., Brugel, D. G., & Chevignard, M. (2009). Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences : A case report. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(5), 436-447.
<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.03.001>
- Le Ficher, G., & Diaz, A. (2019). Syndrome du bébé secoué et soins palliatifs. *Accompagnement*

- psychologique des parents autour de l'enfant maltraité réanimé. In *Soins palliatifs en pédiatrie* (p. 77-91). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.perif.2019.01.0077>
- Lind, K., Laurent-Vannier, A., Toure, H., Brugel, D.-G., & Chevignard, M. (2013). « Le syndrome du bébé secoué : Les séquelles ? ». *Archives de Pédiatrie*, 20(4), 446-448. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.04.019>
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaken baby syndrome : A review of 20 cases. *Annals of Emergency Medicine*, 13(2), 104-107. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(84\)80571-5](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(84)80571-5)
- Lyttle, M. D., Crowe, L., Oakley, E., Dunning, J., & Babl, F. E. (2012). Comparing CATCH, CHALICE and PECARN clinical decision rules for paediatric head injuries. *Emergency Medicine Journal*, 29(10), 785-794. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2011-200225>
- Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare : A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8>
- Meyer, P., Ducrocq, S., Baugnon, T., Thelot, B., Orliaguet, G., Carli, P., & Renier, D. (2006). Traumatismes crâniens de l'enfant de moins de 2 ans : Négligence ou maltraitance ? *Archives de Pédiatrie*, 13(6), 737-740. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2006.03.023>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Carnet de Santé. 2018.*
- NIH. (1999). *Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury.*
- ONED. (2007). *Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007.*
- Paget, L.-M., Gillard-Pioc, S., Quantin, C., Cottenet, J., & Beltzer, N. (2019). *LES ENFANTS VICTIMES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS INFLIGÉS PAR SECOUEMENT HOSPITALISÉS : ANALYSE EXPLORATOIRE DES DONNÉES DU PMSI.*
- Parrish, J., Baldwin-Johnson, C., Volz, M., & Goldsmith, Y. (2013). Abusive head trauma among children in Alaska : A population-based assessment. *International Journal of Circumpolar*

Health, 72(1), 21216. <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21216>

Patard, P. (2019). *Etat des lieux des connaissances des Médecins Généralistes de Maine et Loire sur le syndrome du bébé secoué.*

Patteau, G., & Chéron, G. (2014). Traumatisme crânien chez l'enfant. *Réanimation*, 23(5), 507-516. <https://doi.org/10.1007/s13546-014-0920-y>

Piet-Robion, C., Joyeux, F., & Jokic, C. (2019). *Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien : Quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ?*

Santé publique France. (2019). *Epidémiologie des traumatismes crâniens en France et dans les pays Occidentaux.*

Secrétariat d'Etat chargé de l'enfance et des familles. (2022). Campagne nationale de sensibilisation du syndrome du bébé secoué. 2022.

Sofmer. (2011). *Syndrome du bébé secoué : Rapport d'orientation de la commission d'audition.*

Steck-Bajon, P., & Vassel-Hitier, J. (2014). Le suivi en orthophonie du jeune enfant au sein d'un service de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant. *Contraste*, 39(1), 219-237. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0219>

Stipanivic, A., Nolin, P., Fortin, G., & Gobeil, M.-F. (2008). Comparative study of the cognitive sequelae of school-aged victims of Shaken Baby Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 415-428. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.008>

Tavernier, M., & Ganga-Zandzou, P. S. (2006). Le syndrome de l'enfant secoué : Enquête auprès de femmes en suites de couches. *Archives de Pédiatrie*, 13(1), 87-88. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2005.09.035>

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS. *The Lancet*, 304(7872), 81-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)

Trabold, F., Meyer, P., & Orliaguet, G. (2002). Les traumatismes crâniens du nourrisson et du petit

enfant : Prise en charge initiale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 21(2), 141-147. [https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(01\)00513-5](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(01)00513-5)

Turkieltaub, S. (2012). Le syndrome du bébé secoué : Comprendre, prévenir et protéger. *Journal du droit des jeunes*, 314(4), 31-37. <https://doi.org/10.3917/jdj.314.0031>

Vassel-Hitier, J., Verdier, V., Rasquier, S., Chalard, A., Laurent-Vannier, A., & Chevignard, M. (2019). *Résultats linguistiques, intellectuels et éducatifs après un traumatisme crânien modéré à grave subi avant l'âge de 18 mois.*

Wilson, E. A. H., Park, D. C., Curtis, L. M., Cameron, K. A., Clayman, M. L., Makoul, G., vom Eigen, K., & Wolf, M. S. (2010). Media and memory : The efficacy of video and print materials for promoting patient education about asthma. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 393-398. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.011>

ANNEXES

Annexe 1 : Extraits du questionnaire 1 destiné à faire l'état des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué

Rubrique 1 sur 4

Le syndrome du bébé secoué

Bonjour à toutes et à tous,

Étudiante en M2 d'orthophonie au département d'orthophonie de Nice, je réalise actuellement mon mémoire sur les connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué. Nous souhaitons, avec mes directrices de mémoire, recueillir les connaissances et pratiques des orthophonistes à propos du syndrome du bébé secoué. Ce questionnaire s'adresse à tous les orthophonistes, exerçant en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM.

Cela vous prendra environ 5 minutes et les réponses sont anonymes. Ce mémoire est composé de 2 parties. La deuxième sera adressée courant février avec une vidéo explicative afin d'apporter davantage d'informations sur ce syndrome encore peu connu.

Vos réponses m'aideraient beaucoup ! N'hésitez pas à le partager à vos collègues.

Vous pouvez aussi m'écrire si vous avez des suggestions et/ou des questions au sujet de mon travail. Contact : justine.cartron06@gmail.com

Merci de votre lecture
Belle journée.

Justine CARTRON - étudiante 5A Nice

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Réponse courte

Combien d'années d'expérience en orthophonie avez-vous ? *

Réponse courte

Dans quel département exercez-vous ? *

Réponse courte

Quel est votre pratique ? *

Libéral

Salarial

Mixte

Autre...

Rubrique 2 sur 4

Informations personnelles

Description (facultative)

Code anonymat : *

Les 2 premières lettres de votre prénom, les 2 premières lettres de votre nom de famille, votre mois de naissance.

Par exemple : Julie Dupont - née en avril.
Le code anonymat serait : JUDU04.

(Ce code servira dans le cadre de mon 2ème questionnaire à la suite de ma vidéo explicative sur ce syndrome)

Réponse courte

Sexe : *

Homme

Femme

Je ne souhaite pas le préciser

Autre...

Age : *

Réponse courte

Avez-vous des enfants ? *

Oui

Non

Je ne souhaite pas le préciser

Quels troubles prenez-vous en charge ? *

Troubles développementaux du langage oral

Troubles du langage écrit

Surdité

Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique

Pathologies vocales

Pathologies neurodégénératives

Troubles alimentaires pédiatriques et fonctions oro-myo-faciales

Bégaiement

Troubles des apprentissages en mathématiques

Handicap moteur, sensoriel et/ou déficience intellectuelle (Paralysie cérébrale, autisme, maladie génétique)

Troubles de la déglutition

Autre...

Rubrique 3 sur 4

Formation et connaissances

Description (facultative)

A quelle(s) occasion(s) avez-vous entendu parler du syndrome du bébé secoué ? *

Formation initiale

Formation professionnelle

Discussion avec d'autres professionnels

Dans le cadre de votre maternité

Internet

Télévision

Presse

Jamais

Autre...

42

Avez-vous reçu une formation sur ce trouble au cours de vos études universitaires ? *

- Oui
- Non
- Autre...

Si oui, ces informations vous semblent-elles suffisantes pour appréhender le syndrome du bébé secoué ?

- 1 2 3 4 5
- Pas du tout Tout à fait

Selon vous, quel âge ont principalement les bébés secoués ? *

- 0-6 mois
- 7-12 mois
- 13-18 mois
- >18 mois
- Ne sais pas

Selon vous, quel peut être le principal élément déclencheur du secouement d'un enfant ? *

- Agitation
- Fatigue
- Pleurs
- Surmenage parental
- Ne sais pas

Selon vous, le secouement est-il constamment considéré comme un geste violent ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Selon vous, qui sont les auteurs des secouements le plus souvent ? *

- Mère
- Père
- Beaux-parents
- Grands-parents
- Frères/soeurs
- Nourrice
- Toutes les réponses
- Ne sais pas

Définition du syndrome du bébé secoué : *

- Traumatisme crânien accidentel
- Uniquement traumatisme crânien accidentel
- Traumatisme crânien non accidentel
- Uniquement traumatisme crânien non accidentel
- Maltraitance
- Uniquement maltraitance
- Ne sais pas

...

Pensez-vous que tout le monde est susceptible de secouer un bébé ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Le syndrome du bébé secoué résulte-il le plus souvent d'un geste répété dans le temps ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Selon vous, quel est le taux de mortalité après un secouement à l'origine d'un syndrome du bébé secoué ? *

- Environ 40 à 50% de décès
- Environ 30 à 40% de décès
- Environ 20 à 30% de décès
- Environ 10 à 20% de décès
- Environ 5 à 10% de décès
- Ne sais pas

...

Selon vous, quel est le pourcentage de bébés n'ayant aucune séquelle (quelle qu'elle soit) après un secouement à l'origine du syndrome du bébé secoué ? *

- 50%
- 40%
- 30%
- 20%
- 10%
- 5%
- Ne sais pas

Rôle de l'orthophoniste et prévention

Description (facultative)

Selon vous, quel(s) rôle(s) peut avoir l'orthophoniste dans ce syndrome ? *

- Rôle de prévention / d'information
- Rôle dans l'accompagnement parental
- Rôle dans la rééducation
- Ne vois pas le rôle dans le cadre de ce syndrome
- Autre...

Avez-vous déjà pris en charge ce syndrome ? *

- Oui
- Non

Selon vous, quelles peuvent-être les séquelles à long terme ? *

- Troubles du comportement
- Séquelles cognitives
- Séquelles visuelles
- Epilepsies
- Difficultés d'apprentissage
- Séquelles motrices
- Toutes les réponses
- Ne sais pas

Selon vous, dans quels domaines pouvons-nous être amenés à prendre en charge ces patients ? *

- Le langage (compréhension et/ou expression)
- La mémoire
- Troubles oro-myo-fonctionnels
- Les fonctions exécutives
- Toutes les réponses

Selon vous, devrait-on effectuer la prévention de ce syndrome systématiquement auprès des parents ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si non ou ne sais pas, pourquoi ?

Réponse longue

Êtes-vous intéressé(e) par davantage d'informations sur le syndrome du bébé secoué ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Avez-vous des questions ou commentaires à ajouter à ce questionnaire ?

Réponse longue

Annexe 2 : Extraits de la vidéo explicative au sujet du syndrome du bébé secoué

CARTRON Justine - Département d'orthophonie de Nice

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Qu'est ce que c'est ?

Définition

Maltraitance infantile

Traumatisme crânien non accidentel

→ Actes de violence intentionnels

Comment survient ce traumatisme ?

- ↳ Le nourrisson est violemment secoué par un adulte
- ↳ La tête est balancée d'avant en arrière : mouvements de flexion - extension
- ↳ Le cerveau heurte les parois du crâne



Source : livre "La rentrée de Tom...bébé secoué"

Quel est l'élément déclencheur ?

Les pleurs

- ↳ Stress
- ↳ Frustration
- ↳ Fatigue
- ↳ Colère

⇒⇒⇒ Geste répété dans le temps

Quelles sont les causes ?

- ✓ Secouement d'un nourrisson par un adulte
- ✗ Secouement d'un nourrisson par un enfant
- ✗ Une chute (chute de la table à langer ou canapé)
- ✗ Un jeu ("faire l'avion" / "lancer en l'air le bébé")
- ✗ Manoeuvre de réanimation

Quelles sont les séquelles ?

3 tableaux cliniques :

- ↳ Séquelles évidentes d'emblée :
 - Polyhandicap : hémiplégie, troubles visuels, cécité, déficience mentale, absence de langage...
- ↳ Atteinte moindre :
 - Hémiplésie, maladresse, tremblement, malvoyance, épilepsie...
- ↳ Atteinte invisible :
 - Troubles du langage, du comportement (agitation, défaut d'inhibition, impulsivité), défaut d'initiation et d'intérêt, fonctions exécutives (défaut de jugement, raisonnement, mémoire, attention, lenteur, fatigabilité), difficultés d'apprentissage

Prise en soin orthophonique

↳ Rôle dans l'accompagnement parental

Alliance thérapeutique :

- Crainte d'une défiance
- Sentiment de honte
- Culpabilité
- Regard de l'autre

Anamnèse :

- Ecouter
- Climat de neutralité
- Bienveillance

Prise en soin orthophonique

↳ Rôle dans la rééducation

- Sphère oro-faciale
- Langage
- Mémoire
- Pragmatique
- Difficultés attentionnelles
- Fonctions exécutives

Annexe 3 : Extraits du questionnaire 2 pour évaluer l'apport et la satisfaction de la vidéo explicative

Rubrique 1 sur 4

Syndrome du bébé secoué

[Questionnaire adressé uniquement aux personnes ayant déjà répondu au précédent]

Bonjour,

Voici la vidéo créée dans le cadre de mon mémoire. Celle-ci a pour objectif d'apporter les informations principales au sujet du syndrome du bébé secoué, afin de présenter cette pathologie encore méconnue.

Suite au visionnage de cette vidéo, le même questionnaire que le précédent vous est adressé ainsi que des questions de satisfaction afin d'évaluer l'apport de cette vidéo et pouvoir bénéficier de vos retours.

Je vous remercie pour votre participation à ce mémoire.

Code anonymat : *
(Comme lors du précédent questionnaire, je vous redemande votre numéro d'anonymat).

Les 2 premières lettres de votre prénom, les 2 premières lettres de votre nom de famille, votre mois de naissance.
*Par exemple : Julie Dupont - née en avril.
Le code anonymat serait : JUDU04.*

Réponse courte

Considérez-vous cette vidéo utile pour votre pratique ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout Tout à fait

Vous sentiriez-vous désormais plus à l'aise si vous êtes amené(e) à prendre en soin un enfant atteint de ce syndrome ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout Tout à fait

Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de cette vidéo explicative ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout satisfait(e) Parfaitement satisfait(e)

Avez-vous des remarques ou recommandations à propos de cette vidéo ?

Réponse longue

Rubrique 4 sur 4

Satisfaction vidéo

Description (facultative)

Suite à cette vidéo, vous sentez-vous davantage informé(e) au sujet du syndrome du bébé secoué ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout Beaucoup mieux informé(e)

Le format (support visuel, durée) de la vidéo vous semble-t-il adapté ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout Tout à fait

Les informations données dans cette vidéo vous semblent-elles claires ? *

1 2 3 4 5 6 7
Pas du tout Tout à fait

Quelle(s) partie(s) vous a semblé la / les plus utile(s) ? *

- Informations pratiques / théoriques / importantes sur le syndrome du bébé secoué
- Prévention
- Rôle de l'orthophoniste

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des pourcentages de bonnes réponses pour chaque question posée ainsi que des réponses attendues

Questions	% de bonnes réponses	Réponses attendues
Selon vous, quel âge ont principalement les bébés secoués ?	71%	0-6 mois
Définition du syndrome du bébé secoué :	39%	TCNA Maltraitance
Pensez-vous que tout le monde est susceptible de secouer un bébé ?	78,5%	Oui
Le syndrome du bébé secoué résulte-il le plus souvent d'un geste répété dans le temps ?	11,9%	Oui
Selon vous, quel peut être le principal élément déclencheur du secouement d'un enfant ?	33,3%	Pleurs
Selon vous, le secouement est-il constamment considéré comme un geste violent ?	57%	Oui
Selon vous, qui sont les auteurs des secouements le plus souvent ?	0%	Père, beau-père, nourrice
Quels sont les facteurs de risque du syndrome du bébé secoué ?	0%	Jeune âge des parents, isolement, précarité, consommation drogues/alcool, prématurité, grossesse gémellaire
Quelle(s) sont <u>la</u> ou les causes du syndrome du bébé secoué ?	38%	Uniquement secouement par un adulte
Selon vous, quels signes cliniques peut présenter un bébé secoué ?	5,9%	Malaise, convulsions, fièvre, pâleur, hypotonie, somnolence, apnées, changement comportemental
Selon vous, quel est le taux de mortalité après un secouement à l'origine d'un syndrome du bébé secoué ?	11,9%	20-30%
Selon vous, quel est le pourcentage de bébés n'ayant aucune séquelle (quelle qu'elle soit) après un secouement à l'origine du syndrome du bébé secoué ?	14,2%	10%
Selon vous, quel(s) rôle(s) peut avoir l'orthophoniste dans ce syndrome ?	39,2%	Prévention, accompagnement parental, rééducation
Selon vous, quelles peuvent-être les séquelles à long terme ?	61%	Troubles du comportements, séquelles cognitives, séquelles visuelles, séquelles motrices, épilepsies, difficultés d'apprentissages
Selon vous, dans quels domaines pouvons-nous être amenés à prendre en charge ces patients ?	69%	Le langage, la mémoire, les troubles oro-myo-fonctionnels, les fonctions exécutives
Selon vous, devrait-on effectuer la prévention de ce syndrome systématiquement auprès des parents ?	78%	Oui
Pourcentage total de bonnes réponses	38%	

Titre du mémoire : État des lieux des connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du syndrome du bébé secoué

Résumé :

Le syndrome du bébé secoué est méconnu du grand public et des professionnels de santé. C'est un traumatisme crânien non accidentel, tout à fait évitable et la forme la plus fréquente de maltraitance du très jeune enfant. Les orthophonistes ont un rôle à jouer dans ce syndrome tant au niveau de la prévention, de l'accompagnement parental que de la rééducation. Il paraît donc primordial que les orthophonistes soient suffisamment informés au sujet de ce syndrome. Notre étude s'est alors intéressée aux connaissances théoriques des orthophonistes au sujet du SBS. Nous avons pour cela diffusé un questionnaire à destination des orthophonistes. Notre étude a mis en évidence que les orthophonistes ne sont pas suffisamment informés sur ce syndrome et ont un niveau de connaissance faible. En effet, une grande majorité des orthophonistes ne sont pas formés lors de leurs études universitaires. Pour répondre à leur souhait d'informations, nous avons créé une vidéo visant à apporter les notions principales sur ce syndrome. Cette vidéo a permis une amélioration des connaissances sur le SBS et démontre l'intérêt d'un tel outil pour une diffusion auprès des professionnels de santé. Ainsi, notre étude montre que les orthophonistes ne sont pas suffisamment formés au sujet du syndrome du bébé secoué et que cela semble nécessaire que les études, les formations et la prévention se poursuivent pour une meilleure connaissance du SBS afin de pouvoir prévenir et prendre en soin au mieux ce syndrome.

Mots-clés : orthophonie, syndrome du bébé secoué, traumatismes crâniens, prévention, accompagnement parental, rééducation

Title: State of speech and language therapists' theoretical knowledge of shaken baby syndrome

Abstract:

Shaken Baby Syndrome is not well known by the general public and health professionals. It is a non-accidental head injury, completely preventable and the most frequent form of abuse of very young children. Speech and language therapists have a role to play in this syndrome in terms of prevention, parental support and rehabilitation. It therefore seems essential that speech therapists be sufficiently informed about this syndrome. Our study therefore focused on the theoretical knowledge of speech therapists about SBS. To this end, we distributed a questionnaire to speech-language pathologists. Our study revealed that speech therapists are not sufficiently informed about this syndrome and have a low level of knowledge. Indeed, a large majority of speech therapists are not trained during their university studies. In response to their desire for information, we created a video to provide the main concepts on this syndrome. This video has improved knowledge about SBS and demonstrates the interest of such a tool for dissemination to health professionals. Thus, our study shows that speech therapists are not sufficiently trained on the subject of Shaken Baby Syndrome and that it seems necessary that studies, training and prevention continue for a better knowledge of SBS in order to be able to prevent and take care of this syndrome.

Keywords: speech therapy, shaken baby syndrome, cranial trauma, prevention, parental support, rehabilitation