



HAL
open science

Prévention du syndrome du bébé secoué : quelles difficultés pour les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ?

Tania Siest

► To cite this version:

Tania Siest. Prévention du syndrome du bébé secoué : quelles difficultés pour les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04274852

HAL Id: dumas-04274852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04274852v1>

Submitted on 8 Nov 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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Tania SIEST

Née le 06/06/1992 à Compiègne (60)

**Prévention du
syndrome du bébé
secoué : quelles
difficultés pour les
médecins
généralistes d'Ille-et-
Vilaine ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 27 janvier 2022**

devant le jury composé de :

Pr Patrick PLADYS

Professeur de pédiatrie à l'Université de Rennes 1
/ Président du jury

Pr Virginie GANDEMER

Professeur de pédiatrie à l'Université de Rennes 1
/ examinateur et juge

Dr Agnès BANATRE

Maître de Conférences Associé en Médecine
générale ; membre du Département en Médecine
Générale et Médecin généraliste à Plélan-le-
Grand */ examinateur et juge*

Dr Marion PIERRE

Médecin légiste pédiatre, praticien hospitalier au
CHU de Rennes */ directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Tania SIEST

Née le 06/06/1992 à Compiègne (60)

**Prévention du
syndrome du bébé
secoué : quelles
difficultés pour les
médecins
généralistes d'Ille-et-
Vilaine ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 27 janvier 2022**

devant le jury composé de :

Pr Patrick PLADYS

Professeur de pédiatrie à l'Université de Rennes 1
/ Président du jury

Pr Virginie GANDEMER

Professeur de pédiatrie à l'Université de Rennes 1
/ examinateur et juge

Dr Agnès BANATRE

Maître de Conférences Associé en Médecine
générale ; membre du Département en Médecine
Générale et Médecin généraliste à Plélan-le-Grand
/ examinateur et juge

Dr Marion PIERRE

Médecin légiste pédiatre, praticien hospitalier au
CHU de Rennes / *directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

AMÉ	Patricia	PU-PH	Immunologie
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BERTHEUIL	Nicolas	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH (retraite le 01/10/2021)	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRÉ	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie

DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur Emérite	Neurologie
FERRÉ	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMÉR	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUYADER	Dominique	PU-PH (retraite le 01/10/2021)	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HEAUTOT	Jean-çois	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
JÉGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie

KALADJI	Adrien	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUÉ	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LÉVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHÉ	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLÉDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU- SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MÉNER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIÉ	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail

PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL	Mikaël	PU-PH	Hématologie ; transfusion
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VÉRIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri- opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS

ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BERGEAT	Damien	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHEMOUNY	Jonathan	MCF associé	Néphrologie
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
COMMON	Harold	MCF associé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
KERBRAT	Anne	MCU-PH	Neurologie
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

LE LOUS	Maela	MCU-PH	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LESCOAT	Alain	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MÉNARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick PLADYS,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Virginie GANDEMER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de l'intérêt que vous lui portez.

A Madame le Docteur Agnès BANATRE,

Je vous remercie pour votre participation à mon jury ainsi que pour vos enseignements au cours de mon cursus de médecine générale.

A Madame le Docteur Marion PIERRE,

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour votre soutien, votre implication et votre disponibilité pour ce sujet qui nous tient à cœur. Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans votre aide.

A tous les médecins ayant accepté de répondre aux entretiens,

Merci de m'avoir accordé votre confiance et votre temps pour mener à bien cette étude.

A tous les médecins qui m'ont accompagné durant mon cursus et qui m'ont fait découvrir les vraies valeurs de la médecine.

Merci particulièrement aux médecins de La Guerche-de-Bretagne qui ont su me montrer leur amour pour la médecine générale, à Hélène, Gilles, Renan, et surtout à François, mon tuteur, sans qui ce travail n'aurait pas existé.

Merci également aux médecins de Caulnes qui m'ont accompagnée et m'ont donné confiance en moi, Nathalie, Anne, Eric et Gilles.

A mes proches

A ma famille, sans qui je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui.

A mes parents, merci pour votre amour et votre présence durant toutes ses années. Rien n'aurait été possible sans votre soutien, et vos encouragements si précieux à mes yeux. Rentrer à la maison est toujours synonyme d'un moment de bonheur à partager en famille.

A mon frère, merci d'être là pour moi et pour tous ces moments si joyeux partagés depuis notre enfance.

A mes grands parents et mon arrière grand mère Alice, tous partis trop tôt, j'espère que vous êtes fiers de moi de là où vous êtes.

A ma grand mère, merci pour ta bienveillance et ton attention portée sur mon travail. J'espère que tu seras fière de moi également.

A toute la famille Pallier, merci pour tous ces moments de rire en famille, la vie est plus joyeuse à vos côtés.

A Elise, plus qu'une cousine, tu as toujours su veiller sur moi et m'encourager dans mes choix, chaque moment merveilleux passé à tes cotés et ceux d'Achille renforce nos liens.

A toute la famille Siest, merci pour votre soutien et votre présence même à distance.

A mes amis, ma deuxième famille.

A mes amis cavaliers et cavalières : à Cassandra, merci à toi et à toutes tes péripéties qui nous ont rapprochées, à Matthieu qui fonce toujours dans tous ces projets et à Julien pour tous ces trajets de concours partagés.

Aux filles Tourangelles : Merci à Mathilde pour ton amitié infaillible depuis toutes ces années, mais aussi à Mathilde Clochette qui restera une coloc inoubliable, à Marie, Léa, Hélène et Floriane, ces dures années de travail ont été plus faciles grâce à votre soutien et tous ces moments partagés.

A Marina, une rencontre Népalaise qui a fait naître une incroyable amitié qui perdure malgré la distance.

Aux garçons Tourangeaux : A Julien, Tristan et Jad, les révisions à Clocheville auraient été bien fades sans votre amitié et votre bonne humeur.

A la team Saint Malo : Merci pour ce semestre inoubliable. A Charlotte pour ta bonne humeur et ton amitié si précieuse, Mélanie pour tous ces moments de rires et de pleurs, Sophie pour tes chorées incroyables et Parastou pour nous entraîner jusqu'au bout de la nuit. Mais aussi à Thibaud, Rémi, Louis, Léo, Marc et Timothée, les soirées malouines ont été magiques grâce à vous.

Au Château : Merci pour tous ces fous rires au quotidien. A Mélanie, Thomas, Marc, Luc, Tristan et Raphael. La couronne restera gravée dans mon cœur.

Aux autres rencontres Vannetaises : A Marianne et à toutes nos aventures qui nous ont soudées, à Julie Imielski pour ta spontanéité et ton style indétrônable, à Poupou pour ton sourire et ta folie, à Julie Lehoux pour ta bonne humeur, à Arthur pour nos brunch incroyables, à Félix, Gaspard et Lauriane pour nos soirées jeux et à Damien et Alixe pour tous ces si bons moments partagés depuis.

A toutes les autres rencontres de cet internat : A Alix, pour ta joie de vivre qui ne cessera jamais de m'étonner, à Manon pour ces confidences partagées et à Hélène pour tes projets toujours incroyables.

Enfin, à Quentin, merci de m'avoir soutenue et aidée dans ce travail, mais surtout merci d'être là pour partager tous ces moments complices, si précieux à mes yeux.

Et à tous les autres que j'ai rencontrés au cours de ma vie, que je ne nommerais pas mais qui sauront se reconnaître.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. »

« Vous ne trouverez jamais ce que nous ne cherchons pas »

Confucius

Table des matières

I.	Introduction	15
II.	Matériel et méthodes	16
	1. Objectifs de l'étude	16
	2. Population de l'étude	17
	3. Recueil des données	17
	4. Analyse des données	17
III.	Résultats	18
	1. Population de l'étude	18
	1.1 Caractéristiques des médecins	18
	1.2 Caractéristiques de leur patientèle	18
	2. Représentation et vécu des médecins généralistes	18
	2.1 Connaissance du syndrome du bébé secoué	18
	2.1.1 Des conséquences à court et long terme	18
	2.1.2 Des facteurs de risques à repérer	19
	2.1.3 Une violence sous-estimée	19
	2.2 La place du médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué	19
	2.2.1 Un rôle important	19
	2.2.2 Une prévention propre à chacun	20
	2.3 Les difficultés rencontrées	21
	2.4 Les suggestions apportées pour améliorer cette prévention	22
IV.	Discussion	23
	1. Forces et limites de l'étude	25
	1.1 Forces de l'étude	23
	1.2 Limites de l'étude	24
	2. Les résultats	24
	2.1 Améliorer les connaissances et les outils du médecin généraliste	24
	2.2 Améliorer la coopération entre soignants	25
	2.3 Améliorer la communication à l'échelle nationale	26
V.	Conclusion	28
VI.	Bibliographie	30
VII.	Glossaire	32
VIII.	Annexes	33

I. Introduction

Les termes de « Syndrome du bébé secoué » (SBS) sont employés pour la première fois en 1974 par le Dr John Caffey, radiologue, qui décrit un tableau d'hématome sous-dural et d'hémorragies rétiniennes sans lésion traumatique externe (1). Il est défini actuellement par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un sous-ensemble de traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel le secouement, seul ou associé à un impact, est à l'origine de lésions traumatiques. Le secouement, nécessairement violent, est à l'origine d'une force d'accélération appliquée à la tête qui entraîne une bascule antéro-postérieure de cette dernière. Il est généré une force de cisaillement au sein de la boîte crânienne à l'origine de l'arrachement des veines-ponts drainant le cortex cérébral à l'origine de l'hématome sous-dural. Le même mécanisme s'applique aux vaisseaux rétiens (2).

L'incidence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an (3-4), si l'on rapporte ces résultats au chiffre des naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance. Il n'existe cependant pas de données épidémiologiques françaises. Dans son étude, le Dr Mireau avance le nombre de 180 à 200 cas par an (5). La difficulté se résume dans le fait que les symptômes apparaissant après le secouement sont peu spécifiques : irritabilité, perte d'appétit, pâleur cutanée, vomissements, augmentation du périmètre crânien, perte de tonus, convulsions, perte de conscience... (2) Cette méconnaissance du diagnostic chez les enfants peu symptomatiques expose au risque de récurrence, avec une répétition des secouements (2). L'absence d'autopsie systématique lors d'une mort inattendue d'un nourrisson et l'existence de formes pauci-symptomatiques sont autant de facteurs laissant à penser à un sous-diagnostic de ce syndrome (5-7). Pour les quelques cas de SBS hospitalisés, il existerait probablement des milliers de bébés secoués non diagnostiqués (8). Les données épidémiologiques sont donc très probablement sous-estimées.

La morbi-mortalité de ce syndrome est importante. La majorité des décès d'enfants maltraités sont liés au SBS, en particulier chez les nourrissons (9). Certaines études suggèrent que jusqu'à 25 % des nourrissons maltraités meurent du SBS et que 50 à 60 % de ceux qui survivent, présentent des séquelles neurologiques (10). Ces séquelles sont diverses et de gravité variable : infirmités motrices, cécités, épilepsies, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, retards de développement, troubles des apprentissages, des déficits cognitifs... (2,9). Ces conséquences désastreuses nécessiteront l'intervention de spécialistes et d'équipes de réadaptation tout au long de la vie de ces enfants. Un suivi pédiatrique régulier est nécessaire avec une vigilance particulière à l'âge scolaire où les difficultés peuvent apparaître (déficit de l'attention, troubles du comportement, retard des acquisitions...) (10-11).

Ce problème de santé publique a rendu nécessaire sa prévention qui a débuté dans les années 1980 et ne fait à ce jour plus aucun doute quant à sa pertinence (9). Simmonet *et al*, en 2011 a montré qu'une information courte et simple donnée par le pédiatre en maternité permet une meilleure compréhension par les parents des pleurs et du SBS et pourrait aider à sa prévention (12). Par ailleurs, une étude américaine de 2005 démontrait une réduction de 47 % du SBS lorsque les

parents reçoivent une intervention éducative à la naissance de leur enfant. Le nombre de SBS répertorié dans le Commonwealth de Pennsylvanie passant de 41,5 cas pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de contrôle de 6 ans à 22,2 cas pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période d'étude de 5,5 ans (13). La littérature médicale basée sur les aveux d'auteur (14) a permis d'identifier les pleurs du nourrisson comme un des principaux facteurs déclenchants dans le passage à l'acte de l'auteur. Dans les sociétés occidentales, 10 à 30% des nourrissons de moins de quatre mois pleurent de manière excessive ou prolongée (16). Ces pleurs sont un des motifs principaux de consultation des parents pendant les premiers mois de vie du fait d'une préoccupation importante. Ces pleurs excessifs ou perçus comme tels sont à l'origine de réactions inappropriés voire dangereuse des parents, telles que l'arrêt de l'allaitement maternel, la négligence voire la maltraitance (15). Une étude de Vidrequin *et al.* a montré en 2021 que le médecin généraliste est le premier interlocuteur des mères concernant leurs interrogations sur les pleurs de leur enfant (16). Ces constats donnent au médecin généraliste un rôle clé dans la prévention primaire du SBS. C'est à lui que revient le rôle de repérer les familles à risque, de les accompagner, de les conseiller et de les soutenir afin d'éviter la survenue de cette forme de maltraitance (17). Pourtant, plusieurs études ont montré que les connaissances des médecins généralistes à ce sujet étaient incomplètes et qu'ils pratiquaient peu son dépistage et sa prévention (11,18) Il conviendrait d'améliorer l'aptitude des médecins généralistes et du personnel soignant en général sur ce sujet afin d'améliorer les interventions préventives par la suite (19).

A la lumière d'un manque d'actions préventives en médecine générale avec un sujet souvent trop peu abordé (11,18), il serait judicieux d'en connaître les causes et de centrer le travail de recherche sur l'interlocuteur principal, le médecin généraliste. Ainsi, de son environnement de travail et de ses expériences pourront se dégager les difficultés inhérentes à son exercice professionnel et permettre d'apporter des pistes de progrès pour un accompagnement plus efficace.

II. Matériel et méthodes

Une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Cette méthode est apparue la plus adaptée puisqu'elle permet la compréhension des pratiques professionnelles et de ses déterminants. Elle permet d'établir un climat de confiance propice au partage d'expériences et de la représentation des praticiens sur la prise en charge du syndrome du bébé secoué (20).

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour prévenir le syndrome du bébé secoué.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration.

2. Population de l'étude

La population de l'étude comprenait les médecins généralistes exerçant en Ile-et-Vilaine, avec hommes et femmes d'âge et de milieu d'exercice différents.

Le recrutement s'est fait par courrier électronique à l'aide de la liste fournie par l'Ordre des médecins du département, qui comportait tous les médecins généralistes installés et remplaçants d'Ile-et-Vilaine ayant accepté de répondre aux entretiens et questionnaires de thèses. Quelques relances ont été nécessaires afin d'obtenir suffisamment de réponses positives.

Le premier contact par mail a permis une présentation de l'enquêteur ainsi qu'une brève exposition de l'objet de l'étude.

Le recrutement s'est terminé après l'obtention de la suffisance des données, les deux derniers entretiens n'ayant apportés aucune nouvelle thématique.

3. Recueil des données

Deux modalités d'entretien étaient proposées aux participants, en visio conférence, via différents logiciels (Zoom©, Skype© ou Face Time©) ou en présentiel au cabinet médical du praticien.

Les entretiens étaient semi-dirigés afin que les médecins puissent s'exprimer librement en restant tout de même centrés sur le sujet de recherche.

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré après l'étude de la littérature et des échanges avec des médecins généralistes n'ayant pas participé aux entretiens par la suite. Un entretien exploratoire a été réalisé auprès d'un médecin généraliste qui n'a pas été intégré aux résultats.

Les médecins entretenus étaient informés du caractère anonyme et confidentiel des données recueillies. Un accord oral leur était préalablement demandé.

L'entretien débutait par des questions générales puis l'enquêteur relançait le médecin sur des thèmes plus précis issus du guide d'entretien, ayant légèrement évolué au fur et à mesure en fonction des analyses et des hypothèses émergentes afin d'affiner les réponses obtenues. Les expressions non verbales ont également été intégrées, avec des caractères spéciaux, au verbatim.

Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été soumises aux participants.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. L'ensemble des données obtenues ont été anonymisées.

L'analyse du verbatim a été réalisée après chaque entretien selon la méthode de la « théorisation ancrée » qui vise à construire la théorie à partir des données recueillies (21).

Le codage du verbatim réalisé fragment par fragment, a permis l'émergence de catégories puis de thèmes principaux. Ce processus a été répété afin d'aboutir à un codage homogène.

Un deuxième codage a ensuite été effectué par un tiers (remplaçante en médecine générale) en aveugle. Il a ensuite été mis en relation avec le premier codage afin de confronter les disparités et d'apporter les informations manquantes.

Pour chaque thème, les extraits les plus marquants ont été sélectionnés et inclus dans la partie « résultats ».

III. Résultats

1. Population de l'étude

1.1. Caractéristiques des médecins (annexe 2)

La population interrogée comportait 17 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. La taille de l'effectif était suffisante pour obtenir la saturation des données. Les caractéristiques des participants étaient hétérogènes, elles sont présentées dans le tableau 1.

Il y avait 9 femmes et 8 hommes, 10 médecins installés et 2 médecins remplaçants.

Douze médecins avaient lors de leur pratique participer à des formations sur la pédiatrie, et seulement 6 d'entre eux sur la maltraitance infantile, dont 2 uniquement via une formation parallèle en hypnose.

Trois médecins ont déjà eu à gérer un cas de syndrome de bébé secoué.

Quatre autres ont déjà réalisé au moins une information préoccupante ou un signalement pour suspicion de maltraitance chez l'enfant.

1.2. Caractéristiques de leur patientèle

On retrouve une patientèle variée, concernant la catégorie socio-professionnelle comme pour l'âge avec une part de patientèle pédiatrique (enfants de moins de 16 ans) allant de 10 à 40% selon les données de leurs dernières Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

2. Représentation et vécu des médecins généralistes

2.1. Connaissance du syndrome du bébé secoué

2.1.1. Des conséquences à court et long terme

Les médecins généralistes entretenus ont bien décrit le syndrome du bébé secoué comme un traumatisme crânien dû à un secouement de l'enfant. Ils avaient conscience que cela pouvait avoir des conséquences neurologiques immédiates: « *c'est quand il y a des séquelles neurologiques chez le nourrisson suite à un mouvement d'avant en arrière qui va provoquer des lésions cérébrales hémorragiques et autre, plus ou moins définitives* » (M14), ainsi qu'orthopédiques « *Il doit y avoir aussi des lésions traumatologiques types fractures* » (M16).

Ils ont également évoqué pour certains des séquelles sur le long terme, sur le développement de l'enfant « *il peut y avoir des troubles du développement psychomoteur, du langage* » (M4) « *je dirais aussi par la suite une difficulté d'attention, d'apprentissage, de parole* » (M14).

Ils avaient donc notion de la gravité de cet acte et de l'impact qu'il pouvait avoir « *c'est une urgence car ça peut être très grave* » (M2), « *ça m'évoque surtout la gravité de la chose* » (M1).

Pourtant le risque vital pour le nourrisson a été très peu évoqué « *parfois il peut même y avoir un danger de mort* » (M15).

2.1.2. Des facteurs de risques à repérer

Les praticiens interrogés n'avaient pas tous les mêmes arguments pour repérer une situation à risque de SBS.

Si tous étaient d'accord pour dire qu'il y avait une fragilité parentale, ils ne l'attribuaient pas aux mêmes critères « *ça m'évoque une fragilité familiale, des personnes ayant besoin d'aide* » (M1).

En effet certains avaient plutôt tendance à se focaliser sur les antécédents des parents et notamment de la mère « *Moi je recherche surtout des troubles psychiques chez les parents, des conduites addictives, des antécédents de violence, de maltraitance* » (M2), alors que d'autres étaient plus attentifs à la situation des parents « *moi je pense plutôt à des jeunes parents, qui n'ont pas de famille ou de personne pour les guider et qui sont vite dépassés par la situation* » (M1).

Ils se rejoignaient tout de même pour dire que le critère principal à rechercher était la fatigue parentale « *ça m'évoque une maman fatiguée, un peu à bout, beaucoup à bout même* » (M10), « *moi je recherche la fatigue, la fatigue et encore la fatigue* » (M4).

A noter que si certains médecins faisaient au début le parallèle entre la précarité sociale et le SBS, la plupart se corrigeait au cours de leur entretien « *J'aurais dit milieu social... mais non évidemment je sais que c'est du conditionnement et que ça peut toucher tous les milieux* » (M7), parfois aussi du fait d'expérience personnelle « *Avant mon expérience j'aurais mis niveau social mais je l'enlève maintenant car ce n'était pas du tout un milieu défavorisé* » (M11).

2.1.3. Une violence sous-estimée

Les médecins rencontrés rapportaient avoir été très peu, voire pas du tout, confrontés au syndrome du bébé secoué. Ils ont d'ailleurs été incapable d'en estimer la prévalence « *j'en sais rien du tout ce serait du pile ou face* » (M15). Pourtant ils étaient conscients du fait que c'est un événement qui est fortement sous-estimé et qui n'est pas toujours facile à dépister « *je n'ai aucune idée du nombre de cas par an, je n'en ai jamais eu moi-même... Enfin c'est comme le reste de la maltraitance on croit qu'on en a jamais ...* » (M3) ; « *Je pense que c'est plus fréquent qu'on le croit et qu'on passe facilement à côté* » (M5).

2.2. La place du médecin généraliste dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué

2.2.1. Un rôle important

Tous les praticiens étaient unanimes lors des entretiens, le médecin généraliste avait un rôle primordial à jouer dans la prise en charge du syndrome du bébé secoué. « *Je dirais qu'on a un rôle hyper important puisque c'est nous qui examinons l'enfant, oui je pense qu'on a un rôle fondamental* » (M2), notamment car comme le rappelait M1, ils sont souvent le premier recours « *certains vont voir un pédiatre mais on a quand même l'impression que le suivi se fait de plus en plus par les médecins généralistes qui peuvent prendre plus rapidement l'enfant au moindre problème et qui connaissent le reste de la famille, on est donc quand même les premiers interlocuteurs* ».

Certains médecins ont évoqué dans un premier temps un rôle de dépistage, en effet il arrivait que les parents viennent au cabinet avec un bébé qui a déjà été secoué : « *c'est nous qui déclenchons l'alerte* » (M5), « *l'important c'est de mettre le bébé à l'abri* » (M8).

Pour les autres, c'était plutôt dans la prévention qu'ils devaient intervenir, en soutenant les familles et en dépistant les situations à risques avant que ça dégénère « *notre rôle c'est d'accompagner les parents, en fait nous avons un rôle de veille dans cette période qui est difficile pour à peu près 100% des parents* » (M10), « *moi je me vois un peu comme une sentinelle* » (M16).

2.2.2. Une prévention propre à chacun

Même s'ils avaient conscience de l'enjeu autour du SBS, les praticiens interrogés reconnaissaient parler très peu du SBS au cabinet « *je ne parle pas forcément du bébé secoué en soit, ça m'arrive de l'évoquer en disant qu'il faut pas hésiter à consulter car on peut être amené à secouer son bébé quand on est à bout mais c'est quand même très rare que je mette des mots dessus* » (M12), « *je ne fais pas de prévention du bébé secoué au cabinet* » (M2).

Seul quelques uns d'entre eux l'évoquaient de façon régulière « *J'essaye d'aborder le sujet quasiment systématiquement d'autant plus que je perçois une fatigue chez les parents* » (M17), « *moi je n'hésite pas à dire qu'on a le droit d'être à bout, d'être fatigué, mais qu'on a pas le droit de secouer son bébé* » (M4), « *je leur dis souvent que les gens qui secouent leur bébé c'est des gens qui aiment tout de même leur bébé* » (M3).

Les médecins allaient plutôt exercer la prévention du SBS de manière indirecte en évoquant la gestion des pleurs du nourrisson, la fatigue des parents.

Certains en parlait de façon automatique « *j'interroge quasiment systématiquement la maman pour savoir comment elle va, si elle n'a pas de difficulté, si elle n'est pas trop fatiguée* » (M7), « *je demande toujours aux parents si le bébé pleure beaucoup et comment ils vivent la situation* » (M3).

D'autres le faisaient en fonction de leur ressenti, en s'adaptant à la situation « *moi je vais poser la question plutôt si je sens la maman plus fragile, seule, isolée, en fonction des facteurs de risque en fait* » (M12).

Enfin quelques un attendaient plutôt une demande des parents « *je n'évoque pas les pleurs de façon systématique, ça dépend du bébé, la question vient naturellement si les parents disent qu'il pleure beaucoup* » (M14). Ceci dans le but de pouvoir par la suite les guider, les rassurer et les déculpabiliser « *ca m'est arrivé pas mal de fois de leur dire qu'un bébé qui pleure longtemps ça peut être extrêmement désagréable pour tout le monde (...) et que ça peut valoir le coup de reposer bébé dans son lit, de sortir de la pièce et d'aller exploser ailleurs* » (M6), « *moi je dédramatise en leur expliquant qu'un bébé, certes c'est une bonne chose dans une vie mais ce n'est pas toujours facile et qu'ils peuvent parler sans se sentir juger, que ça ne fait pas d'eux des mauvais parents* » (M12).

On notait parfois, la nécessité de passer par un soutien extérieur, personnel ou médicalisé « *quand je sens que les parents sont épuisés je reprends les personnes ressources ou comment ils peuvent se faire aider* » (M13), « *si je vois que c'est compliqué je les vois plus souvent ou alors je les oriente en PMI pour un suivi rapproché* » (M15).

2.3. Les difficultés rencontrées

Un manque de temps

L'ensemble des médecins généralistes interrogés énonçaient comme premier obstacle le temps. En effet, comme le rappel M11 « *la consultation pédiatrique est une consultation qui demande du temps* ». Il était donc difficile pour eux de gérer l'examen du nourrisson ainsi que toutes les questions de prévention en une seule consultation. « *C'est très long la consultation du premier mois, il y a tellement de chose à aborder dans la prévention : les pleurs, les coliques, le couchage, l'alimentation...* » (M12). Certains médecins prenaient donc le parti de ne pas toujours réaliser cette prévention, « *je t'avoue que je ne vais pas en parler de façon systématique, clairement pas manque de temps* » (M1) d'autre n'avaient simplement pas les automatismes « *c'est aussi de ne pas y penser parce que honnêtement on pense pas à parler de tout* » (M4).

Quelques médecins énonçaient également une difficulté pour les parents d'appréhender les nombreuses informations qui leur sont délivrés lors des consultations des premiers mois, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Il en résultait un choix de ne pas aborder ce sujet. « *Parfois de donner beaucoup d'information d'un coup ça perd de sa valeur* » (M13).

Un sujet tabou

Le deuxième frein souvent souligné par les praticiens était la complexité de ce sujet et des tabous qui l'entouraient.

Comme le reste de la maltraitance, c'est un sujet qui était souvent jugé délicat à aborder en consultation, avec lequel les généralistes exprimaient ne pas toujours se sentir à l'aise. D'une part, parce qu'il existait une réticence à penser que le parent présent puisse être maltraitant « *ce qui est compliqué en consultation, c'est que parfois on connaît les gens, du coup c'est quelque chose qu'on a pas envie de voir... et quand on a pas envie de voir, on ne voit pas* » (M4), « *c'est tellement inimaginable pour moi, c'est comme l'inceste on y pense mais en fait au quotidien on imagine pas que ça puisse être possible dans notre patientèle* » (M7). D'autre part, parce qu'ils avaient peur de vexer ou heurter les familles en évoquant ce sujet : « *la difficulté c'est de ne pas culpabiliser les parents* » (M14), « *les parents peuvent être choqués, je ne suis pas sûre que ça fasse avancer les choses* » (M13).

Un manque de connaissance et de formation

Les médecins ont également déploré une insuffisance de formation.

Ils se disaient très peu informés sur le SBS en général « *après l'un des freins pour moi c'est aussi que je ne connais pas toutes les situations à risque... et si on connaît pas et bien on ne peut pas bien faire les choses* » (M3), « *beaucoup de médecins pensent que c'est rarissime les bébés*

secoués, alors que pas tant que ça » (M1). Certains d'entre eux formulaient l'hypothèse que cette méconnaissance résultait parfois d'un manque d'intérêt pour le sujet. « Il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas à l'aise avec la pédiatrie, ça ne les intéresse pas (...) et donc quand ils voient un bébé qui pleurent ils ne vont pas aller s'intéresser à la prévention et tout ça » (M1), « on a beau proposer des milliers de formations si le médecin n'a pas envie de se former, de toute façon il ne se formera pas » (M2).

Ils soulignaient leurs lacunes de formation sur la communication avec les parents *« je pense qu'il y a un vrai problème de formation de base, je pense qu'on ne nous forme pas assez à toutes ces problématiques psychologiques » (M7), « on devrait un peu plus être formés là-dessus parce que c'est compliqué à gérer comme situation » (M1).*

Enfin ils évoquaient également ne pas savoir à qui s'adresser s'ils ne savaient pas gérer la situation eux-mêmes, avec un désir ne pas rester seul dans la prise en charge *« pour en avoir discuter avec certains de mes associés qui étaient plus en difficultés que moi par rapport à ces situations, c'est aussi de savoir qui est le bon interlocuteur » (M6), « quand on arrive pas à résoudre le problème il faut savoir à qui faire appel, à qui passer le relais » (M2).*

2.4. Les suggestions apportées pour améliorer cette prévention

Un questionnement systématique

« Si on ne pose pas la question, on ne peut pas les dépister » (M7). Les médecins interrogés ont été clairs à ce sujet, si on voulait trouver les parents qui ont besoin d'aide, il fallait commencer par leur demander comment ils allaient. Il faudrait donc que cela devienne systématique.

Pour cela certains médecins ont émis l'idée que ce soit intégré dans le carnet de santé, dans l'interrogatoire des examens obligatoires des premiers mois.

« Je pense que si c'était dans le carnet de santé, dans l'examen des quinze jours ou des deux mois : Pleure-t-il beaucoup ? Fatigue parentale ? Les gens penseraient à en parler » (M3), « L'idée c'est que ça devienne plus systématique, il faudrait l'intégrer dans le questionnaire des un mois, que ça devienne juste une question pour au moins soulever le problème. Si on en parle ils se diront qu'ils ne sont pas les seuls à avoir à un moment été excédés parce que leur bébé pleure, ça permet de désamorcer la situation » (M4) « et puis ça nous permet de l'aborder en étant moins stigmatisant, sans vexer les parents » (M11).

Ce systématisme de questionnement était sous-tendu par l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins. *« Je pense que la formation initiale est très importante, je ne me souviens pas avoir eu des cours sur ça, ni même en formation continue d'ailleurs » (M17), « Pour améliorer les choses il faudrait proposer aux gens qu'ils se documentent et qu'ils se forment là-dessus » (M2).*

Des consultations adaptées

La mise en place d'une consultation dédiée permettrait de solutionner la contrainte du temps afin d'aborder dans la période post natale de façon générale les questionnements soulevés par la parentalité, a fortiori nouvelle lors de la naissance d'un premier enfant, et plus particulièrement la

gestion des pleurs et la prévention du syndrome du bébé secoué. *« il faudrait instaurer une consultation longue ou une revalorisation pour celle du premier mois par exemple, pour qu'elle dure 45 minutes pour reprendre tous les conseils avec les parents »* (M12).

La nécessité d'un travail interdisciplinaire à l'œuvre dès la grossesse

Le message était clairement passé pendant les entretiens, si l'on voulait améliorer la prévention, il fallait qu'elle procède d'un travail d'équipe.

Les praticiens suggéraient que la prévention du SBS s'opère dès le désir de grossesse et par tous les intervenants qui l'entourent. L'implication des sages-femmes serait nécessaire lors du suivi ou à la maternité. *« Pour améliorer la prévention il faut déjà l'anticiper, je crois vraiment que sur le suivi de grossesse et de préparation à l'accouchement on a beaucoup d'intervenant, et que c'est dès ces moments là que l'on peut discuter de ce qui va se passer après »* (M13), *« on prépare à l'accouchement mais on ne prépare pas à la parentalité (...) ça pourrait être intéressant d'envisager des cours de préparation à la parentalité surtout pour les jeunes parents qui n'ont pas d'enfant »* (M1). Le séjour à la maternité permettrait de renforcer le travail de prévention amorcé : *« Je ne sais pas s'ils en parlent à la maternité mais ce serait une bonne chose, même si souvent les parents sont fatigués et qu'il y a beaucoup d'information »* (M12).

La période post-natale nécessiterait également une coordination entre les différents acteurs : médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI, puéricultrice, sage-femme. : *« je pense que lors des visites de la sage femme ou de la puéricultrice à domicile il faudrait qu'elles abordent ce sujet également »* (M7), *« moi je pense qu'on pourrait envisager une consultation un petit peu systématique avec la PMI qui pourraient être obligatoires pour tous les nourrissons en bas âge, si on y abordait ces sujets de préventions ça pourrait être pas mal pour compléter un petit peu notre pratique de médecin généraliste »* (M1).

Cette prévention par les professionnels de terrain pourrait être soutenue par des actions de santé publiques afin de toucher le plus de monde possible et d'améliorer la connaissance des parents vis à vis du SBS tel que le propose M8 : *« il faudrait donner des informations dans les médias comme il y en a eu avec la mort subite du nourrisson, ou bien une journée du syndrome du bébé secoué pour interpeller les gens »* ou encore M1 : *« il faut qu'on ait des supports, des feuilles à donner aux parents, des affiches à mettre dans nos salles d'attente, c'est aussi ce genre de chose qui pourrait nous aider »*.

IV. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Cette étude peut être considérée comme novatrice car elle s'est intéressée à la perception des médecins généralistes sur leurs difficultés à aborder le syndrome du bébé secoué en consultation et non pas l'évaluation de leurs connaissances sur le sujet via des méthodes quantitatives comme la plupart des travaux déjà menés sur le syndrome du bébé secoué (11,18).

L'utilisation d'une méthode qualitative s'est ainsi avérée appropriée puisque les facteurs étudiés étaient subjectifs. Les médecins généralistes ont pu évoquer librement leurs opinions, leurs envies et leurs réticences (22) permettant l'obtention d'entretiens riches d'informations et de suggestions. Une saturation des données a pu avoir lieu avec deux derniers entretiens qui n'ont apporté aucune nouvelle thématique.

1.2 Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection. Malgré un grand nombre de courriers électroniques envoyés, seule une minorité de médecins ont répondu ce qui laisse supposer un intérêt plus important pour le sujet. On peut également évoquer un biais méthodologique, cette étude était basée sur un guide d'entretien réalisé en amont, sur appui de la littérature et des hypothèses de l'investigatrice. Celui-ci était composé de questions ouvertes mais quelques questions de relances fermées ont parfois été nécessaires dans le but d'obtenir des précisions sur des détails jugés intéressants pour cette étude. On se doit d'évoquer l'âge de l'interviewer qui a pu jouer un rôle variable en favorisant la parole ou l'inhibant.

Enfin, la période de réalisation de l'étude en lien avec la pandémie de la COVID 19 a contraint à réaliser certains entretiens par visioconférence ce qui a pu également inhiber la parole des médecins interrogés.

2. Les résultats

2.1 Améliorer les connaissances et les outils du médecin généraliste

L'étude montre que même si les médecins généralistes ont de nombreuses connaissances sur le SBS, il persiste tout de même des lacunes qui peuvent entraver leur pratique et entraîner une moins bonne réalisation de la prévention du SBS au cabinet. Ces données sont en accord avec la littérature. L'étude de 2019 de P. Patard, montre que les médecins généralistes de Maine et Loire ont des connaissances générales incomplètes sur le SBS notamment sur des points sensibles et importants tels que le dépistage des situations à risque de SBS et que ces derniers pratiquent peu son dépistage et sa prévention (18).

Si l'on veut améliorer la prévention en médecine générale, la formation initiale et continue est un point essentiel. Les internes en médecine générale ne bénéficient, pour la plupart, d'aucune heure sur cette thématique. Et, en ce qui concerne la formation continue, ce thème est trop rarement proposé. Augmenter le nombre d'heures dispensées sur la thématique de la maltraitance de façon générale, la protection de l'enfance et les interlocuteurs à solliciter est une piste d'amélioration certaine. Mieux formé et informé, le praticien se sent plus compétent pour communiquer sur le sujet avec les familles.

C'est dans cette optique que les médecins suggèrent d'ajouter un, voire des items dans le carnet de santé, concernant les pleurs du bébé et la fatigue parentale. Certes, il existe déjà dans le carnet deux messages de prévention qui concernent ces sujets (23) mais ils sont plutôt à l'attention des parents. L'un directement porté sur les pleurs du nourrisson et le syndrome du bébé secoué page 15, et l'autre plutôt axé sur le bien-être des parents page 22 (annexe 3).

L'idée serait d'ajouter des items sur les pleurs du bébé, la fatigue parentale et la prévention même

du syndrome par la délivrance d'informations dans les questionnaires des examens médicaux des premiers mois, afin d'aborder systématiquement et sans stigmatisation le sujet avec toutes les familles. Cela permettrait également de s'assurer que cet item a été abordé lorsque les enfants sont également suivis par un pédiatre ou la Protection maternelle infantile (PMI).

Un autre frein vient ainsi s'ajouter qui est le manque de temps dédié à ces consultations. Repérer, examiner et prévenir nécessite d'avoir une plage horaire conséquente, les 18 minutes de durée moyenne sont donc loin d'être suffisantes (24).

Si trop d'information sont délivrées rapidement aux parents dans un délai trop court, cela risque par ailleurs d'être confusogène et de ne pas atteindre l'objectif espéré. La création d'une consultation de 45 minutes à une heure, valorisée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), dédiée exclusivement aux conseils et à la prévention des pathologies du nouveau-né et donc du syndrome du bébé secoué pourrait être une piste d'amélioration.

2.2 Améliorer la coopération entre soignants

Lors des entretiens, les praticiens ont souvent évoqué la nécessité d'un travail pluridisciplinaire coordonné afin d'obtenir de meilleurs résultats de prévention. Les médecins interrogés semblaient ignorer si les sages-femmes et puéricultrices abordaient ou non ce sujet à la maternité et lors du suivi post natale.

Pourtant, c'est dans cette optique que le Plan Périnatalité a été créé par le gouvernement de 2005 à 2007 (25), pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge des parents et de leur futur enfant, par tous les professionnels de santé, dans cette période difficile. C'est d'ailleurs dans ce cadre que l'HAS a mis en place des recommandations de bonnes pratiques concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (26), afin de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé. Ces recommandations concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués en périnatalité. On y trouve notamment l'instauration d'un entretien individuel ou en couple lors du premier trimestre de la grossesse réalisé par les sages-femmes ou les médecins puis des séances de suivi de la prénatalité à la post natalité. C'est à la suite de ces recommandations, que récemment a été créée le « parcours 1000 premiers jours », période déterminante du développement d'un enfant, qui se veut être une politique de santé publique basée sur l'accompagnement des familles pendant la périnatalité (27). L'objectif principal étant une coordination des soins dédiés aux parents et aux nourrissons avec un suivi adapté à leurs besoins respectifs.

Tous les médecins interrogés appuient sur la nécessité d'une coordination entre les différents intervenants avec un travail en réseau afin d'assurer la continuité et la cohérence du suivi autour de la famille. Pourtant comme ils l'ont évoqué, il existe un manque de communication entre les différents soignants qui ne permet pas un fonctionnement optimal de ce plan de périnatalité, et de la prise en charge du nouveau né et de sa famille en générale.

Pour que cette coopération entre soignants puisse avoir lieu, il faudrait qu'elle soit gérée par une entité unique. C'est l'un des objectifs de la politique des « 1000 premiers jours » mais il ne figure pas de coordinateur à ce parcours. Se pose donc la question d'une gouvernance locale pour assurer la

mise en place et la coordination. On pourrait suggérer que cela puisse être le département, chef de file de la protection de l'enfance. On pourrait imaginer que soit envoyé à toutes les familles après la réception de la déclaration de grossesse soit des plaquettes informatives sur ce sujet soit une proposition de consultation à l'instar de l'entretien prénatal précoce. On pourrait également proposer la systématisation de fiche navette entre le médecin généraliste et la PMI sur les difficultés repérées chez les familles, les informations délivrées aux parents avec l'importance que l'information circule entre les différentes parties.

2.3 Améliorer la communication à l'échelle nationale

En France, il n'existe pas à proprement parler de programme de prévention dédié au SBS, mais on retrouve le programme de périnatalité ainsi que le nouveau parcours « les 1000 premiers jours » qui, par l'accompagnement des familles, contribuent tout de même à sa prévention.

Il existe également quelques supports qui ont été mis à la disposition des professionnels de santé et du grand public :

Dans le cadre de du programme des « 1000 premiers jours », a été créé un site « 1000-premiers-jours » par Santé publique France, dédié aux parents, proposant des conseils pratiques et des informations sur la santé des nourrissons (28). On y retrouve une page centrée sur la prise en charge des pleurs des nourrissons, avec un rappel sur les risques de secouements de l'enfant.

Une campagne d'information et de prévention avait également été lancée en octobre 2005 pour une durée de 1 an, en Île-de France, par le Centre de Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) en collaboration avec D. Renier et A. Laurent-Vannier (annexe 4). Les outils diffusés étaient un CD-ROM en tant que support de formation des personnels médicaux et paramédicaux, une plaquette distribuée aux parents avec le carnet de santé et un poster affiché dans les crèches, les PMI, les caisses d'allocations familiales, les pharmacies et les lieux de consultation des nouveaux parents. Cette campagne a permis de constater une diminution du nombre d'hospitalisations pour syndrome du bébé secoué dans le service d'urgence de l'hôpital Necker-Enfants Malades de 50% en 2006. Aujourd'hui le CRFTC continue de proposer une campagne de prévention primaire grand public « Il ne faut jamais secouer un bébé, secouer peut tuer ou handicaper à vie » illustrée par Philippe Geluck. Elle a été relayée sur le site officiel de la périnatalité (29).

Plusieurs équipes de professionnels de santé ont également créé des plaquettes d'information à destination des parents à l'échelle régionale, avec notamment le CHU de Bordeaux et le Conseil Départemental de Gironde « Votre bébé est fragile bercez-le... ne le secouez pas » (30).

Le travail de C. Simon en 2018 a également permis la création d'un outil d'information sur le SBS distribué aux médecins généralistes à Lille (17).

On retrouve aussi quelques affiches de prévention créées par des associations dédiées au SBS.

Enfin, le carnet de santé peut être cité comme support avec dans la mise à jour de 2018 la présence des deux messages de prévention à l'intention des parents, déjà évoqué ci-dessus (23).

Il existe donc des outils mis à disposition des professionnels de santé et du grand public qui semblent malheureusement trop peu connus et utilisés.

La France pourrait s'inspirer des programmes existants sur la scène internationale. On peut citer en exemple les Etats-Unis, avec le programme PURPLE et The period of PURPLE crying®, (Annexe 5) élaboré en 2009 par le National Center on Shaken Baby Syndrome en collaboration avec RG. Barr qui est encore largement utilisé de nos jours. Cette campagne d'information et de prévention du SBS est destinée aux parents et à toute personne étant en contact avec des nourrissons. Elle utilise l'acronyme PURPLE pour définir les pleurs du nourrisson et rappeler qu'ils font partie du développement normal de ce dernier (31). Les fondateurs de ce programme recommandent une « triple dose » avec un message de prévention apporté par une infirmière à la maternité, puis un renforcement par une infirmière lors des visites à domicile après l'accouchement ainsi qu'une information visant un public plus large via une campagne médiatique.

Une étude menée par TC Steward and al en 2010 sur cette campagne triple dose a montré que la majorité des parents ont qualifié le programme d'utile, citant « ce qu'il faut faire quand les pleurs deviennent frustrants » comme étant le message le plus important (32).

Au Canada, on retrouve également le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPBSBS®), créé par Dr Fortin au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé et de prévention primaire qui a pour but de prévenir la violence physique envers les bébés, particulièrement les secousses violentes. Le PPPBSBS permet aux familles de prendre conscience de la réalité des secousses violentes faites au bébé afin d'identifier et de prévenir des situations de perte de contrôle et de mieux utiliser les ressources à leur disposition. Cette campagne est également composée de plusieurs phases. La première est basée sur les explications portées par les infirmières en maternité qui s'appuie sur 3 fiches d'informations qu'elles remettent aux parents par la suite (33). La deuxième est basée sur l'apprentissage des mécanismes de gestion de la colère que les infirmières abordent à domicile à l'aide de l'outil « le thermomètre de la colère » (annexe 6). Une étude a été menée en septembre 2008 par C. Goulet *et al.* et a démontré la pertinence de ce programme avec la majorité des parents (92%) qui soulignent avoir reçu une information facile à comprendre et avoir appris des informations à propos des pleurs, de la colère et du syndrome du bébé secoué. Cette campagne de prévention a donc montré son efficacité et continue d'être utilisée quotidiennement à ce jour (34).

Notre étude montre le besoin des médecins généralistes de supports et de message à l'échelle du grand public afin de sensibiliser le public le plus large possible.

La campagne réalisée en octobre 2005 (35) a prouvé son efficacité et le site « 1000-premiers-jours » sera, on peut l'espérer, relayer de nouveau des messages clés dédiés aux parents. La création d'un programme de prévention similaire à celui des Etats-Unis ou du Canada, basée sur ces outils déjà créés et dédiés à la prise en charge des pleurs du nourrisson et la prévention du SBS serait ainsi une piste d'amélioration à privilégier.

Ce type de programme a été suggéré par la politique de santé publique des « 1000 premiers jours » mais n'est pas suffisamment développé à ce jour.

La mise en place d'un programme de prévention à l'échelle nationale, permettrait ainsi d'élargir le public visé à toute la population et pas seulement aux parents de jeunes enfants. En effet, les parents ne sont pas toujours les auteurs du secouement. Une étude basée sur les aveux d'auteurs (36), a montré que l'agresseur le plus courant était le père, suivi du compagnon de la mère, puis de la mère et enfin des assistantes maternelles et baby-sitters. Toute la population doit donc être sensibilisée au sujet du SBS et notamment les assistantes maternelles qui sont quotidiennement au contact de nourrissons. Pourtant il semble que ce sujet soit peu abordé lors de leur formation. Il s'agit d'un message primordial à transmettre à ces professionnels de la petite enfance. Le médecin généraliste ne devrait pas faire l'économie d'aborder ce sujet avec eux.

V. Conclusion

Le syndrome du bébé secoué est un problème de santé publique majeur, trop souvent sous estimé, avec de nombreuses conséquences à court, moyen et long terme qui pourraient pourtant être évitées par une prévention adaptée.

Les médecins généralistes de notre étude ont conscience de la gravité de ce syndrome et de la nécessité d'une prise en charge adaptée dans laquelle ils doivent s'impliquer. Pourtant, la prévention du SBS est trop souvent peu, voire non réalisée au cabinet médical. Cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés soulevées qui sont notamment l'organisation de leur consultation, le manque de temps et de connaissances ainsi que la complexité d'aborder ce sujet tabou.

En réponse, il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur ce thème. Il conviendrait de rendre ce temps de prévention systématique, encouragé par une consultation dédiée et valorisée par la CPAM, ce qui permettrait de s'affranchir d'une vision réductrice des familles à risque, ce syndrome touchant toutes les classes sociales.

Cette prévention doit procéder d'un travail interdisciplinaire nécessaire pendant toute la période périnatale afin de gommer l'isolement ressenti par les médecins généralistes dans cette prise en charge. La question d'une gouvernance locale par le Département, chef de file de la protection de l'enfance, est soulevée.

La création d'un programme national spécifique de prévention du syndrome du bébé secoué par l'apport de supports imagés au travers de campagnes télévisuelles par exemple, devrait s'imposer afin de marquer plus facilement les esprits et de simplifier la communication avec les parents.

VI. Bibliographie

1. Caffey J. The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *Pediatrics*. 1 oct 1974;54(4):396-403.
2. HAS. Recommandation de bonne pratique- syndrome du bébé secoué [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf
3. Hobbs C et al. Subdural haematoma and effusion in infancy: An epidemiological study. *Archives of disease in childhood* 90 (1 octobre 2005): 952-55. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.037739>. ncy: An epidemiological study. *Arch Dis Child*. 1 oct 2005;90:952-5.
4. Keenan HT et al. A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young Children. *JAMA*. 6 août 2003;290(5):621-6.
5. MIREAU E. Syndrome du bébé secoué - Hémotome sous-dural du nourrisson et maltraitance [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2012/04/these-SBS-Mireau-2005.pdf>
6. égalité-femmes-hommes.gouv. plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants [Internet]. 2017 2019. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf
7. Anne TURSZ. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires [Internet]. 2011 févr. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/synthese_tursz_ao2007.pdf
8. Caffey J. On the Theory and Practice of Shaking Infants: Its Potential Residual Effects of Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *Am J Dis Child*. 1 août 1972;124(2):161-9.
9. Sainte-Justine C. Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile. 2011;10.
10. Frasier LD. Abusive Head Trauma in Infants and Young Children: A Unique Contributor to Developmental Disabilities. *Pediatr Clin North Am*. 1 déc 2008;55(6):1269-85.
11. LESTRADE P. Le syndrome du bébé secoué : étude descriptive des connaissances des médecins généralistes de Haute Garonne et d'Aveyron [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://thesante.ups-tlse.fr/821/1/2015TOU31015.pdf>
12. Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier A. Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. *Ann Phys Rehabil Med*. 1 oct 2011;54:e293.
13. Dias MS, et al. Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program. *PEDIATRICS*. 1 avr 2005;115(4):e470-7.
14. REY-SALMON C, ADAMSBAUM C. Maltraitance chez l'enfant. Médecine Sciences Publications. 2013.
15. GREMMO-FEGER G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson [Internet]. 2017 juin. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/pleursautre REGARDGGF09.pdf>
16. Les pleurs du nourrisson de 0 à 3 mois : Effet du mode d'alimentation et prise en charge du médecin généraliste [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b4b69cc3-2b9e-4696-b0c6-2ef096f1bebb>
17. SIMON C. Prévention du syndrome du bébé secoué : Evaluation d'un outil d'information destiné aux médecins généralistes [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/61ad65f1-2c66-4c44-b883-0806963c71f0>
18. PATARD P. Etat des lieux des connaissances des Médecins Généralistes de Maine et Loire sur le syndrome du bébé secoué [Internet]. 2018 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20091431/2020MDUME11369/fichier/11369F.pdf>
19. Serreau M, Coquoz E. Les enjeux de la prévention du syndrome du bébé secoué auprès des parents et ses facteurs de risque: revue de la littérature [Internet]. 2019 juill. Disponible sur: http://doc.rero.ch/record/327275/files/TB_2019_Serreau.Morgane_Bach16.pdf
20. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète Perspect Vie Econ*. 2014;(4):67-82.
21. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
22. Aubin-Auger et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 1 janv 2008;84:142-5.
23. carnet_de_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

24. Etudes et Résultats [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
25. PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. :44.
26. preparation_naissance_recos.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
27. rapport-1000-premiers-jours.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
28. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. 1000 premiers jours - Là où tout commence. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/node>
29. Syndrome du bébé secoué | Périnatalité en France : Grossesse, Bébé, Naissance [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.perinat-france.org/article/syndrome-du-bebe-secoue>
30. Votre enfant est fragile, bercez le...ne le secouez pas ! [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/votre-enfant-est-fragile-bercez-lene-le-secouez-pas/>
31. The Period of PURPLE Crying | PURPLECrying.info [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.purplecrying.info/>
32. Stewart TC et al. Shaken Baby Syndrome and a Triple-Dose Strategy for Its Prevention. J Trauma Inj Infect Crit Care. déc 2011;71(6):1801-7.
33. Prévention du SBS : l'exemple québécois [Internet]. Association Stop Bébé Secoué. 2021 [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://stopbebesecoue.fr/pppsbs/>
34. Goulet C, et al. Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. janv 2009;38(1):7-21.
35. CRFTC [Internet]. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.crftc.org>
36. Starling SP et al. Analysis of Perpetrator Admissions to Inflicted Traumatic Brain Injury in Children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 mai 2004;158(5):454-8.

VII. Glossaire

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

HAS : Haute Autorité de Santé

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CRFTC : Centre de Ressources Francilien du Traumatisme Crânien

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PPPBSBS© : Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué

VIII. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale et je m'intéresse au syndrome du bébé secoué dans son aspect de prévention. A l'occasion de ma thèse, je m'interroge sur les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans ce cadre.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et vous êtes libre à tout moment de ne pas répondre ou d'interrompre l'entretien.

Je vous rappelle que la retranscription de l'entretien est anonyme et que seules les informations telles que votre âge, votre durée d'installation, votre sexe, votre lieu d'exercice, votre type de patientèle et vos différentes formations (DU, DESC, autre) apparaîtront dans mon travail de thèse.

Questions relatives aux médecins généralistes interrogés :

- Age
- Sexe
- Quel est votre parcours professionnel ?
 - o Années d'installations / pratique
 - o Lieu d'exercice antérieur (rural, semi rural ou urbain)
 - o Formation en pédiatrie
 - o Formation sur la maltraitance
- Quelle est votre situation actuelle ?
 - o Lieu d'exercice actuel
 - o Proportion de pédiatrie dans votre patientèle

Questions relatives à l'état des connaissances sur le sujet de la maltraitance et du bébé secoué :

1. Qu'évoque pour vous le syndrome du bébé secoué ?
Pourriez vous me donner selon vous une définition de ce syndrome ?
Dans quelles circonstances survient le SBS ?
Quelles sont les principales conséquences d'après vous du secouement pour l'enfant ?
2. Quels sont pour vous les facteurs de risques à dépister chez les parents ?
3. A combien estimez vous l'incidence du syndrome du bébé secoué en France par an ?

Questions relatives à la pratique personnelle du médecin interrogé :

4. De façon générale, comment percevez vous votre rôle de médecin généraliste vis à vis du syndrome du bébé secoué ?
5. De quelle façon exercer vous la prévention du bébé secoué si vous le faite ?
Points à développer si non abordé spontanément :
 Evoquez-vous la gestion des pleurs?
 Ciblez vous une population à risque ?
 Support ?
6. Avez-vous déjà suspecté et géré une situation à risque ? pouvez-vous développer cette expérience ?
7. Pour vous quels sont les freins à réaliser la prévention du syndrome du bébé secoué en consultation ?
8. D'après vous comment pourrions-nous y remédier ?
9. Avez vous un dernier commentaire à faire sur le sujet ?

Annexe 2 : Caractéristiques des médecins

Entretien	Age	Genre	Installation	Milieu d'exercice	Pourcentage patiente pédiatrie (< 15ans)	Formation pédiatrie	Formation maltraitance infantile	expérience personnelle de syndrome du bébé secoué dans sa pratique
M1	35 ans	F	Remplacement depuis 2014	semi rural		oui (FMC)	oui (colloque bébé secoué)	non
M2	58 ans	H	Installé depuis 2008	rural	20%	oui (FMC)	non	non
M3	38 ans	F	Installée depuis 2015	urbain	30%	oui (FMC + DIU pédiatrie)	via DIU	non
M4	33 ans	F	Installée depuis 2019	semi rural	40%	non	non	non
M5	47 ans	F	Installée depuis 2006	semi rural	30%	oui (FMC)	oui (FMC)	oui (2 cas)
M6	40 ans	F	Installée depuis 2010	rural	40%	oui (FMC)	oui (hypnose)	non
M7	55 ans	H	Installé depuis 1996	rural	20%	non	oui (hypnose)	non
M8	59 ans	H	Installé depuis 1993	rural	10%	non	non	oui (1 cas)
M9	29 ans	H	Remplacement depuis 2019	rural		non	non	non
M10	42 ans	H	Installé depuis 2019	semi rural	10%	oui (FMC)	non	non
M11	52 ans	H	Installé depuis 1996	semi rural	20%	oui (FMC + DIU psychiatrie et pédopsychiatrie)	non	oui (1 cas)
M12	41 ans	F	Installée depuis 2011	urbain	25%	oui (FMC)	non	non
M13	44 ans	F	Installée depuis 2006	urbain	20%	oui (FMC + DIU urgences pédiatriques)	non	non
M14	41 ans	F	Installée depuis 2018	urbain	25%	non	non	non
M15	42 ans	F	Installée depuis 2014	semi rural	30%	oui (FMC)	oui (FMC)	non
M16	44 ans	H	Installé depuis 2011	semi rural	10%	oui (FMC)	non	non
M17	39 ans	H	installé depuis 2015	semi rural	20%	oui (FMC)	non	non

Annexe 3 : Extrait du carnet de santé p15 et p23

Ses pleurs



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

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

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.

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



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

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Si vous êtes fatigué(e), épuisé(e), si vous vous sentez triste, anxieux ou anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé(e), de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, un psychologue ou un spécialiste de la petite enfance.

Annexe 5 : le programme PURPLE et The period of PURPLE crying®, élaboré en 2009 par le National Center of Shaken Baby Syndrome en collaboration avec RG. Barr

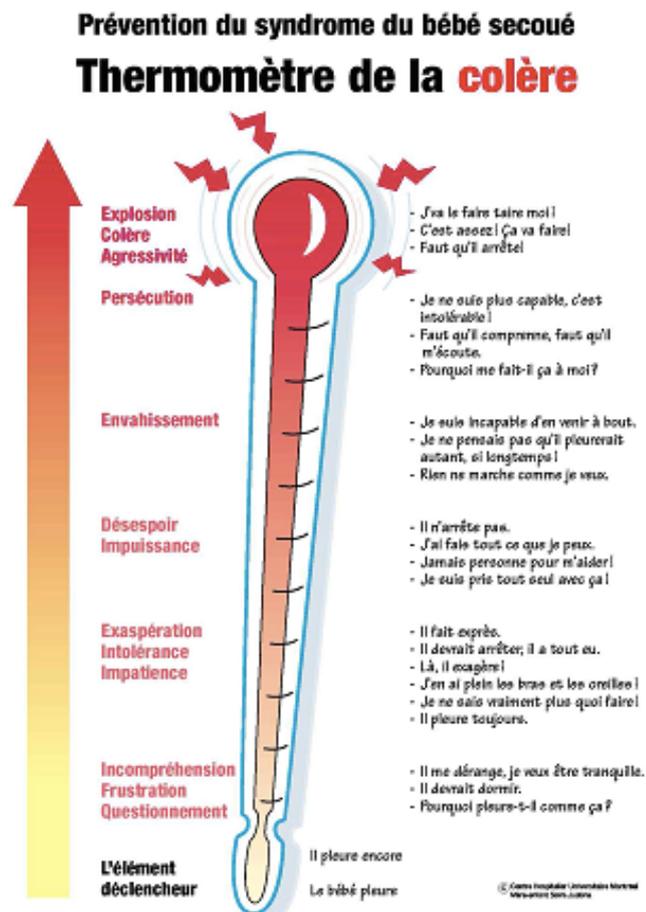
The Letters in **PURPLE** Stand for

PURPLE

PEAK OF CRYING	UNEXPECTED	RESISTS SOOTHING	PAIN-LIKE FACE	LONG LASTING	EVENING
Your baby may cry more each week, the most in month 2, then less in months 3-5	Crying can come and go and you don't know why	Your baby may not stop crying no matter what you try	A crying baby may look like they are in pain, even when they are not	Crying can last as much as 5 hours a day, or more	Your baby may cry more in the late afternoon and evening

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

Annexe 6 : Le « thermomètre de la colère » créé par le CHU Sainte-Justine



SIEST, Tania.- Prévention du syndrome du bébé secoué : quelles difficultés pour les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ?

37 feuilles, 7 annexes

Thèse : (Médecine) ; Université de Rennes 1; (2022)

Résumé :

Introduction : Le syndrome du bébé secoué est un enjeu majeur de santé publique avec des conséquences à court, moyen et long terme. C'est une pathologie évitable par une prévention bien menée. Pourtant cette prévention est souvent trop peu réalisée en consultation de médecine générale.

Objectif : Connaître les difficultés éventuelles des médecins généralistes à effectuer la prévention du SBS en consultation et envisager des solutions pour l'améliorer.

Méthode : Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine au moyen d'entretiens individuels semi dirigés.

Résultats : Cette étude a montré que les médecins généralistes connaissent l'importance de la prévention du syndrome du bébé secoué qui est pourtant rarement effectuée de façon systématique. Les praticiens ont rapporté des freins qui concernent l'organisation des consultations, leurs connaissances du syndrome et la difficulté d'aborder ce sujet tabou. Plusieurs solutions peuvent être suggérées telles que l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes, l'ajout d'un item dans les premiers questionnaires médicaux du carnet de santé concernant les pleurs de l'enfant et la fatigue des parents, une coopération interdisciplinaire plus efficiente et enfin une campagne de prévention publique visible.

Conclusion : Le syndrome du bébé secoué est une pathologie grave et évitable, il est donc primordial qu'elle soit prévenue par les professionnels de santé de façon systématique. La coopération interdisciplinaire et la mise en place d'un programme de prévention centrée sur le SBS apparaissent donc comme des points clés pour améliorer cette prévention au quotidien.

Rubrique de classement : Médecine générale - Santé publique

Mots-clés français :

syndrome du bébé secoué,

prévention, maltraitance infantile,
médecine générale

Mots-clés anglais :

shaken baby syndrome

prevention
child abuse

Président : Pr PLADYS, PU-PH pédiatrie – CHU Rennes

JURY :
Assesseurs : Dr PIERRE Marion, pédiatre, directeur de thèse – CHU Rennes
Pr GANDEMER Virginie, pédiatre – CHU Rennes
Dr BANATRE Agnes, MCU associée - DMG Rennes
et médecin généraliste – Plélan-le-Grand