



HAL
open science

Pleurs du nouveau-né et syndrome du bébé secoué : connaissances et attitudes des parents

Lina Baili

► **To cite this version:**

Lina Baili. Pleurs du nouveau-né et syndrome du bébé secoué : connaissances et attitudes des parents. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04532513

HAL Id: dumas-04532513

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04532513v1>

Submitted on 4 Apr 2024

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.



École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Pleurs du nouveau-né et syndrome du bébé secoué : connaissances et attitudes des parents

Lina BAILI
Née le 12 octobre 1999
A Antibes, Alpes Maritime (06)

Mémoire présenté et soutenu le 20 mars 2023
Directeur de mémoire : Docteur Sandrine MARIOLI
Co directrice : Alexandra MUSSO

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME
2023



École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Pleurs du nouveau-né et syndrome du bébé secoué : connaissances et attitudes des parents

Lina BAILI
Née le 12 octobre 1999
A Antibes, Alpes Maritime (06)

Mémoire présenté et soutenu le 20 mars 2023
Directeur de mémoire : Docteur Sandrine MARIOLI
Co directrice : Alexandra MUSSO

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2023

Remerciement

Je remercie ma directrice de mémoire, le Docteur Sandrine Marioli pour tous les précieux conseils, ses relectures attentives et son aide dans la fabrication de ce travail.

Mes remerciements vont également à Madame Alexandra Musso, ma co-directrice, pour sa disponibilité et son grand soutien tout au long de ce mémoire ainsi que sa bienveillance toutes ces années.

Au Professeur Jérôme Delotte, et toute l'équipe du pôle femme-mère-enfant du CHU de Nice, d'avoir accepté et faciliter cette étude au sein de leur établissement.

À Monsieur Jean-Denis Ournac, cadre coordinateur au sein du CH de Grasse et son équipe, pour avoir également autorisé la réalisation de mon étude au sein de son service.

À l'ensemble de l'équipe pédagogique et sa direction ; notamment à Madame Valérie Giglio pour sa bienveillance à l'entrée dans le cursus, à Madame Anne Blayac pour son aide et sa disponibilité en quatrième année et à Madame Marielle Bourgeois pour ses conseils et son aide tout au long de cette année.

À toute notre promotion pour toutes ces belles rencontres et en particulier à mes amies sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes, merci d'avoir été là dans les moments importants de ce chemin semé d'embuche.

Je tiens d'une façon générale à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire de près comme de loin et un immense merci à celle qui m'aura aidé dans l'utilisation si complexe d'Excel.

Table des matières

| | |
|---|------------|
| REMERCIEMENT | 2 |
| TABLE DES MATIERES | 3 |
| LISTE DES TABLEAUX | 4 |
| LISTES DE FIGURES | 4 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 5 |
| 1. INTRODUCTION | 6 |
| 2. MATERIEL ET METHODE | 9 |
| 2.1 TYPE D'ETUDE | 9 |
| 2.2 POPULATION | 9 |
| 2.3 RECUEIL DES DONNEES | 9 |
| 2.4 CRITERE DE JUGEMENT | 10 |
| 2.5 ANALYSES STATISTIQUES | 12 |
| 3. RESULTATS | 13 |
| 3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION | 13 |
| 3.1.1 <i>Caractéristiques de la population générale</i> | 13 |
| 3.1.2 <i>Caractéristiques de l'accouchement</i> | 16 |
| 3.1.3 <i>Caractéristiques fœtales</i> | 17 |
| 3.2 CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES PARENTS SUR LES PLEURS DES NOUVEAU-NES | 18 |
| 3.2.1 <i>Connaissances des pleurs</i> | 18 |
| 3.2.2 <i>Ressentis des mères et coparents face aux pleurs</i> | 19 |
| 3.2.3 <i>Attitudes des parents face aux pleurs</i> | 20 |
| 3.3 CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LE SYNDROME DU BEBE SECOUE | 20 |
| 3.3.1 <i>Source d'information</i> | 20 |
| 3.3.2 <i>Connaissances des mères et coparents sur le SBS</i> | 22 |
| 3.3.3 <i>À propos des conséquences sur le SBS</i> | 23 |
| 3.3.4 <i>Prévention du SBS</i> | 23 |
| 3.4 SCORE DES CONNAISSANCES SUR LES PLEURS ET LE SBS | 25 |
| 3.5 QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT (QEVA) | 25 |
| 3.5.1 <i>Vécu de l'accouchement</i> | 25 |
| 3.5.2 <i>Premiers instant avec le nouveau-né</i> | 26 |
| 3.5.3 <i>Évaluation de la douleur chez les mères</i> | 27 |
| 4. DISCUSSION | 28 |
| 4.1 POINTS FORTS DE L'ETUDE | 28 |
| 4.2 POINTS FAIBLES DE L'ETUDE | 28 |
| 4.3 ANALYSE ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE | 29 |
| 4.3.1 <i>Connaissances et attitudes des mères et coparents sur les pleurs</i> | 29 |
| 4.3.2 <i>Connaissances vis-à-vis du SBS</i> | 30 |
| 4.3.3 <i>Source de l'information</i> | 32 |
| 4.3.4 <i>Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA)</i> | 33 |
| 4.4 COMPARAISON A D'AUTRES MEMOIRES | 34 |
| 5. CONCLUSION | 35 |
| BIBLIOGRAPHIE | I |
| ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE | III |
| ANNEXE II : BROCHURE A DESTINATION DES PARENTS | V |
| ANNEXE III : BROCHURE DU GOUVERNEMENT (2022) | VI |
| ANNEXE IV : PREVENTION EXTRAITE DU CARNET DE SANTE (2018) | IX |

Liste des Tableaux et Figures

Liste des Tableaux

Tableau I : Description des caractéristiques de la population

Tableau I bis : Description des caractéristiques de la population (suite)

Tableau II : Description des caractéristiques de l'accouchement

Tableau III : Description des caractéristiques fœtales

Tableau IV : Connaissances des parents sur les pleurs

Tableau V : Ressentis des parents face aux pleurs

Tableau VI : Attitudes des mères et coparents face aux pleurs

Tableau VII : Les parents ont-ils déjà entendu parler du SBS ?

Tableau VIII : Connaissances sur le SBS

Tableau IX : Connaissances sur les potentielles conséquences du SBS

Tableau X : Les parents souhaitent-ils être davantage informés ?

Tableau XI : Scores des connaissances

Tableau XII : Vécu de l'accouchement

Tableau XIII : Vécu du premier instant avec le nouveau-né

Tableau XIV : Évaluation de la douleur chez les mères durant l'accouchement et le post partum

Listes de Figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Figure 2 : Comment ont-ils entendu parler du SBS ?

Figure 3 : Quand ont-ils entendu parler du SBS ?

Figure 4 : À quels moments les parents souhaiteraient-ils cette information ?

Figure 5 : Comment les mères et coparents s'estiment-ils informés ?

Liste des abréviations

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

TCNA : Traumatisme Crânien Non Accidentel

HAS : Haute Autorité de Santé

SOFMER : Société Française de Médecine physique et de Réadaptation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

EPP : Entretien Périnatal Précoce

QEVA : Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

1. Introduction

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est l'un des problèmes majeurs de santé publique du fait de l'irréversibilité des lésions, de la faible prévention, et pourtant, de son incidence élevée malgré encore une sous-estimation de ce phénomène.

Auguste Ambroise Tardieu, pathologiste et médecin légiste français, décrit le premier un signe typique de secouement, l'hématome sous-dural, lorsqu'il examine le cerveau de 32 enfants physiquement abusés par leurs parents, ce qui donne lieu à la première publication sur la maltraitance infantile en 1860 (1). Le tableau clinique associant hématome sous-dural et hémorragies rétiniennes est décrit dès 1930 par Sherwood. Dès 1946, le SBS est relié à des secousses par le pédiatre et radiologiste américain John Caffey, qui fait un bilan de sa longue expérience d'une trentaine d'années dans un célèbre article de 1972 (2). Il insiste sur les graves conséquences neurologiques du secouement, geste peu reconnu comme pathogène à cette époque. En Europe, c'est à un neurochirurgien anglais, A. Norman Guthkelch (3) à qui l'on doit d'associer les hématomes sous-duraux aux secouements. En France, Michel Roussey souligne la difficulté du diagnostic et l'importance de l'anamnèse familiale. Il contribue à la sensibilisation des pédiatres et médecins en qualifiant de maltraitance ce geste de secouement de l'enfant (4).

Le syndrome du bébé secoué aussi appelé traumatisme crânien non accidentel (TCNA) correspond au « secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélération brutales antéro-postérieures de la tête sont responsables d'un ballotement du cerveau dans la boîte crânienne et de l'arrachement des veines ponts situées à la convexité » (5).

Chaque année, et, encore aujourd'hui, des centaines d'enfants sont victimes du syndrome du bébé secoué, il concerne en général plus souvent les nourrissons de moins de 1 an (incidence comprise entre 14 et 56 cas pour 100 000 enfants de moins de 1 an selon les études étrangères et de manière plus particulière ceux de moins de six mois) (5). En effet l'âge médian aurait été estimé à 4 mois (6)(7)(8)(9)(10). Il est vrai que les nourrissons sont particulièrement vulnérables à cause de la taille relative de leur tête, du poids de leur cerveau et de la faiblesse des muscles de leur cou,(11)(10) et parce qu'ils sont secoués par des personnes beaucoup plus grandes et plus fortes qu'eux (12).

Selon le rapport de 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française de la Médecine physique et de Réadaptation (SOFMER), les facteurs de risques (5) mis en évidence seraient multiples : la prématurité (6) ou les complications médicales périnatales ; la

séparation mère enfant en période néonatale ; la grossesse multiple ou rapprochée ; les grossesses non désirées ; des pleurs inconsolables ; des difficultés d'acquisition d'un rythme de sommeil régulier voire des troubles du sommeil ; des difficultés alimentaires ; l'intervention antérieure des services sociaux. La prédominance du sexe masculin (5)(6)(9)(10)(12)(13) est celui décrit par la quasi-totalité des auteurs, et cela dès 1972, par J.Caffey qui évoque l'hypothèse d'une « immaturité du cerveau » plus importante que chez les filles (2). D'autres facteurs de risque, tels que le premier enfant du couple, des parents jeunes ou des jumeaux (13), l'isolement social, la violence familiale, l'abus de substances, les troubles psychiatriques, la présence d'un adulte ayant lui-même été victime de violence durant son enfance ou son adolescence, des liens d'attachements fragiles ou inexistantes entre le parent et l'enfant, et une méconnaissance du développement des enfants, sont tous des facteurs décrits dans la littérature (12). Toutefois, le niveau socio-économique, n'exercerait aucune influence sur l'incidence du syndrome du bébé secoué. « Aucun milieu social ne peut prétendre être à l'abri de cette forme de maltraitance » (12) (13).

En 2020, d'après la campagne du gouvernement français, 1 victime sur 10 décéderait, les $\frac{3}{4}$ des survivants présenteront des séquelles graves et un taux de récurrence pour ses enfants plus importants : « les bébés secoués l'ont été en moyenne 10 fois » (7).

Les manifestations de ce syndrome pourraient aller de l'irritabilité ou léthargie aux vomissements, convulsions ou à une perte de conscience accompagnée d'un arrêt de la respiration pouvant aller jusqu'au décès (5)(12).

Cet acte de secouement est une infraction pénale et des peines d'emprisonnement fermes sont encourues par les auteurs. Lorsque les conséquences du secouement sur le mineur constituent un crime, le Code pénal concernant les peines privatives de liberté encourues par les auteurs prévoit : 20 ans de réclusion criminelle pour le cas des violences aggravées entraînant une mutilation ou une infirmité permanente (articles 222-9 et 222-10) ; 30 ans de réclusion criminelle pour le cas des violences aggravées ayant entraîné la mort sans intention de la donner (articles 222-7 et 222-8) (7).

Quand est-il des pleurs dans tout cela ?

D'après la littérature, « Les pleurs sont clairement identifiés comme pouvant déclencher des gestes violents » (4)(14). Ainsi ils seraient à priori, la raison principale du passage à l'acte. D'après une étude réalisée en Chine, certains parents reconnaissent avoir déjà secoués leurs enfants à cause des pleurs (15). Il y aurait donc bien un lien causal fort entre les pleurs du nouveau-né et les traumatismes crâniens abusifs (16).

Cependant, les pleurs restent le seul moyen dont un bébé dispose pour communiquer. Tous les bébés pleurent davantage de la naissance à l'âge de 3 mois (14). Après 3 ou 4 mois, les pleurs diminuent progressivement (8). Un bébé peut donc parfois pleurer 2-3 heures par jour sans réelles raisons (14)(17). Pourtant, un manque de connaissance sur les pleurs normaux a été démontré à travers plusieurs publications (14)(15). Cela associé à un manque de prévention ne permet pas de limiter l'incidence du SBS (18).

Notre réflexion s'est donc faite à travers le sujet du SBS dans l'intérêt d'évaluer les connaissances, comportements et attitudes des couples, notamment au moment des suites de couches avant le retour au domicile. Nous pensons que le sujet est encore très méconnu notamment des jeunes parents, bien que des moyens de prévention soient peut-être de plus en plus mis en place au cours de ces dernières années, il reste encore probablement un manque réel de prévention.

Notre objectif principal sera d'évaluer et comparer les connaissances sur les pleurs et le SBS des mères versus les coparents. L'objectif secondaire consistera à évaluer la sensibilisation des parents sur le sujet et identifier les moments adéquats pour la prévention.

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, comparative, bi-centrique et transversale conduite dans le Centre Hospitalier de Grasse (CHG) (type IIb), et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice (type III), entre le 21 septembre 2022 et le 25 novembre 2022 par questionnaire auto-administré et anonymisé.

2.2 Population

Ont été incluses toutes les patientes admises en maternité, ayant accouché dans la période et les coparents présents au moment de mon passage.

Étaient non inclus les parents avec enfant mort-in-utéro ou décédé dans les suites de l'accouchement, les grossesses gémellaires, les mères et coparents ne parlant pas le français et ceux refusant de participer à l'étude.

2.3 Recueil des données

Le questionnaire (Annexe I) réalisé sur « Google forms », était disponible en format papier et en version numérique par l'intermédiaire d'un QR code, constitué de questions fermées à choix uniques et multiples. Il a été testé le 11 septembre 2022 auprès de 7 personnes, dont 4 mères et 3 coparents au sein de la maternité du CHU de Nice. À la suite de cela, le questionnaire a été modifié afin qu'il soit plus clair et moins long, en tenant compte des commentaires des répondants. Ce dernier a été distribué dans les services de maternité, aux mères et coparents présents le jour de notre passage, et avant leur retour à domicile. Le questionnaire papier ou QRcode, était donné en fonction du souhait des parents. Dans le cas de la présence des deux parents dans la même pièce, le QRcode était conseillé pour éviter un biais mutuel. Au moment de la remise du document, l'objectif du questionnaire était défini afin d'obtenir leur consentement oral.

Le questionnaire comportait trois parties :

- Première partie : Caractéristiques sociodémographiques des parents (genre, âge, situation affective, nationalité et origine, niveau d'étude), la durée du congé maternité/paternité, la parité, les caractéristiques de l'accouchement, la durée du séjour en maternité et les caractéristiques de l'enfant (sexe, adaptation extra-utérine, réalisation du peau à peau, séparation de plus de 24h, alimentation)

- Deuxième partie : Connaissances des parents en matière de pleurs du nouveau-né (connaissances, attitudes et comportements des parents)
- Troisième partie : Connaissances du SBS (causes, conséquences, âge le plus fréquent) et l'information (par les professionnels ou autres moyens, s'ils souhaitaient une information accrue et si oui, à quel période et comment d'après eux ils se sentaient informés)

Le questionnaire se terminait sur des questions concernant le vécu de l'accouchement et les premiers instants avec le nouveau-né, pour les mères et coparents.

Deux questions était destinées aux mères seulement, concernant la douleur pendant l'accouchement et, au moment où la mère répondait à ce questionnaire, en post-partum.

2.4 Critère de jugement

La majorité des questions a été extraite d'études existantes, parmi elles : une réalisée en France (14) entre décembre 2010 et janvier 2011 mais publiée en 2014, un article publié en Chine (15) en mai 2021, d'autres questions sont issues d'une étude saoudienne (19) d'avril 2022.

Le critère de jugement principal correspondait à la proportion de réponses exactes aux questions sur les connaissances en matière de pleurs et du SBS. Celles-ci ont été comparés entre les mères et coparents. Aux questions sur les connaissances des pleurs issues de la littérature (Tableau IV), les réponses attendues étaient « oui ». À la question « jusqu'à combien d'heures par jour un bébé peut-il pleurer ? », la réponse correcte était « 6h » (15). Les réponses « non » et « je ne sais pas », ont été fusionnées si la réponse attendue était oui.

Deux questions étaient destinées à évaluer le ressenti des parents (Tableau V) : « Vous êtes-vous déjà sentie(e) bouleversé(e) ou en colère à cause des pleurs du bébé » et « Vous êtes-vous déjà sentie(e) frustré(e) à cause des pleurs de votre bébé » dont les réponses possibles étaient « oui » ou « non » (15).

« Les pleurs ou l'agitation de votre bébé vous ont-ils posé un problème ou dérangé récemment ? » (20) et « Avez-vous déjà imaginé secouer votre enfant pour le faire taire, sans le faire ? » avaient comme choix possible « oui » ou « non ». Concernant les questions sur les attitudes adoptées face aux pleurs, deux questions : face à un enfant inconsolable que faisaient-ils ? Deux items possibles « le garder dans ses bras » et « le laisser sur le dos dans son lit et quitter la pièce, les réponses exactes attendues étaient respectivement « non » et « oui » (7). Pour la seconde question, on demandait ce que ferait la personne si elle se sentait nerveuse avec un enfant inconsolable, les items étaient les suivant : « je le calme en le secouant », « je le porte », « je lui caresse le dos », « je demande de l'aide à ma famille et/ou des amis » et « je ne

fais rien », pour chacune les réponses possible était « oui » ou « non » (19). Ici seules les réponses exactes apparaissaient dans le tableau VI.

Aux questions sur les connaissances du SBS (14) (15), (Tableau VIII), les réponses correctes étaient en majorité « oui ». Toutefois à la question : « Pensez-vous qu'il est possible de secouer un bébé en jouant avec lui ? » (14), la réponse « non » était attendue. Quant aux interrogations sur les conséquences du SBS (5), (Tableau IX), les réponses attendues aux items « aucune conséquence » et « peu de conséquence » étaient « non », pour le reste les réponses exactes restaient donc « oui ». Pour les questions dont les réponses attendues étaient « non », les « je ne sais pas » n'ont pas été fusionnés avec ce dernier. Enfin à la question « selon vous l'âge le plus fréquent des victimes de ce syndrome serait de... », la réponse exacte est 4 mois.

Les critères de jugement secondaire permettaient de décrire la source et le degré de l'information, si les parents souhaitaient être informés davantage et à quel moment. La première question posée fut : « Avez-vous déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué » (14), (Tableau VII). À la réponse « oui », nous demandions « Par quel moyen ? » et « À quel moment ? » les parents ont-ils pu avoir ces informations. La question suivante était : « Auriez-vous aimé une information détaillée sur le SBS ? » (19), (Tableau X). À la réponse « oui » nous souhaitions savoir à quelle période de leur vie les parents jugeaient l'information pertinente. Enfin nous leur demandions « Comment vous estimez-vous informé(e) sur le SBS ? ». Les réponses possibles étaient : « Pas du tout », « Pas assez », « Suffisamment » et « Très informé(e) ».

Pour les questions sur le vécu de l'accouchement (21) et l'évaluation de la douleur (21), (Tableau XII et XIV), une échelle numérique a été utilisée. Celle-ci était noté de 0 à 10.

- Pour le vécu de l'accouchement : 0 = très mauvaise expérience et 10 = très bonne.
- Pour l'évaluation de la douleur : 0 = aucune douleur et 10 = douleur atroce.

Nous avons considéré comme dans l'article dont elles étaient issues (21), que le point de rupture était 8, les scores ont été comparés de 0 à 7 versus 8 à 10.

À la question sur les premiers instants avec le bébé (21), (Tableau XIII), les réponses possibles étaient pour chacun des items « tout à fait », « en partie », « pas tellement » et « pas du tout ». Nous avons comme dans l'article dichotomisé les « tout à fait » versus « en partie, pas tellement et pas du tout ». Les proportions ont été comparées entre les groupes et les différences testées par le test du Khi². Pour analyser les données des scores, nous avons codé selon une échelle de Likert à 4 points comme suit : 1 (tout à fait), 2 (en partie), 3 (pas tellement) et 4 (pas du tout). Les scores les plus élevés reflétaient davantage une mauvaise expérience de ces premiers

instants avec le nourrisson. Le test t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes des scores obtenus.

2.5 Analyses statistiques

Les données ont été traitées et classées par le biais du logiciel Microsoft Office Excel puis analysées avec les logiciels Biostatgv© et Openepi©.

Les variables qualitatives seront décrites par l'effectif (n) et le pourcentage (%). Elles seront comparées à l'aide du test du Khi^2 ou test de Fisher selon les conditions de réalisation. Les variables quantitatives seront décrites par les moyennes (Moy) et écart-types (ET) puis analysées à l'aide du test t de student. Les probabilités associées à ces tests seront considérées comme statistiquement significatives lorsque $p \leq 0,05$. Les probabilités seront associées au calcul du risque relatif (RR) et de l'intervalle de confiance IC à 95% [IC95%].

Les questions étant issues de plusieurs articles, il n'était pas possible d'utiliser leurs propres scores, nous avons donc créé deux scores : un sur les pleurs (connaissances et attitudes) et un autre sur le SBS (connaissances et conséquences). Pour chaque bonne réponse attendue un score de 1 était attribué. Ceux-ci ont été analysés par le biais d'une p-value, d'une moyenne \pm écart-type (min-max). Les scores pouvaient varier entre 0 et 9. Nous n'avons pas sélectionné l'ensemble des questions des articles car au moment du pré-test du questionnaire, les répondants l'ont estimé trop long, la décision de réduire les questions et créer ce nouveau score a été prise.

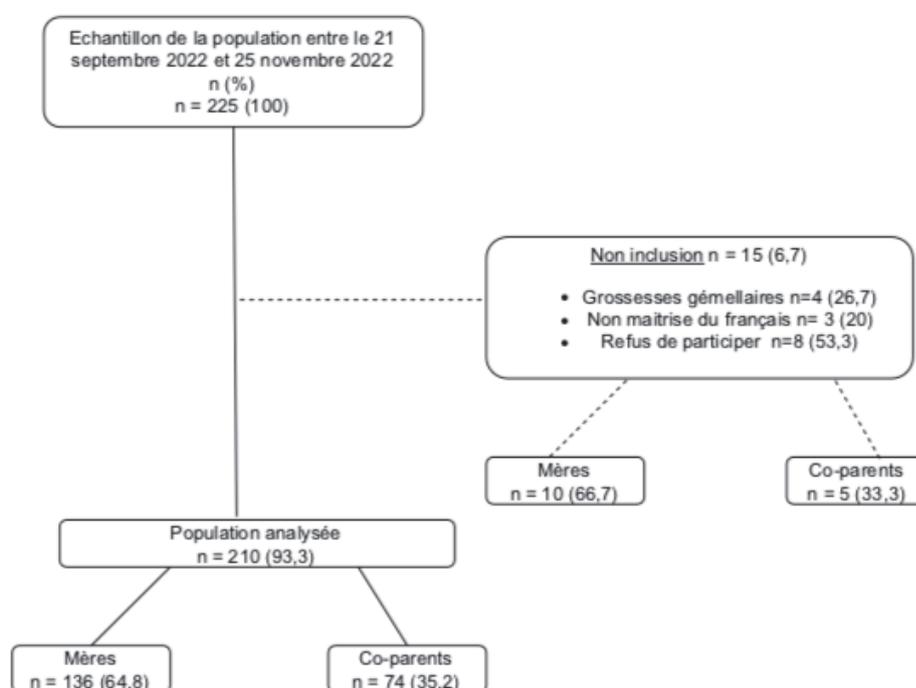
3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

3.1.1 Caractéristiques de la population générale

Au total sur un mois et quatre jours, 225 personnes ont pu recevoir le questionnaire, mais 15 (6,7%) non pas été incluses : 4 grossesses gémellaires, 3 ne parlant pas le français et 8 qui ont refusé de participer à l'étude. La population pouvant être analysée portait ainsi sur 210 personnes (93,3%) : 136 étaient des mères et 74 des coparents.

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude



L'âge moyen de la population était de 30,9 ans \pm 5,4. La répartition se faisait entre 19 ans et 52 ans mères et coparents inclus. L'âge moyen, chez les mères était de 30,8 ans \pm 5,2 [19-47] et chez les coparents celui-ci était de 31,1 ans \pm 5,2 [22-52] (Tableau I).

Tableau I : Description des caractéristiques de la population

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|---|--------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Genre | | | | | |
| Femmes | 136 (64,8) | 135 (99,3) | 1 (1,4) | / | / |
| Hommes | 74 (35,2) | 0 (0,0) | 73 (98,6) | | |
| Âge (année) Moy ± ET [min-max] | 30,9 ± 5,4 [19-52] | 30,8 ± 5,2 [19-47] | 31,1 ± 5,2 [22-52] | 0,01 | |
| < 25 | 22 (10,5) | 18 (13,2) | 4 (5,4) | 0,12 | 1,30 [1,04-1,63] |
| 25-35 | 149 (71) | 100 (73,6) | 49 (66,2) | 0,33 | 1,13 [0,89-1,44] |
| >35 | 39 (18,5) | 18 (13,2) | 21 (28,4) | 0,01 | 0,66 [0,46-0,95] |
| Situation affective | | | | 0,1 | |
| Couple cohabitant | 191 (91) | 121 (89) | 70 (94,6) | 0,27 | 0,80 [0,62-1,03] |
| Couple non-cohabitant | 11 (5,2) | 7 (5,1) | 4 (5,4) | >0,99 | 0,94 [0,23-4,58] |
| Pas en couple | 8 (3,8) | 8 (5,9) | 0 (0) | 0,05 | / |
| Nationalité | | | | | |
| Française et UE | 178 (84,8) | 113 (83,1) | 65 (87,8) | 0,47 | 0,88 [0,69-1,12] |
| Hors UE | 32 (15,2) | 23 (16,9) | 9 (12,2) | | |
| Origine (n=152) | | | | 0,37 | |
| Europe | 100 (65,8) | 57 (61,3) | 43 (72,9) | 0,19 | 0,82 [0,64-1,05] |
| DOM-TOM | 9 (5,9) | 5 (5,4) | 4 (6,8) | 0,73 | 0,78 [0,16-4,12] |
| Afrique | 37 (24,3) | 27 (29) | 10 (16,9) | 0,13 | 1,27 [0,98-1,63] |
| Autres | 6 (3,9) | 4 (4,3) | 2 (3,4) | >0,99 | 1,27 [0,17-14,57] |
| Niveau étude | | | | 0,82 | |
| < BAC | 60 (28,6) | 36 (26,5) | 24 (32,4) | 0,45 | 0,9 [0,71-1,13] |
| BAC | 28 (13,3) | 19 (14) | 9 (12,2) | 0,87 | 1,05 [0,80-1,39] |
| Enseignement supérieur < BAC + 3 | 64 (30,5) | 43 (31,6) | 21 (28,4) | 0,74 | 1,05 [0,85-1,30] |
| Enseignement supérieur ≥ BAC + 3 | 58 (27,6) | 38 (27,9) | 20 (27) | 0,98 | 1,01 [0,81-1,26] |
| Profession de santé | | | | | |
| Oui | 29 (13,8) | 26 (19,1) | 3 (4,1) | 0,002 | 5,55 [1,61-29,76] |
| Durée congé post-natal (semaines) | | | | | |
| < 10 | 77 (36,7) | 11 (8,1) | 66 (89,2) | / | / |
| 10-16 | 83 (39,5) | 80 (58,8) | 3 (4) | | / |
| > 16 | 17 (8,1) | 17 (12,5) | 0 (0) | | / |
| Indéterminé/sans emploi | 33 (15,7) | 28 (20,6) | 5 (6,8) | | / |
| Reprise de l'activité professionnelle (post-congé) | | | | | |
| Oui | 161 (76,7) | 87 (64) | 74 (100) | / | / |
| Entretien prénatal précoce fait | | | | | |
| Oui | 87 (41,4) | 57 (41,9) | 30 (40,5) | 0,96 | 1,02 [0,83-1,24] |

Légende : Moy = moyenne ; ET= écart-type ; min-max = minimum - maximum

Tableau I bis : Description des caractéristiques de la population (suite)

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|--|------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|--------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Consommation tabac * | | | | | |
| Oui | 47 (22,4) | 13 (9,6) | 34 (45,9) | <0,001 | 0,36 [0,22-0,58] |
| Consommation cannabis * | | | | | |
| Oui | 6 (2,9) | 0 (0) | 6 (8,1) | 0,002 | / |
| Consommation alcool * | | | | | |
| Oui | 11 (5,2) | 1 (0,7) | 10 (13,5) | <0,001 | 0,05 [0,0001-0,36] |
| Actes de violence physique/psychique | | | | | |
| Oui | 35 (16,7) | 28 (20,6) | 7 (9,5) | 0,03 | 1,29 [1,05-1,58] |
| Subit des violences : n =35 Est-ce un membre de l'entourage ? | | | | | |
| Oui | 23 (65,7) | 19 (67,9) | 4 (57,1) | 0,66 | 1,56 [0,18-11,5] |

* pendant la grossesse

Concernant les caractéristiques de notre population (Tableau I), la plupart des répondants était en couple cohabitant : 121/136 des mères (89%) vs 70/74 des coparents (94,6%), $p=0,12$.

Le niveau d'étude moyen chez les mères était l'enseignement supérieur de moins de 3 ans (30,5%) et pour les coparents un niveau inférieur au baccalauréat (32,4%).

La majorité (58,6%) n'a pas fait d'entretien prénatal précoce (EPP), 79/136 étaient des mères (58,1%) et 44/74 des coparents (59,5%), $p=0,96$.

3.1.2 Caractéristiques de l'accouchement

Tableau II : Description des caractéristiques de l'accouchement

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|--|------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Parité | | | | | |
| Primipare | 108 (51,4) | 64 (47,1) | 44 (59,5) | 0,11 | 0,83 [0,68-1,02] |
| Multipare | 102 (48,6) | 72 (52,9) | 30 (40,5) | | |
| Maternité | | | | | |
| CHU de Nice | 129 (61,4) | 95 (69,9) | 34 (45,9) | 0,001 | 1,45 [1,14-1,84] |
| CH de Grasse | 81 (38,6) | 41 (30,1) | 40 (54,1) | | |
| Jour du post-partum | | | | 0,59 | |
| 0 | 6 (2,9) | 5 (3,7) | 1 (1,3) | 0,66 | 2,77 [0,30-133,48] |
| 1-2 | 153 (72,9) | 95 (69,9) | 58 (78,4) | 0,24 | 0,86 [0,70-1,05] |
| 3-4 | 36 (17,1) | 25 (18,4) | 11 (14,9) | 0,64 | 1,08 [0,85-1,38] |
| ≥ 5 | 15 (7,1) | 11 (8) | 4 (5,4) | 0,65 | 1,14 [0,82-1,58] |
| Terme | | | | | |
| Prématuré | 15 (7,1) | 12 (8,8) | 3 (4,1) | 0,31 | 1,25 [0,82-1,58] |
| A terme | 195 (92,9) | 124 (91,2) | 71 (95,9) | | |
| Début du travail | | | | 0,99 | |
| Spontané | 124 (59,0) | 80 (58,8) | 44 (59,5) | 0,95 | 0,99 [0,80-1,21] |
| Déclenché | 66 (31,4) | 43 (31,6) | 23 (31,1) | 0,93 | 1,00 [0,81-1,24] |
| Césarienne programmée | 20 (9,5) | 13 (9,6) | 7 (9,4) | 0,82 | 1,00 [0,71-1,40] |
| Mode accouchement | | | | 0,87 | |
| Voie basse spontanée | 142 (67,6) | 94 (69,1) | 48 (64,9) | 0,63 | 1,07 [0,85-1,33] |
| Voie basse instrumentale | 34 (16,2) | 20 (14,7) | 14 (18,9) | 0,55 | 0,89 [0,66-1,20] |
| Césarienne en cours de travail | 14 (6,7) | 9 (6,6) | 5 (6,8) | >0,99 | 0,97 [0,28-3,86] |
| Non concerné car césarienne programmée | 20 (9,5) | 13 (9,6) | 7 (9,4) | 0,82 | 1,00 [0,71-1,40] |
| Accouchement en urgence (hors travail rapide) | | | | | |
| Oui | 40 (19) | 27 (19,9) | 13 (17,6) | 0,82 | 1,05 [0,82-1,34] |
| Sortie | | | | 0,60 | |
| J+0 | 15 (7,1) | 12 (8,8) | 3 (4,1) | 0,31 | 1,25 [0,95-1,65] |
| J+1 | 77 (36,7) | 48 (35,3) | 29 (39,2) | 0,68 | 0,94 [0,76-1,16] |
| J+2 | 49 (23,3) | 33 (24,3) | 16 (21,6) | 0,79 | 1,05 [0,83-1,32] |
| J+3 | 17 (8,1) | 10 (7,3) | 7 (9,4) | 0,78 | 0,90 [0,59-1,35] |
| ≥ J+4 | 22 (10,5) | 16 (11,8) | 6 (8,1) | 0,55 | 1,13 [0,86-1,50] |
| Indéterminé | 30 (14,3) | 17 (12,5) | 13 (17,6) | 0,42 | 0,85 [0,61-1,19] |

À propos des caractéristiques relatives à l'accouchement (Tableau II), la population était pour la plupart primipare (51,4%) : 47,1% des mères et 59,5% des coparents, $p=0,11$.

Les mères répondantes étaient significativement plus des patientes du CHU de Nice (69,9 %) vs coparents (45,9%), $p=0,001$.

La grande majorité a eu un accouchement par voie basse spontanée : 69,1% des mères vs 64,9% des compagnes des coparents, $p=0,63$.

3.1.3 Caractéristiques fœtales

Tableau III : Description des caractéristiques fœtales

| Variables | Total n = 210 n (%) | Mères n = 136 (64,8) n (%) | Coparents n = 74 (35,2) n (%) | p-value | RR (IC95%) |
|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------|
| Sexe | | | | | |
| Féminin | 105 (50) | 67 (49,3) | 38 (51,4) | 0,88 | 0,97 [0,79-1,18] |
| Masculin | 105 (50) | 69 (50,7) | 36 (48,6) | | |
| État enfant à la naissance* | | | | | |
| Satisfaisant | 169 (80,5) | 111 (81,6) | 58 (78,4) | 0,70 | 1,07 [0,82-1,40] |
| Peau à peau | | | | | |
| Fait | 162 (77,1) | 115 (84,6) | 47 (63,5) | 0,001 | 1,62 [1,16-2,26] |
| Séparation >24h | | | | | |
| Oui | 14 (6,7) | 9 (6,6) | 5 (6,8) | >0,99 | 0,97 [0,28-3,86] |
| Alimentation | | | | 0,11 | |
| Maternel | 125 (59,5) | 88 (64,7) | 37 (50) | 0,04 | 1,24 [1,00-1,55] |
| Artificiel | 63 (30) | 35 (25,7) | 28 (37,8) | 0,09 | 0,80 [0,63-1,03] |
| Mixte | 22 (10,5) | 13 (9,6) | 9 (12,2) | 0,72 | 0,90 [0,62-1,29] |

* Score Apgar non demandé car les parents ne le connaissent pas forcément ni ce qu'il implique

À propos des caractéristiques fœtales (Tableau III), il n'y avait pas de différence significative par rapport au sexe de l'enfant, $p=0,88$.

169 nouveau-nés (80,5%) avaient d'après les parents un état dit « satisfaisant », parmi lesquels, 111 mères (81,6%) et 58 coparents (78,4%). Aucune différence significative n'a été retrouvée ici, $p=0,70$.

84,6% des mères ont fait le peau à peau vs 63,5% des coparents. Les mères faisaient significativement plus de peau à peau que les coparents ($p=0,001$).

L'allaitement maternel était le mode d'alimentation majoritaire des nouveau-nés, 64,7% des mères répondantes vs 50% des compagnes des coparents, $p=0,04$.

3.2 Connaissances et attitudes des parents sur les pleurs des nouveau-nés

3.2.1 Connaissances des pleurs

Tableau IV : Connaissances des parents sur les pleurs

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|---|------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| Pensez- vous : | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Il soit normal qu'un bébé pleure longtemps jusqu'à 6h ? | | | | | |
| Oui* | 55 (26,2) | 39 (28,7) | 16 (21,6) | 0,34 | 1,13 [0,92-1,39] |
| Il soit normal que les adultes se sentent frustrés ou en colère par les pleurs des bébés ? | | | | | |
| Oui* | 129 (61,4) | 86 (63,2) | 43 (58,1) | 0,56 | 1,08 [0,87-1,33] |
| Les pleurs des bébés ne puissent pas quelques fois être calmés bien que plusieurs méthodes aient été essayés ? | | | | | |
| Oui* | 142 (67,6) | 93 (68,4) | 49 (66,2) | 0,86 | 1,03 [0,83-1,28] |
| Les bébés pleurent beaucoup les 5 premiers mois de vie ? | | | | | |
| Oui* | 108 (51,4) | 80 (58,8) | 28 (37,8) | 0,003 | 1,34 [1,09-1,48] |
| Il soit normal que les bébés aient l'air d'avoir mal quand ils pleurent, alors qu'ils ne sont pas douloureux ? | | | | | |
| Oui* | 90 (42,9) | 65 (47,8) | 25 (33,8) | 0,05 | 1,22 [1,00-1,48] |
| Il soit normal que les adultes ne sachent pas pourquoi leur bébé pleure ? | | | | | |
| Oui* | 178 (84,8) | 114 (83,8) | 64 (86,5) | 0,75 | 0,93 [0,71-1,20] |
| Il soit normal que les adultes ne puissent pas prédire quand leur enfant aura une crise de larme prolongée ? | | | | | |
| Oui* | 160 (76,2) | 105 (77,2) | 55 (74,3) | 0,76 | 1,05 [0,82-1,35] |
| Il soit normal que les bébés pleurent plus en fin d'après-midi et en soirée ? | | | | | |
| Oui* | 113 (53,8) | 85 (62,5) | 28 (37,8) | 0,001 | 1,43 [1,15-1,77] |
| Selon vous jusqu'à combien d'heure par jour un bébé peut-il pleurer ? (en heures) | | | | | |
| 6* | 67 (31,9) | 47 (34,6) | 20 (27) | 0,33 | 1,12 [0,92-1,37] |

* Réponses attendues

À propos des connaissances des parents sur les pleurs (Tableau IV) : 28,7% des mères vs 21,6% des coparents pensaient qu'il est normal qu'un bébé pleure plus de 6h par jour, $p=0,34$.

58,8 % des mères vs 37,8% des coparents étaient convaincus que les bébés pleurent beaucoup les cinq premiers mois de vie.

Les mères pensaient significativement plus qu'un enfant pleure davantage durant ces premiers mois, $p=0,003$.

Elles étaient également significativement plus convaincues qu'un nouveau-né pleure excessivement plus en fin d'après-midi et en soirée, $p=0,001$.

3.2.2 Ressentis des mères et coparents face aux pleurs

Tableau V : Ressentis des parents face aux pleurs

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|---|------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| Pensez- vous : | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Vous-êtes-vous déjà sentie(e) bouleversé(e) ou en colère à cause des pleurs du bébé ? | | | | | |
| Oui | 65 (31) | 52 (38,2) | 13 (17,6) | 0,003 | 1,38 [1,14-1,66] |
| Non | 145 (69) | 84 (61,8) | 61 (82,4) | | |
| Vous-êtes-vous déjà sentie(e) frustré(e) à cause des pleurs de votre bébé ? | | | | | |
| Oui | 92 (43,8) | 71 (52,2) | 21 (28,4) | 0,001 | 1,40 [1,15-1,70] |
| Non | 118 (56,2) | 65 (47,8) | 53 (71,6) | | |
| Les pleurs ou l'agitation de votre bébé vous ont-ils posé un problème ou dérangé récemment ? | | | | | |
| Oui | 21 (10) | 15 (11) | 6 (8,1) | 0,66 | 1,11 [0,83-1,49] |
| Non | 189 (90) | 121 (89) | 68 (91,9) | | |
| Si vous n'arrivez pas à consoler votre enfant lorsqu'il pleure cela signifie que vous êtes un mauvais parent ? | | | | | |
| Oui | 22 (10,5) | 18 (13,2) | 4 (5,4) | 0,12 | 1,30 [1,04-1,63] |
| Non | 188 (89,5) | 118 (86,8) | 70 (94,6) | | |
| Pensez-vous que vous pourriez rencontrer des difficultés dans le quotidien ? | | | | | |
| Oui | 149 (71) | 106 (77,9) | 43 (58,1) | 0,004 | 1,44 [1,09-1,90] |
| Non | 61 (29) | 30 (22,1) | 31 (41,9) | | |
| Pensez-vous qu'il est normal d'avoir des idées violentes à certains moments sans pour autant les appliquer ? | | | | | |
| Oui | 72 (34,3) | 50 (36,8) | 22 (29,7) | 0,38 | 1,11 [0,91-1,36] |
| Non | 138 (65,7) | 86 (63,2) | 52 (70,3) | | |
| Avez-vous déjà imaginé secouer votre enfant pour le faire taire sans le faire ? | | | | | |
| Oui | 10 (4,8) | 5 (3,7) | 5 (6,8) | 0,49 | 0,76 [0,40-1,43] |
| Non | 200 (95,2) | 131 (96,3) | 69 (93,2) | | |

Le tableau V présente les ressentis des parents face aux pleurs : les mères (38,2%) se sentaient significativement ($p=0,003$) plus bouleversées ou en colère que les coparents (17,6%). Elles se disaient également plus frustrées (52,2%) à cause des pleurs de leur bébé vs les coparents (28,4%) ; $p=0,001$.

77,9% des mères vs 58,1% des coparents étaient conscients de pouvoir rencontrer des difficultés dans le quotidien notamment sur la compréhension des pleurs. Les mères avaient significativement plus de lucidité sur les potentielles difficultés du quotidien ; $p=0,004$.

3.2.3 Attitudes des parents face aux pleurs

Tableau VI : Attitudes des mères et coparents face aux pleurs

| Variables | Total n = 210 n (%) | Mères n = 136 (64,8) n (%) | Coparents n = 74 (35,2) n (%) | p-value | RR [IC95%] |
|---|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------|
| Mon enfant est inconsolable, il est préférable de : | | | | | |
| Le garder dans ses bras (Non*) | 30 (14,3) | 10 (7,4) | 20 (27) | <0,001 | 2,1 [1,25-3,51] |
| Laisser sur le dos dans son lit et quitter la pièce (Oui*) | 65 (31) | 40 (29,4) | 25 (33,8) | 0,61 | 0,92 [0,74-1,16] |
| Votre enfant pleure et vous vous sentez nerveux (se) . Que faites-vous ? | | | | | |
| Je le calme en le secouant (Non*) | 198 (94,3) | 126 (92,6) | 72 (97,3) | 0,22 | 2,84 [0,58-27,41] |
| Je le porte (Non*) | 31 (14,8) | 10 (7,4) | 21 (28,4) | < 0,001 | 2,18 [1,29-3,66] |
| Je lui caresse le dos (Oui*) | 202 (96,2) | 135 (99,3) | 67 (90,5) | 0,003 | 13,94 [1,73-638,1] |
| Je demande de l'aide à ma famille et/ou amis (Oui*) | 170 (81) | 108 (79,4) | 62 (83,8) | 0,55 | 0,90 [0,71-1,14] |
| Je ne fais rien (Non*) | 200 (95,2) | 131 (96,3) | 69 (93,3) | 0,49 | 0,76 [0,40-1,43] |

* Réponses attendues

Dans le tableau VI, est présentée l'attitude des parents face à des pleurs inconsolables : 85,7% pensaient qu'il fallait porter l'enfant et ce taux est significativement plus élevé chez les mères ; $p < 0,001$. Seuls 10/136 mères (7,4%) et 20/74 coparents (27%) ne garderaient pas le bébé dans leur bras. Inversement, 70,6% des mères vs 66,2% des coparents pensaient qu'il ne fallait pas laisser le nouveau-né sur le dos dans son lit et quitter la pièce ; $p = 0,61$. 108 mères (79,4%) vs 62 coparents (83,8%) auraient demandé de l'aide à un tiers ; $p = 0,55$.

3.3 Connaissances des parents sur le syndrome du bébé secoué

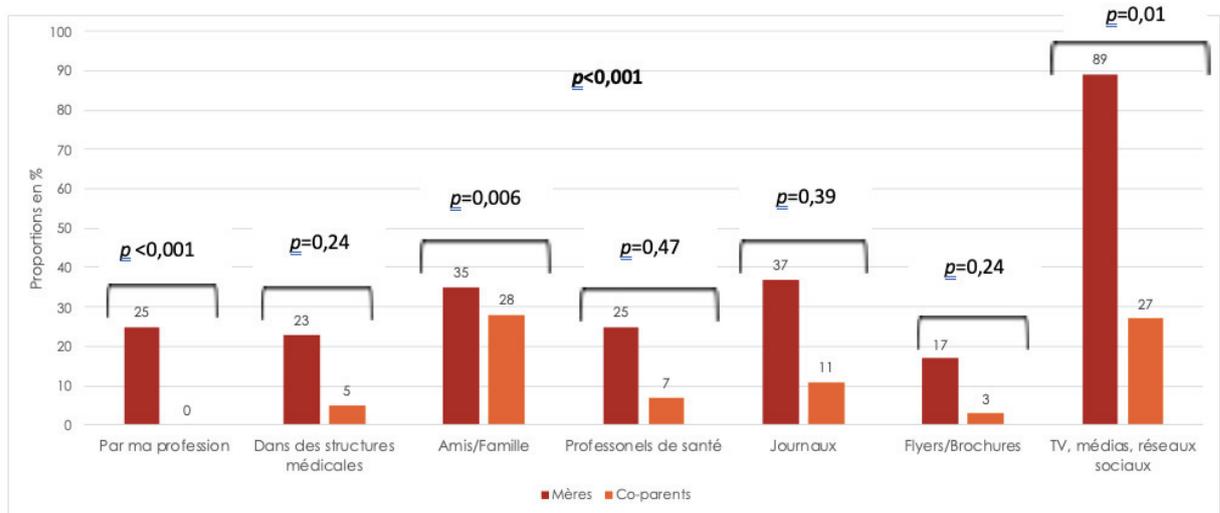
3.3.1 Source d'information

Tableau VII : Les parents ont-ils déjà entendu parler du SBS ?

| | Total n = 210 n (%) | Mères n = 136 (64,8) n (%) | Co-parents n = 74 (35,2) n (%) | p-value | RR [IC95%] |
|---|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------|------------------|
| Déjà lu ou entendu parler du SBS | | | | | |
| Oui | 154 (73,3) | 110 (80,9) | 44 (59,5) | 0,001 | 1,53 [1,14-2,07] |

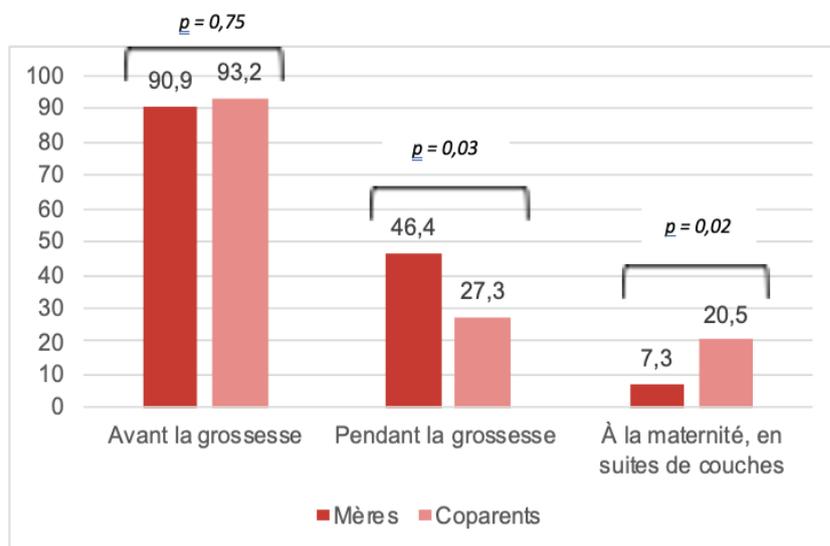
110/136 mères (80,9%) et 44/74 coparents (59,5%) ont déjà entendu parler du SBS (Tableau VII). Les mères restent significativement celles qui en ont le plus lu ou entendu parler ; $p = 0,001$ (RR= 1,53 [1,14-2,07]).

Figure 2 : Comment ont-ils entendu parler du SBS ? (n=154)



Il y avait une différence significative de diffusion de l'information (Figure 2) ($p < 0,001$). Dans la plupart des cas les parents mais surtout les mères ont obtenu des renseignements sur le SBS par le biais de la TV et des médias, $p = 0,01$ (RR= 1,38 [1,02-1,88]). Les mères (10%) avaient de manière plus significative, par rapport aux coparents (0%) une information par l'intermédiaire de leur profession, $p < 0,001$ (RR= 0,36 [0,27-0,50]).

Figure 3 : Quand ont-ils entendu parler du SBS ? (n=154)



Dans la Figure 3 est décrit le moment où les parents ont pu avoir une information : 90,9% des mères vs 93,2% des coparents l'avaient reçu avant la grossesse, $p = 0,75$ (RR= 0,73 [0,12-3,04]). Les mères avaient significativement plus entendu parler du SBS pendant la grossesse, $p = 0,03$ (RR= 1,24 [1,02-1,51]), et plus rarement en maternité ; $p = 0,02$ (RR= 0,30 [0,09-0,97]).

3.3.2 Connaissances des mères et coparents sur le SBS

Tableau VIII : Connaissances sur le SBS

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|---|------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|-------------------|
| Pensez- vous : | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Les pleurs du nourrisson sont la principale cause de ce syndrome ? | | | | | |
| Oui* | 82 (39) | 60 (44,1) | 22 (29,7) | 0,04 | 1,23 [1,01-1,49] |
| Pensez-vous qu'il est possible de secouer un bébé en jouant avec lui ? | | | | | |
| Non* | 109 (51,9) | 65 (47,8) | 44 (59,5) | 0,11 | 0,62 [0,33-1,15] |
| Pensez-vous que secouer un bébé est plus dangereux qu'une chute de la table à langer ? | | | | | |
| Oui* | 100 (47,6) | 71 (52,2) | 29 (39,2) | 0,09 | 1,20 [0,98-1,46] |
| Pensez-vous que secouer un bébé est plus dangereux qu'une fessée ? | | | | | |
| Oui* | 176 (83,8) | 115 (84,6) | 61 (82,4) | 0,83 | 1,05 [0,79-1,40] |
| Les garçons sont plus touchés que les filles ? | | | | | |
| Oui* | 6 (2,9) | 5 (3,7) | 1 (1,4) | 0,66 | 2,77 [0,30-133,4] |
| Selon vous l'âge le plus fréquent de ce syndrome serait de : | | | | | |
| 4 mois* | 85 (40,5) | 60 (44,1) | 25 (33,8) | 0,18 | 1,54 [0,82-2,92] |
| Le syndrome du bébé secoué est une maltraitance punie par le Code pénal ? | | | | | |
| Oui* | 151 (71,9) | 106 (77,9) | 45 (60,8) | 0,008 | 1,38 [1,05-1,81] |

* Réponses attendues

Dans le tableau VIII, figurent les connaissances en rapport avec le SBS : les mères pensaient significativement plus que les pleurs en sont la cause ; $p=0,04$, l'équivalent de 44,1% des mères vs 29,7% des coparents.

Seules 5/136 mères (3,7%) vs 1/74 coparent (1,4%) étaient convaincus que les garçons sont plus touchés que les filles ; $p=0,66$.

40,5% des répondants dont 44,1% des mères et 33,8% des coparents estimaient que l'âge le plus fréquent était de 4 mois, $p=0,18$. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes pour ces questions.

Les mères (77,9%) pensaient significativement plus que le SBS est une maltraitance punie par le Code pénal par rapport aux coparents (60,8%) ; $p=0,008$.

3.3.3 À propos des conséquences sur le SBS

Tableau IX : Connaissances sur les potentielles conséquences du SBS

| Variables | Total n = 210 n (%) | Mères n = 136 (64,8) n (%) | Coparents n = 74 (35,2) n (%) | p-value | RR [IC95%] |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------------|
| Aucune conséquences | | | | | |
| Non* | 179 (85,2) | 118 (86,8) | 61 (82,4) | 0,41 | 1,39 [0,58-3,24] |
| Peu de conséquences | | | | | |
| Non* | 174 (82,9) | 116 (85,3) | 58 (78,4) | 0,25 | 1,59 [0,71-3,51] |
| Retard de développement | | | | | |
| Oui* | 152 (72,4) | 102 (75) | 50 (67,6) | 0,32 | 1,14 [0,89-1,46] |
| Problème de comportement | | | | | |
| Oui* | 165 (78,6) | 108 (79,4) | 57 (77) | 0,82 | 1,05 [0,81-1,35] |
| Crise d'épilepsie | | | | | |
| Oui* | 110 (52,4) | 82 (60,3) | 28 (37,8) | 0,002 | 1,38 [1,11-1,70] |
| Déficit visuel | | | | | |
| Oui* | 103 (49) | 77 (56,6) | 26 (35,1) | 0,004 | 1,35 [1,10-1,66] |
| Hémorragie cérébrale | | | | | |
| Oui* | 145 (69) | 103 (75,7) | 42 (56,8) | 0,007 | 1,39 [1,07-1,81] |
| Décès | | | | | |
| Oui* | 146 (69,5) | 101 (74,3) | 45 (60,8) | 0,61 | 1,26 [0,98-1,62] |
| Autres | | | | | |
| Oui* | 77 (36,7) | 53 (39) | 24 (32,4) | 0,42 | 1,10 [0,90-1,34] |

* Réponses attendues

Concernant les conséquences (Tableau IX), 60,3% des mères vs 37,8% des coparents pensaient que ce syndrome pouvait provoquer des crises d'épilepsies ; $p=0,002$.

56,6% des mères vs 35,1% des coparents supposaient qu'il aurait pu être à l'origine de déficit visuel ; $p=0,004$. 75,5% des mères et 56,8% des coparents estimaient le SBS potentiellement responsable d'hémorragies ; $p=0,007$. Les mères pensaient en majorité significativement plus que les coparents qu'un SBS peut provoquer des conséquences importantes.

3.3.4 Prévention du SBS

Tableau X : Les parents souhaitent-ils être davantage informés ?

| Variables | Total n = 210 n (%) | Mères n = 136 (64,8) n (%) | Coparents n = 74 (35,2) n (%) | p-value | RR [IC95%] |
|--|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------|
| Avoir une information détaillée | | | | | |
| Oui | 146 (69,5) | 92 (67,6) | 54 (73) | 0,51 | 0,91 [0,74-1,12] |

La majorité des répondants aspiraient à une information détaillée sur ce syndrome (Tableau X), 67,6% des mères et 73% des coparents ; $p=0,51$.

Les parents souhaitaient pour la plupart avoir une prévention accrue (Figure 4) au cours de la grossesse : 69,6% des mères vs 68,5% des coparents ; $p=0,95$ (RR= 1,01 [0,77-1,22]) ou bien en maternité pour 48,8% des mères et 51,9% des coparents ; $p=0,86$ (RR= 0,95 [0,74-1,22]). Les mères étaient toutefois significativement plus désireuses d'information avant la grossesse ; $p= 0,008$ (RR= 1,48 [1,19-1,84]).

La majorité des mères (69,6%) et coparents (68,5%) jugeaient pertinent de recevoir une information sur le SBS (Figure 4) durant la grossesse, $p=0,95$ (RR= 1,01 [0,77-1,33]) ainsi qu'en maternité ; $p=0,86$ (RR= 0,95 [0,74-1,22]).

Les mères (41,2%) étaient par ailleurs significativement mieux informées (Figure 5) que les coparents (16,2%), $p<0,001$.

Figure 4 : À quels moments les parents souhaiteraient-ils cette information ? (n=146)

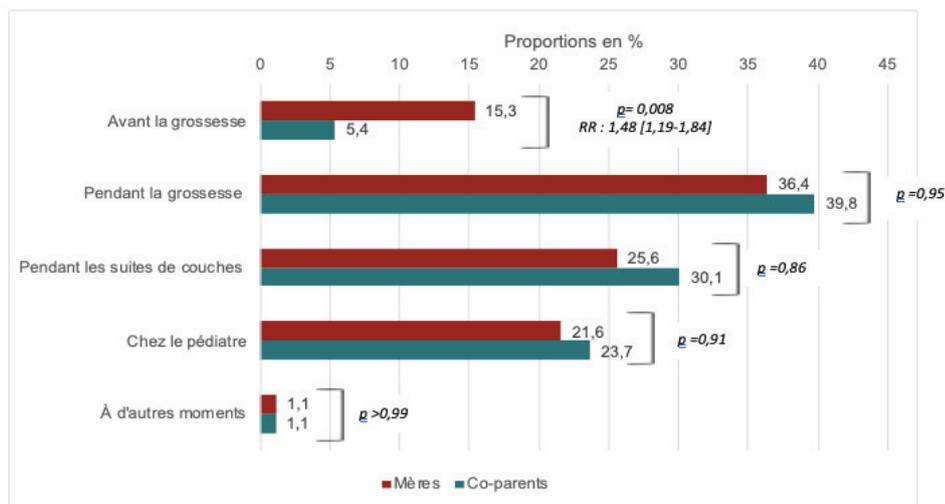
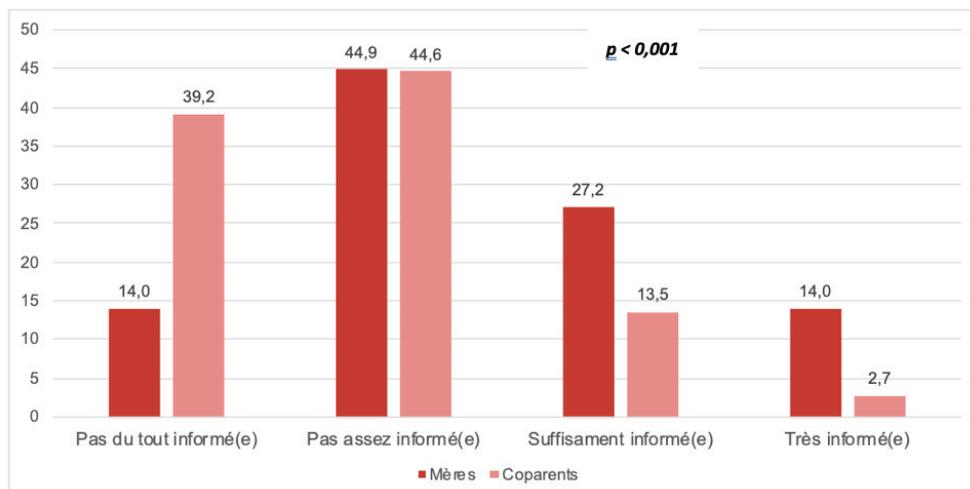


Figure 5 : Comment les mères et coparents s'estiment-ils informés ?



3.4 Score des connaissances sur les pleurs et le SBS

Tableau XI : Scores des connaissances

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Coparents n = 74 (35,2) | p-value |
|---|------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|
| SCORE PLEURS Moy ± ET [min-max] | | | | |
| Connaissances pleurs | 4,6 ± 1,8 [1-8] | 4,9 ± 1,8 [1-8] | 4,2 ± 1,6 [1-8] | 0,006 |
| Attitudes face aux pleurs | 4,3 ± 0,8 [2-7] | 4,1 ± 0,9 [2-7] | 4,5 ± 1,2 [3-7] | 0,007 |
| SCORE TOTAL | 4,5 ± 1,5 [1-8] | 4,5 ± 1,5 [1-8] | 4,4 ± 1,4 [1-8] | 0,64 |
| SCORE SBS Moy ± ET [min-max] | | | | |
| Connaissances SBS | 2,7 ± 1,4 [0-6] | 2,8 ± 1,4 [0-6] | 2,5 ± 1,3 [0-5] | 0,13 |
| Conséquences | 4,3 ± 2,4 [0-7] | 4,6 ± 2,3 [0-7] | 3,7 ± 2,6 [0-7] | 0,01 |
| SCORE TOTAL | 3,5 ± 2,1 [0-7] | 3,7 ± 2,1 [0-7] | 3,1 ± 2,1 [0-7] | 0,05 |
| SCORE FINAL SBS ET PLEURS Moy ± ET [min-max] | 4,0 ± 1,9 [0-8] | 4,1 ± 1,9 [0-8] | 3,7 ± 1,9 [0-8] | 0,15 |

Légende : Moy = moyenne ; ET = écart-type ; min-max = minimum – maximum

Dans le tableau XI, sont décrits les scores individuels et totaux, en moyenne ± écart-type concernant les pleurs et le SBS. En ce qui concerne les pleurs, les mères avaient significativement de meilleures connaissances ($p=0,006$). Les moyennes pour l'attitude face aux pleurs étaient de $4,1 \pm 0,9$ [2-7] pour les mères et $4,5 \pm 1,2$ [3-7] pour les coparents. Ce sont les coparents qui avaient significativement une meilleure attitude ($p=0,007$). Ces résultats expliquent que le score final des pleurs ne soit pas significatif ($p=0,64$) entre les deux groupes malgré un réel écart de connaissance. Pour ce qui est des scores pour le SBS, aucune différence significative n'a été retrouvée ($p=0,15$). Les mères avaient en revanche un savoir significativement plus élevé sur les conséquences possibles ($p=0,01$).

3.5 Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA)

3.5.1 Vécu de l'accouchement

Tableau XII : Vécu de l'accouchement

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Co-parents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|--|------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Vécu de l'accouchement * Moy ± ET [min-max] | 7,8 ± 2,4 [0-10] | 7,9 ± 2,6 [0-10] | 7,7 ± 2,1 [1-10] | 0,55 | / |
| 0 à 7 | 72 (34,3) | 44 (32,4) | 28 (37,8) | 0,51 | 0,91 [0,73-1,14] |
| 8 à 10 | 138 (65,7) | 92 (67,6) | 46 (62,2) | | |

* 0 : Très mauvais et 10 : Très bon

Légende : Moy = moyenne ; ET = écart-type ; min-max = minimum – maximum

Dans le tableau XII, le vécu de l'accouchement reste globalement plutôt bon avec une moyenne globale de $7,9 \pm 2,6$ [0-10] chez les mères et $7,7 \pm 2,1$ [1-10] pour les coparents. Aucune

différence significative n'a été retrouvée dans les deux groupes concernant le vécu ($p=0,55$). Le vécu se situe entre 8 et 10 pour 67,6% des mères vs 62,2% des coparents ; $p=0,51$ (RR= 0,91 [0,73-1,14]). Il y a tout de même 34,3% de notre population qui se situe dans la moyenne basse du vécu dont 32,4% des mères vs 37,8% des coparents.

3.5.2 Premiers instant avec le nouveau-né

Tableau XIII : Vécu du premier instant avec le nouveau-né

| Variables | Total n = 210 | Mères n = 136 (64,8) | Co-parents n = 74 (35,2) | p-value | RR [IC95%] |
|---|------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------|------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| SCORE TOTAL Moy ± ET [min-max] | 1,6 ± 1,0 [1-4] | 1,5 ± 1,0 [1-4] | 1,6 ± 0,9 [1-4] | 0,47 | / |
| J'ai pu le découvrir de façon satisfaisante | | | | 0,24 | |
| Tout à fait | 157 (74,8) | 99 (72,8) | 58 (78,4) | 0,37 | 0,90 [0,72-1,11] |
| En partie, pas tellement, pas du tout | 53 (25,2) | 37 (27,2) | 16 (21,7) | | |
| J'ai pu l'avoir contre moi quand je le voulais | | | | 0,009 | |
| Tout à fait | 150 (71,4) | 105 (77,2) | 45 (60,8) | 0,01 | 1,35 [1,03-1,76] |
| En partie, pas tellement, pas du tout | 60 (28,6) | 31 (22,8) | 29 (39,2) | | |
| Premiers instants étaient ce que j'avais imaginé | | | | 0,004 | |
| Tout à fait | 122 (58,1) | 88 (64,7) | 34 (45,9) | 0,008 | 1,32 [1,06-1,64] |
| En partie, pas tellement, pas du tout | 88 (41,9) | 48 (35,2) | 40 (54,1) | | |

* 0 : Très mauvais et 10 : Très bon

Le vécu du premier instant avec le nouveau-né est présenté dans le tableau XIII : 77,2% des mères vs 60,8% des coparents ont pu avoir leur enfant contre eux quand ils le souhaitaient. Ce taux est significativement plus élevé chez les mères ; $p = 0,01$.

64,7% des mères et 45,9% des coparents avaient imaginé ce moment tel qu'ils l'ont réellement vécu ; $p=0,008$.

La moyenne totale de ce vécu chez les mères était de $1,5 \pm 1,0 [1-4]$ vs $1,6 \pm 0,9 [1-4]$ pour les coparents. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes sur le vécu de ces premiers moments ; $p=0,47$.

3.5.3 Évaluation de la douleur chez les mères

Tableau XIV : Évaluation de la douleur chez les mères durant l'accouchement et le post partum

| Variables | Nombre (n) | Pourcentage (%) |
|--|------------|-----------------|
| Au moment de l'accouchement* Moy ± ET | 6,6 ± -3,0 | / |
| 0 à 7 | 73 | 54,1 |
| 8 à 10 | 62 | 45,9 |
| Au moment du questionnaire* Moy ± ET | 3,9 ± 2,4 | / |
| 0 à 7 | 121 | 89,6 |
| 8 à 10 | 14 | 10,4 |
| Évolution de la douleur | | |
| Diminuée | 97 | 71,3 |
| Inchangée | 11 | 8,1 |
| Augmentée | 28 | 20,6 |

* 0 : Aucune douleur et 10 : Douleur atroce

Légende : m = moyenne ; et = écart-type ; min-max = minimum - maximum

Dans le tableau XIV, est décrite la douleur des mères au moment de l'accouchement avec une moyenne de $6,6 \pm 3,0$: 62/136 mères (45,9%) dans la partie haute entre 8 et 10 et 73/136 mères (54,1%) dans la partie basse situé entre 0 et 7. Une évaluation de cette douleur en post partum avait été faite avec une moyenne de $3,9 \pm 2,4$.

Les tendances entre ces deux périodes ont été analysées, il est vrai que pour 97 mères (71,3%) la tendance est plutôt à la baisse, 11 mères (8,1%) avaient eu une douleur inchangée. Mais 28 mères (20,6%) avaient vu leur douleur augmentée.

4. Discussion

4.1 Points forts de l'étude

Le syndrome du bébé secoué ou TCNA étant un problème de santé grave pouvant entraîner des lésions cérébrales permanentes ou le décès, il était important d'établir le niveau de sensibilisation et connaissances des parents. L'étude a pu être réalisée dans deux grands centres hospitaliers pourvoyeurs d'un grand nombre d'accouchements, la population y était hétérogène. Peu d'étude à notre connaissance se sont centrées sur le lien entre les pleurs et le SBS (15). Dans une des études réalisées en Estonie entre 1998 et 2003 puis publiée en 2008, la relation entre les pleurs et le TCNA y été étudiée. La corrélation entre les courbes de pleurs et du SBS fut décrite. Mais nous pouvions y lire que le pic des pleurs arrivait six semaines plus tôt que le pic d'incidence du SBS. Ce décalage temporel permettrait aux professionnels de santé de conseiller et intervenir au sein de famille dans le besoin (22). Le point fort ici a été la population choisie, il semblerait qu'un nombre faible d'étude ait comparé les différences de connaissance entre les mères et les coparents (14).

Le questionnaire a pu être testé au préalable et modifié en conséquence, ce qui a permis d'écarter un maximum de biais de compréhension, et sans aucun doute, atteindre une population plus large qu'initialement.

4.2 Points faibles de l'étude

Les biais de recrutement ont constitué un point faible de cette étude. Nous n'avons pas inclus les grossesses gémellaires et les mères ne parlant pas le français. Comme vu dans la littérature précédemment, avoir des jumeaux constitue un des facteurs de risque important de ce TCNA (5)(22), au même titre que l'isolement social et familial (5) auxquelles sont souvent confronté les personnes allophones. Pour ces dernières, en vue de la barrière linguistique, on peut se demander si elles sont réellement averties des dangers liés à ce SBS.

Le second point faible est lié à la difficulté d'accès aux coparents : soit ils ne souhaitaient pas répondre car le sujet « les dérangeait », soit par manque de temps. Dans la majorité des cas au moment de la distribution du questionnaire, ils n'étaient pas toujours présents. Pourtant, comme l'indiquent les résultats, il y a un réel manque de connaissance en matière de compréhension des pleurs et du SBS avec une moyenne pour les coparents de $3,7 \pm 1,9$ [0-8] vs $4,1 \pm 1,9$ [0-8] pour les mères. Il en découle probablement une sous-estimation des difficultés dans le quotidien, puisqu'ici 41,9% des coparents avaient répondu qu'ils n'en rencontraient aucune.

Un autre obstacle fut le peu d'accès aux parents dont les enfants étaient hospitalisés en réanimation néonatale ou dans le service de néonatalogie, souvent absents au moment de notre passage. Ils n'étaient selon l'équipe présente, pas prêts psychologiquement à pouvoir répondre à ce type de questionnaire. Il est ainsi dommage d'avoir une population assez faible de prématurés (n=15) car comme nous le savons, ils constituent un des facteurs de risque de SBS. Nous avons interrogé les parents avant leur retour à domicile. En ce qui concerne les primipares, leurs nouveau-nés dormaient beaucoup durant les premiers jours du séjour en maternité, elles n'avaient aucune notion de pleurs et donc du mal à s'imaginer le secouer. Les multipares, mères ou coparents, avaient la notion de la difficulté des pleurs et comprenaient mieux l'enjeu de l'étude et l'importance de sa prévention. Dans notre étude, 10/210 répondants (4,8%) dont 5/136 mères (3,7%) et 5/74 coparents (6,8%) ont déjà imaginé secouer leur enfant sans le faire, parmi eux seulement 2 étaient des primipares. Le profil de ces répondants a été recherché : 8/10 avaient eu un AVB spontané, 1/10 une césarienne en urgence et 1/10 un AVB instrumental. La totalité des mères avaient eu un bon vécu global et ont vu leurs douleurs diminuer entre l'accouchement et le post-partum. Seul 1 coparent sur 5 n'avait pas eu un bon vécu. Il serait, de ce fait, peut-être pertinent d'étendre cette étude au retour à domicile, une fois dans leur quotidien et sans l'accompagnant des soignants qui parfois soulage ces jeunes parents.

4.3 Analyse et comparaison avec la littérature

4.3.1 Connaissances et attitudes des mères et coparents sur les pleurs

Les pleurs apparaissant comme un des facteurs principaux (14) du passage à l'acte, il nous a semblé évident d'évaluer les connaissances des parents à ce propos.

Dans notre étude, nous avons pu voir que les connaissances sur les pleurs normaux d'un nouveau-né restent encore assez faibles : les mères avec une moyenne de $4,9 \pm 1,8$ [1-8] et les coparents de $4,6 \pm 1,6$ [1-8]. Ce sont les mères qui avaient significativement ($p=0,006$) un meilleur savoir que les coparents. Ce manque de connaissance avait déjà été décrit par une étude chinoise de 2021, où sur 568 parents, seuls 9 (1,6%) d'entre eux avaient répondu juste aux neufs questions (15). Les résultats sont proches des nôtres, seulement 10/210 (4,76%) des répondants avaient toutes les réponses correctes dont 9/136 mères (6,61%) et 1/74 coparent (1,35%).

À la question « Pensez-vous qu'il soit normal qu'un bébé pleure longtemps jusqu'à 6h » issue de l'article précédemment cité, 89,8% des parents ne le savaient pas vs 73,8% dans notre étude ; il s'agissait de 71,3% de mères et 78,4% de coparents. La proportion de réponses inexactes étant d'autant plus élevée chez les coparents que les mères mais aucune différence significative entre les deux groupes n'a été mise en évidence ($p=0,34$, RR= 1,13 [0,92-1,39]). Il est important

de relever que d'après l'étude réalisée en Estonie, 88,5% des parents avaient contacté leur médecin de famille ou un spécialiste en raison des pleurs excessifs ou de l'irritabilité de leur bébé, ceci peu de temps avant l'hospitalisation ou le décès de l'enfant étiqueté par la suite SBS. Toutefois lorsqu'il s'agit de questions sur les attitudes, les coparents avaient de meilleurs résultats. Face à des pleurs inconsolables et une nervosité du parent, 33,8% des coparents avaient l'attitude adaptée en laissant l'enfant sur son lit et en quittant la pièce vs 29,4% des mères. Les moyennes du score concernant l'attitude face aux pleurs étaient de $4,1 \pm 0,9$ [2-7] pour les mères et $4,5 \pm 1,2$ [3-7] pour les coparents. Ce sont les coparents qui adoptaient significativement une meilleure attitude ($p=0,007$). Ce résultat explique que le score final des pleurs ne soit pas significatif ($p=0,64$) entre les deux groupes malgré un réel écart de connaissance.

4.3.2 Connaissances vis-à-vis du SBS

Notre étude permet de mettre en évidence une sensibilisation insuffisante des parents sur le TCNA et ses conséquences. Les scores calculés montrent une moyenne de $3,7 \pm 2,1$ [0-7] pour les mères vs $3,1 \pm 2,1$ [0-7] chez les coparents. Les mères restent à nouveau celles qui ont significativement ($p=0,05$) le plus de connaissances vis-à-vis des coparents. Ce résultat avait déjà été décrit lors d'une étude récente d'avril 2022 en Arabie Saoudite (19). Dans cet article y est décrit un taux significativement plus élevé ($p=0,04$) pour les mères (21,4%) vs les coparents (14,7%). Dans ce même article saoudien, 57% ont répondu « oui » à la question : « les pleurs sont la principale cause de ce syndrome », dans notre travail nous avons un résultat significatif en faveur des mères ($p=0,04$) soit 39% de nos répondants dont 44,1% des mères et 29,7% des coparents.

Les répondants étaient assez unanimes sur la question « Pensez-vous que secouer un bébé est plus dangereux qu'une fessée ? », nous avons 83,8% de réponse correcte dont 84,6% des mères et 82,4% des coparents. Cela rejoint l'étude chinoise (15), où 79,9% de leur population avaient répondu « oui ». Dans une étude française publiée en 2014 et réalisée à la maternité Saint-Maurice (14), 20% seulement pensaient que secouer un bébé était plus dangereux qu'une chute de la table à langer. Dans l'étude actuelle, 47,6% le pensaient (52,2% de mères, 39,2% de coparents). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre ces deux groupes ; $p=0,09$ (RR= 1,20 [0,98-1,46]).

À la question « Pensez-vous qu'il est possible de secouer un bébé en jouant avec lui ? », la réponse attendue était « non ». Dans l'article français précédemment cité, 32% des mères et 35% des pères avaient répondu correctement. Dans notre étude, c'était 47,8% des mères vs

59,5% des coparents ($p=0,11$). D'après le rapport de la HAS de 2017, « il n'a été retrouvé dans la littérature aucun traumatisme crânio-cérébraux lié à des jeux (lancer un enfant en l'air, lui faire faire l'avion) ».

Comme énoncé précédemment, les études s'accordaient à dire qu'il y avait une prédominance du sexe masculin dans les TCNA (5)(6)(10)(12)(13), encore méconnu du grand public étant donné qu'il y a eu très peu de réponse correcte à la question « Les garçons sont plus touchés que les filles ? », 2,9% avaient répondu « oui » comprenant 5 mères (3,7%) et 1 coparent (1,4%), $p=0,66$ (RR= 2,77 [0,30-133,4]).

En ce qui concerne les conséquences du SBS, dans cette même étude précédemment citée, seuls 28,8% des participants ont reconnu la mort comme une conséquence possible du SBS, ce qui n'est pas surprenant, étant donné que seulement 32,1% des participants avaient entendu parler de ce syndrome. Dans l'étude française réalisée à la maternité de Saint-Maurice (14), 99% des mères et la totalité des coparents pensaient que secouer un bébé pouvait entraîner la mort ou une invalidité permanente. Ces résultats rejoignent une étude allemande (23), 59,4% ont déjà entendu parler du SBS, parmi eux 90,8% ont reconnu la mort comme une conséquence possible. Cette dernière étude est plus cohérente avec la nôtre : 73,3% de nos répondants auraient déjà eu des informations dont 80,9% des mères et 59,5% des coparents ; $p<0,001$ (RR=1,53 [1,14-2,07]), parmi eux 69,5% étaient convaincus que le décès était une conséquence (74,3% des mères et 60,8% des coparents). Cette différence pourrait refléter le large écart de connaissances entre les pays occidentaux et orientaux. Nous avons pu voir après analyse de nos scores que les mères ($4,6 \pm 2,3$ [0-7]) avaient significativement ($p=0,01$) plus de notion sur les conséquences que les coparents ($3,7 \pm 2,6$ [0-7]). Malgré tout, plus de 82% des mères et coparents avaient conscience que secouer un bébé n'étant pas sans conséquences.

Le manque évident de connaissance et en particulier des coparents reste un obstacle majeur dans l'objectif de diminution de l'incidence, comme nous le savons d'après certains articles, les auteurs des faits restent majoritairement les hommes (14) (24). Dans une étude canadienne, le père biologique représentait 50% des agresseurs et dans 72% des cas il s'agissait d'un homme (10). Un article français publié et traduit en décembre 2022 dans « *le Journal of Midwifery & Women's Health* » associeraient cette dominance masculine au fait que les mères (essentiellement en France), reprennent rapidement le travail, l'enfant serait pris en charge par le père ou des nounous très précocement sans sensibilisation au préalable (24).

4.3.3 Source de l'information

Ce défaut de connaissance identifié des mères ou des coparents seraient probablement attribuable à un défaut de sensibilisation de la population. Le SBS pourrait pourtant être évité avec une prévention adéquate.

En dépit d'un niveau faible de savoir, nous avons constaté une attitude positive de nos répondants (69,5%), qui souhaitent en apprendre davantage (67,6% de mères, 73% de coparents), sans qu'aucune différence significative n'ait été démontrée entre les deux groupes ($p=0,51$). Ce désir d'information avait été mis en lumière dans une étude réalisée en Arabie Saoudite où 82,5% étaient désireux d'en savoir plus (19), c'était également le cas dans une étude irlandaise où plus de 99% souhaitaient des informations complémentaires (25).

Il apparaît comme essentiel de pouvoir améliorer dans un premier temps la prévention sur les pleurs et le SBS, par les parents mais également les soignants, qui sont en première ligne de cette sensibilisation. Des programmes avaient été mis en place notamment aux États-Unis pour lutter contre le TCNA. Ils visaient les nouveaux parents, avant leur sortie de la maternité ; ceux-ci recevaient des informations sur les pleurs et les dangers des secousses liés au SBS. L'efficacité du programme a été évaluée 7 mois plus tard par appel téléphonique. L'incidence a été nettement diminuée de 47 %, passant de 41,5 cas pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de contrôle de 6 ans à 22,2 cas (26). Il a pu donc être démontré que l'éducation des parents avant le retour à domicile par les professionnels de santé permettrait de réduire le fléaux de ce phénomène (26)(27).

La principale source d'information dans différents articles reste les médias et réseaux sociaux. En Arabie Saoudite (19) cela représentait 42,2%, dans l'étude irlandaise (25) et allemande (23) cela équivalait à plus de 80%. Ces résultats sont cohérents avec notre étude : 34,9% de nos répondants (89% des mères vs 27% des coparents), $p=0,01$ (RR= 1,38 [1,02-1,88]) avaient eu des informations par les médias.

La plupart des mères (69,6%) et coparents (68,5%) souhaitent recevoir des renseignements détaillés durant la grossesse ; $p=0,95$ (RR= 1,01 [0,77-1,33]), l'étude saoudienne (19) avait une majorité de 38,7% désireux d'avoir ces informations en prénatal.

La prévention apparaît comme essentielle quand on connaît l'irréversibilité des conséquences. Elle diminuerait l'incidence de manière considérable, il est important de pouvoir repérer les facteurs de risques afin d'éviter le passage à l'acte (13). Dans cette optique, nous proposons une brochure synthétique à destination des parents (Annexe II) qui leur permettraient d'avoir des informations importantes sur les pleurs, le SBS, ses conséquences et les gestes. Cette

brochure fut accueillie de manière très positive y compris par les personnes refusant de participer à l'étude.

Le gouvernement avait déjà investi dans plusieurs campagnes pour améliorer la prévention du TCNA. Après une actualisation des recommandations en 2011 puis 2017, une campagne avait été lancée en janvier 2022 par l'initiative d'Adrien Taquet, secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles. Cette campagne reposait sur une diffusion d'un film choc accompagnait d'un « kit de communication » avec affiche et dépliant et s'inscrit dans le cadre du dispositif des « 1000 premiers jours ». Le gouvernement avait conçu bien avant la nôtre une brochure très détaillée (Annexe III) mais jugée trop longue et trop complexe par les parents. Sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), le carnet de santé délivré à la naissance de l'enfant avait également été mis à jour en 2018. Il présente brièvement les pleurs normaux du nouveau-né et le SBS (Annexe IV). Il semblerait que cette diffusion d'information commence à toucher le grand public étant donné que la source principale reste les médias. Maintenant il semblerait pertinent d'atteindre une plus large population et donner les moyens aux soignants d'accentuer cette sensibilisation.

4.3.4 Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA)

Le vécu de l'accouchement fait parti des éléments importants pour un lien mère-enfant optimal, dans notre étude plus de la moitié des mères (67,6%) et coparents (62,2%) avaient de bon vécu (entre 8 et 10), une moyenne respectivement de $7,9 \pm 2,6$ [0-10] et $7,7 \pm 2,1$ [1-10].

Il n'y avait aucune différence significative ($p=0,47$) en ce qui concerne le vécu du premier instant du nouveau-né entre les mères ($1,5 \pm 1,0$ [1-4]) et les coparents ($1,6 \pm 0,9$ [1-4]).

Nous avons remarqué que 20,58% des mères avaient une douleur augmentée entre l'accouchement et le post-partum. Le profil de ces patientes a été recherché, 15/28 étaient des primipares dont 7 avaient eu une césarienne ou une extraction instrumentale. Pour 13 patientes le vécu de l'accouchement était situé entre 0 et 7. Il semblerait que la principale raison de l'amplification des douleurs soit liée au jour de l'interrogatoire (24/28 d'entre elles était entre J0 et J2 de leur post-partum dont 14/24 à J0 ou J1).

Il n'a pas été possible de comparer nos données au QEVA d'origine car il prenait en compte des critères différents des nôtres. L'article comparé les groupes 0-7 vs 8-10 correspondant à l'expérience globale de l'accouchement sur une échelle numérique notée de 0 (mauvais vécu) à 10 (Très bon vécu). Leurs résultats ont montré une douleur augmentée dans le groupe 0-7. Lors des premiers instants avec le nouveau-né, 53,2% du groupe 0-7 vs 77,2% du groupe 8-10 ont pu avoir leurs bébés dans les bras quand ils le souhaitaient ; $p<0,001$. 34,9% du groupe 0-

7 vs 60,9% du groupe 8-10 avaient imaginé ces premiers moments comme ils l'ont réellement vécu ; $p < 0,001$.

4.4 Comparaison à d'autres mémoires

Plusieurs mémoires ont été réalisés au cours de ces dernières années en France. Pour autant aucun, à notre connaissance, n'avait comparé les mères et coparents. Un des mémoires avait déjà suggéré dans sa discussion de comparer les mères et coparents mais depuis il semble qu'aucune étude n'ait été réalisée. Il a été d'autant plus important d'avoir pu conduire cette étude, l'auteur des faits restant majoritairement les hommes. Certains d'entre eux évaluaient les connaissances des mères sur le SBS et les sources d'informations reçu par celles-ci (28), un autre réalisé à Grenoble en 2019 avait comme objectif initial d'analyser les connaissances des pères concernant le SBS (29). Toutes ces études mettaient en évidence des défauts de connaissances à tous les points de vue et une insuffisance de sensibilisation, d'autant plus, de la part des professionnels de santé, qui, pourtant sont le premier rempart face à ces jeunes parents. Ce manque de transmission d'information du personnel médical a été mis en lumière dans le mémoire réalisé à Grenoble (29). Il est vrai que notre étude a permis aussi de mettre en évidence ce défaut d'information puisqu'en réalité seulement 14 % des mères et 2,7% des coparents s'estimaient très bien informés. Et inversement 14% de mères et 39,2% de coparents ne s'estiment pas du tout informés.

Nous pouvons nous demander si ce manque de diffusion de l'information par les professionnels de santé ne résulte pas d'un manque de formation et de connaissances du professionnel lui-même. En effet, plusieurs mémoires ont visé à l'identifier. Les résultats ont démontré une difficulté à la prévention du SBS (30)(31), un manque de connaissance notamment des sages-femmes qui souhaiteraient pourtant être mieux former (32). Les sages-femmes, actrices essentielles en terme de prévention, donneraient pour beaucoup en systématique des informations concernant les pleurs et la mort inattendue du nourrisson mais trop peu sur le SBS, en cause le manque de temps et une connaissance trop faible aurait été mis en évidence dans un mémoire mené en Bretagne Occidentale en 2017 (32).

5. Conclusion

Nos résultats montrent que les connaissances des parents au sujet des pleurs normaux des nouveau-nés et du SBS restent assez faibles et insuffisantes. Cette étude a surtout permis de marquer un écart de connaissances entre les mères et les coparents. Les mères avaient majoritairement un meilleur savoir. Il est donc important de pouvoir également sensibiliser les coparents, l'auteur des faits étant le plus souvent un homme et le père.

Une attitude positive ressort de la majorité de nos répondants qui souhaiteraient en apprendre davantage, surtout en période prénatale. Cependant une attitude positive seule ne suffit pas à modifier les pratiques. Les autorités sanitaires devraient dans ce sens poursuivre leurs efforts et multiplier les campagnes de sensibilisation afin de toucher une population plus large. Dans cette étude, le principal outil d'information des parents restait les médias et réseaux sociaux. L'objectif serait dorénavant de pouvoir mieux former les professionnels de santé qui sont les acteurs essentiels à cette prévention. Des notions approfondies de la pathologie leur permettraient d'aborder le sujet sans difficulté.

Cette pathologie reste de forte actualité, comme le montre une étude française (33) réalisée à l'hôpital Necker à Paris entre janvier 2017 et décembre 2021, publiée en août 2022. Cette étude aurait mis en évidence une augmentation de l'incidence et la sévérité du TCNA durant la pandémie liée au COVID-19 et aux restrictions de sortie qui maintenaient les jeunes parents à leur domicile. Il met également en lumière la nécessité d'actions préventives supplémentaires, nous pouvons nous demander s'il ne serait pas intéressant de commencer ces actions préventives dès la période anténatale sans attendre de pouvoir constater les difficultés des parents en suite de couche

Bibliographie

1. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*. avr 2005;29(4):325-34.
2. Caffey J. On the Theory and Practice of Shaking Infants: Its Potential Residual Effects of Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *American Journal of Diseases of Children*. 1 août 1972;124(2):161-9.
3. Guthkelch AN. Infantile Subdural Haematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *Br Med J*. 22 mai 1971;2(5759):430-1.
4. Vellut N, Cook J, Tursz A. Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ? *Recherches familiales*. 8 mars 2017;14(1):135-48.
5. Laëtitia C. Syndrome du bébé secoué, HAS. 2017;46.
6. Tursz A, Cook JM. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatr Radiol*. déc 2014;44 Suppl 4:S641-646.
7. dp_sbs_def_170122.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sbs_def_170122.pdf
8. Le syndrome du bébé secoué, naitre&grandir [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-bebe-secoue-pleur/>
9. Adamsbaum C, Husson B. Le syndrome du bébé secoué : quelles lésions en imagerie ? *Archives de Pédiatrie*. 1 sept 2012;19(9):1002-7.
10. King WJ, MacKay M, Sirnack A. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ*. 21 janv 2003;168(2):155-9.
11. Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome) (for Parents) - Nemours KidsHealth [Internet]. [cité 11 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.kidshealth.org/en/parents/shaken.html>
12. Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatr Child Health*. nov 2001;6(9):673-7.
13. Mireau É. Maltraitance du nourrisson :le syndrome du bébé secoué. *Laennec*. 2008;56(1):18-25.
14. Simonnet H, Laurent-Vannier A, Yuan W, Hully M, Valimahomed S, Bourennane M, et al. Parents' behavior in response to infant crying: Abusive head trauma education. *Child Abuse & Neglect*. 1 déc 2014;38(12):1914-22.
15. Gao Q, Tong L, Tang L, Zhong W, Zhu H. Parental knowledge on infant crying and abusive head trauma and relevant shaking behaviors in China. *Child Abuse Negl*. mai 2021;115:105025.
16. Dias MS, Cappos KM, Rottmund CM, Reed ME, Smith KM, deGuehery KA, et al. Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence? *Pediatr Radiol*. mai 2021;51(6):1093-6.
17. Syndrome du bébé secoué, ameli [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/bebe-enfant/syndrome-bebe-secoue>
18. Marcinkowska U, Tyrała K, Paniczek M, Ledwoń M, Joško-Ochojska J. Evaluation of knowledge regarding shaken baby syndrome among parents and medical staff. *Minerva Pediatr (Torino)*. févr 2021;73(1):35-41.
19. AlOmran HI, AlKharaan ZI, AlDawsari KM, AlDakkan OZ, AlAtif HM, Mohamed MZE. Parental awareness, knowledge, and attitude about shaken baby syndrome in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2022;41:327.
20. Katch LE, Burkhardt T. Development and validation of the infant crying and parent well-being screening tool. *J Community Psychol*. août 2021;49(6):1579-97.

21. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 30 août 2017;17(1):279.
22. Talvik I, Alexander RC, Talvik T. Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*. 2008;97(6):782-5.
23. Berthold O, Clemens V, Witt A, Brähler E, Plener PL, Fegert JM. Awareness of abusive head trauma in a German population-based sample: implications for prevention. *Pediatr Res*. oct 2019;86(4):537-41.
24. Laurent-Vannier A. Shaken Baby Syndrome (SBS) or Pediatric Abusive Head Trauma from Shaking: Guidelines for Interventions During the Perinatal Period from the French National College Of Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2022;67(S1):S93-8.
25. Mann AK, Rai B, Sharif F, Vavasseur C. Assessment of parental awareness of the shaken baby syndrome in Ireland. *European Journal of Pediatrics*. 2015;174(10):1339-45.
26. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005;115(4):e470-7.
27. Altman RL, Canter J, Patrick PA, Daley N, Butt NK, Brand DA. Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics*. 2011;128(5):e1164-72.
28. Guiland M. Ce que savent les mères du syndrome du bébé secoué à la sortie de la maternité: étude descriptive transversale menée à l'HCE de Grenoble. 2012;48.
29. Carayol M. Connaissances des pères concernant le syndrome du bébé secoué. :62.
30. Levet C. Le syndrome du bébé secoué: état des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mis en place d'une prévention.
31. Jault A. Étude transversale sur les pratiques d'information des parents sur le syndrome du bébé secoué en maternité. 2020;
32. Horellou P. Le syndrome du bébé secoué et sa prévention: état des lieux des connaissances et pratiques des sages-femmes du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale. Étude observationnelle descriptive du 25 septembre 2017 au 30 novembre 2017. :47.
33. traumatisme crânien abusif chez les nourrissons pendant la pandémie de COVID-19 en région parisienne | Traumatisme crânien | Réseau JAMA ouvert | Réseau JAMA [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795760>

Annexe I : Questionnaire de l'étude

MEMOIRE Etudiante Sage-Femme: « A PROPOS DES PLEURS DE VOTRE BÉBÉ »

Bonjour, je m'appelle Lina BAILL, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Nice. En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, je réalise ce mémoire.

Ce questionnaire est ANONYME et ne vous prendra que 10 minutes. Vos réponses sont indispensables pour mon mémoire ! Des informations complémentaires vous seront présentées en fin de questionnaire.

Ce questionnaire est à destination des parents (mère et co-parent) pour qui 1 seul enfant vient de naître. Pour cela et afin que l'étude se déroule correctement, je demanderai aux parents présents ensemble de bien vouloir répondre au questionnaire chacun de son côté.

Je vous remercie infiniment d'avance pour votre participation.

Faisons connaissance, Madame, Monsieur

Conformément à la loi sur la réglementation sur la protection des données, vous avez la possibilité de vous rétracter à tout moment. Aussi je vous demanderai d'écrire vos initiales afin de pouvoir retirer vos réponses :

• Etes-vous ? Une femme Un homme

• Etes-vous ? La mère Le co-parent

• Quel âge avez-vous ? ans

• Quelle est votre situation affective ?

En couple cohabitant En couple non cohabitant Pas en couple

• Quelle est votre nationalité ?

• Quelles sont vos origines ?

Europe du Nord Afrique du Nord
 Europe du Sud Autres pays d'Afrique
 Europe de l'Est Asie
 DOM-TOM Moyen Orient

• Est-ce votre 1^{er} bébé ?

Oui Non Si Non, Combien avez-vous d'enfants (sans compter celui-ci ni ceux de votre conjoint) ?

A propos des pleurs d'un bébé

Pensez-vous que/qu'...

| | Oui | Non | Je ne sais pas |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Il soit normal qu'un bébé pleure longtemps, jusqu'à 6h ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Il soit normal que des adultes se sentent frustrés ou en colère par les pleurs des bébés ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Les pleurs des bébés ne puissent pas quelques fois être calmés bien que plusieurs méthodes aient été essayées ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Les bébés pleurent beaucoup dans leurs 5 premiers mois de vie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Il soit normal que les bébés aient l'air d'avoir mal quand ils pleurent, alors qu'ils ne sont pas douloureux ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Il soit normal que les adultes ne sachent pas pourquoi leur bébé pleure ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Il soit normal que les adultes ne puissent pas prédire quand leur enfant aura une crise de larme prolongée ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Il soit normal que les bébés pleurent plus en fin d'après-midi et en soirée ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

• Selon vous, jusqu'à combien d'heures par jour un bébé peut-il pleurer ?

0 2 0 4 0 6 0 8 0 10 Plus de 12

Vos ressentis face aux pleurs de votre bébé

• Vous êtes-vous déjà senti.e bouleversé.e ou en colère à cause des pleurs du bébé ? Oui Non

• Vous êtes-vous déjà senti.e très frustré. A cause des pleurs de votre bébé ? Oui Non

• Les pleurs ou l'agitation de votre bébé vous ont-ils posé un problème ou dérangé récemment ? Oui Non

• Si vous n'arrivez pas à consoler votre enfant lorsqu'il pleure cela signifie que vous êtes un mauvais parent ? Oui Non

• Pensez-vous que vous pourriez rencontrer des difficultés dans le quotidien avec votre bébé notamment sur la compréhension des pleurs ? Oui Non

• Pensez-vous qu'il est normal d'avoir des idées violentes à certains moments sans pour autant les appliquer ? Oui Non

• Avez-vous déjà imaginé secouer votre enfant pour le faire taire, sans le faire ? Oui Non

Vos attitudes lorsque votre bébé pleure, que feriez-vous ?

Mon enfant est inconsolable, il est préférable : Oui Non

• que je le garde dans mes bras pour qu'il soit rassuré

• de le laisser sur le dos dans son lit et quitter la pièce Oui Non

Votre enfant pleure et vous vous sentez nerveux.se. Que faites-vous ?

• Je le calme en le secouant Oui Non

• Je le porte Oui Non

• Je lui caresse le dos Oui Non

• Je demande de l'aide à ma famille et/ou des ami(e)s Oui Non

• Je ne fais rien Oui Non

• Quel diplôme le plus élevé avez-vous obtenu ?

Aucun Enseignement supérieur : Bac +1 à +3
 Brevet des collèges Enseignement supérieur : Bac +4 ou +5
 Baccalauréat (professionnel ou général) Enseignement supérieur : Bac > +5
 CAP / BEP

• Exercez-vous une profession de santé ?

Non Oui Si Oui, laquelle

• Quelle sera la durée prévue de votre congés maternité/paternité ?

• Comptez-vous reprendre une activité professionnelle à la fin de ce congés ?

Non Oui Si Oui, exercerez-vous-même partiellement en télétravail ?
 Oui Non

Parlez-moi de l'accouchement

• Dans quelle maternité avez-vous accouché / Votre compagne a-t-elle accouché ?

L'Archet II Grasse

• Depuis combien de jours votre bébé est-il né ?

• Votre bébé est-il né prématurément (avant 37 semaines) ? Oui Non

• A quel terme votre bébé est-il né (en semaines d'aménorrhée) ?SA

• Comment le début du travail s'est-il déroulé ?

Spontanément Déclenché Césarienne programmée

• Comment l'accouchement s'est-il déroulé ?

Spontanément Par voie basse instrumentale Par césarienne en cours de travail

• L'accouchement a-t-il eu lieu dans un contexte d'urgence

médicale (pour motif maternel ou fœtal), hors accouchement rapide ? Oui Non Je ne sais pas

• Votre bébé est

Une fille Un garçon

• Votre bébé allait-il bien à la naissance

Oui Non

• Avez-vous pu faire du peau à peau dès la naissance ? Oui Non

• Avez-vous été séparé.e de votre bébé plus de 24h après la naissance ? Oui Non

• Quel type d'allaitement pratiquez-vous / Votre compagne pratique-t-elle ?

Maternel Artificiel Mixte

• Dans combien de jours votre retour à domicile est-il prévu ?

Avez-vous déjà lu ou entendu parler du syndrome du bébé secoué ? Oui Non

Si Oui, Comment ?

De par ma profession Journaux
 Dans des structures médicales Flyers, brochures
 Amis / Famille TV, média, réseaux sociaux
 Par des professionnels de santé Autres

Si Oui, quand était-ce ?

• Avant la grossesse Oui Non
 • Pendant la grossesse Oui Non
 • A la maternité, pendant le séjour en suites de couches Oui Non

• Selon vous ?

• Les pleurs du nourrisson sont la principale cause de ce syndrome ? Oui Non Je ne sais pas

• Pensez-vous qu'il est possible de secouer un bébé en jouant avec lui ? Oui Non Je ne sais pas

• Pensez-vous que secouer un bébé est plus dangereux qu'une chute de la table à langer ? Oui Non Je ne sais pas

• Pensez-vous que secouer un bébé est plus dangereux qu'une fessée ? Oui Non Je ne sais pas

• Les garçons sont plus touchés que les filles Oui Non Je ne sais pas

• Selon vous l'âge le plus fréquent des enfants victimes de ce syndrome serait plutôt de :

0 4 mois 0 6 mois 0 1 an Je ne sais pas

• Quels types de conséquences le syndrome du bébé secoué peut-il entraîner ?

- Aucune conséquence Oui Non Je ne sais pas
- Peu de conséquence Oui Non Je ne sais pas
- Retard de développement Oui Non Je ne sais pas
- Problème de comportements Oui Non Je ne sais pas
- Crise d'épilepsie Oui Non Je ne sais pas
- Déficit visuel Oui Non Je ne sais pas
- Hémorragie cérébrale Oui Non Je ne sais pas
- Décès Oui Non Je ne sais pas
- Autres Oui Non Je ne sais pas

• Le syndrome du bébé secoué est une maltraitance punie par le code pénal ?

Oui Non Je ne sais pas

• Auriez-vous aimé recevoir une information détaillée sur le syndrome du bébé secoué ?

Oui Non

• Si Oui, à quelle période ?

Avant la grossesse Pendant les suites de couches
 Pendant la grossesse Durant les visites de vaccination pour le bébé
 A d'autres moments

. Comment vous estimez-vous informé(e) sur le syndrome du bébé secoué ?

- Pas du tout informé.e Suffisamment informé.e
 Pas assez informé.e Très informé.e

C'est presque fini !!!

- . Avez-vous / votre compagne a-t-elle été bénéficié d'un entretien prénatal individuel / précoce ? Oui Non Je ne sais pas
- . Consommiez-vous du tabac pendant votre/la grossesse ? Oui Non
- . Consommiez-vous du cannabis pendant votre/la grossesse ? Oui Non
- . Consommiez-vous de l'alcool pendant votre/la grossesse ? Oui Non
- . Avez-vous déjà subi à quelque moment de votre vie (enfance, adolescence, adulte) des actes de violence physique, psychologique ? Oui Non
- . Si Oui, était-ce un membre de votre entourage ? Oui Non

. Comment avez-vous vécu votre accouchement ou celui de votre compagne ? Si l'on met de côté les émotions relatives à l'arrivée de votre bébé, pour vous en tant que femme/mère ou co-parent, sur une échelle de 0 à 10, quel a été votre vécu de l'accouchement ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très mauvais Très bon

. Toujours à propos de votre vécu de l'accouchement. Pour chaque question entourez la proposition qui vous paraît la plus exacte.

J'ai pu découvrir mon bébé de manière satisfaisante Tout à fait En partie Pas tellement Pas du tout

J'ai eu mon bébé contre moi pour la 1^{re} fois au moment où j'en ai eu envie Tout à fait En partie Pas tellement Pas du tout

Les 1ers instants avec mon bébé correspondent à ce que j'avais imaginé avant l'accouchement Tout à fait En partie Pas tellement Pas du tout

. **Madame**, si l'on met de côté les émotions relatives à l'arrivée de votre bébé, pour vous en tant que femme/mère, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous la douleur au moment de votre accouchement ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur Ne peut pas être pire

. **Madame**, et globalement, aujourd'hui, sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre état douloureux (tous motifs confondus)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur Ne peut pas être pire

Merci beaucoup de votre aide !

Annexe II : Brochure à destination des parents

ANNÉE 2022-2023

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ : C'EST QUOI ?



Définition

Le syndrome du bébé secoué (SBS) aussi appelé traumatisme crânien non accidentel (TCNA), correspond au secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme.

Ces secousses très violentes sont, en général, produites par une saisie manuelle du thorax de l'enfant.

La tête du bébé effectue un mouvement d'avant en arrière très rapide, le cerveau ainsi heurte les parois du crâne.



Quand survient-il ?

Ce syndrome survient la plupart du temps chez des nourrissons de moins de 1 an et dans 2/3 des cas de moins de 6 mois.

Chaque année en France, plusieurs centaines d'enfants sont victimes de ce syndrome. 1 enfant sur 10 décèderait.

La majorité des enfants survivant présenteront par la suite des séquelles lourdes.

Quelles en sont les conséquences ?

Les bébés qui survivent présenteront pour les 3/4 des séquelles lourdes dues aux lésions cérébrales provoquées par les secousses :

- Un retard psycho-moteur ou handicaps moteurs
- Des difficultés d'apprentissage
- Des problèmes de comportements
- Un déficit auditif ou visuel possible
- Des crises épileptiques
- Hémorragies cérébrales

Pour plus d'informations sur le sujet :

- [dp_sbs_def_170122.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr)
- Haute Autorité de santé (has-sante.fr)
- Syndrome du Bébé Secoué - Association Stop Bébé Secoué (stopbebesecoue.fr)

Réalisé par : BAILI Lina, étudiante Sage-Femme en 5ème année, à l'attention des parents

Quels sont les symptômes ?

Les symptômes devant alerter immédiatement signant possiblement une atteinte neurologique :

- Somnolence inhabituelle
- Trouble de la conscience
- Rigidité du corps ou perte du tonus
- Des mouvements anormaux ou convulsion
- Difficulté à respirer

Les symptômes moins grave mais devant tout de même alerter :

- Refus de manger
- Vomissements sans raison apparente
- Perte des sourires ou du babillage habituels
- Un moins bon contact avec irritabilité et pleurs inhabituels
- Des troubles oculaires (mouvements anormaux des yeux)



Que faire dans l'urgence ?

- Contacter les secours médicaux d'urgence en **appelant le 15 ou le 112** (114 par SMS pour les personnes sourdes ou malentendantes)
- En attendant l'arrivée des secours, si le bébé présente des convulsions ou s'il vomit, **le placer sur le côté, en position latérale de sécurité.**
- S'assurer que le bébé n'a pas de fièvre et s'il en a, la prendre en charge.
- Vérifier s'il n'a pas besoin de boire ou de manger, d'être changé, couvert davantage ou au contraire, moins couvert.

Et les pleurs dans tout cela ?

- Les pleurs sont le seul moyen pour le bébé de s'exprimer.
- Un bébé peut pleurer parfois plus de 2-3h par jour (sans raison) et cela peut aller jusqu'à 6h.
- Les bébés pleurent davantage de la naissance jusqu'à l'âge de 3 mois.
- Après 3-4 mois les pleurs diminuent progressivement.



Les numéros utiles :

- **SOS PARENTALITE** : 09 86 87 32 62 (appel non surtaxé). Service d'écoute du lundi au samedi de 14h à 17h.
- **ALLO PARENTS BEBE** : 0 800 00 3456 (c'est anonyme et totalement gratuit !). Service d'écoute, de soutien et d'orientation les parents inquiets dès la grossesse et jusqu'aux trois ans de l'enfant. Disponible du lundi au vendredi de 10h à 13h et de 14h à 18h
- **Numéro d'URGENCE** : La ligne « Allo Enfance en Danger » : Joignable au 119, 24h/24 et 7j/7. Un numéro d'aide et d'écoute. Fait partie du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) qui a pour mission d'apporter aide et conseil aux appelants confrontés à une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être.

Réalisé par : BAILI Lina, étudiante Sage-Femme en 5ème année, à l'attention des parents

ANNÉE 2022-2023

Que faire si je suis en difficulté face aux pleurs inexplicables de mon bébé ?

La priorité est de :



S'éloigner de lui



Le coucher sur le dos dans son lit



Quitter la pièce

L'enfant ne risque rien à pleurer dans son lit seul. En revanche, il peut risquer beaucoup d'être dans les bras d'un adulte exaspéré

Lorsque l'on est fatigué ou peu disponible il est humain d'être exaspéré. Cependant il ne faut pas hésiter à demander de l'aide dans ce cas là.

Annexe III : Brochure du gouvernement (2022)



Campagne nationale de sensibilisation au syndrome du bébé secoué : **UNE MALTRAITANCE QUI PEUT ÊTRE MORTELLE.**

Dossier de presse
Janvier 2022

Une priorité de santé publique

Sommaire

- 03 Définition et chiffres clés
- 04 Une maltraitance volontaire et répétée
- 05 3 questions au Dr Anne-Lauren Vannier
- 06 Le témoignage d'Aude Lafitte, maman endeuillée et engagée
- 07 La campagne nationale de sensibilisation
- 08 Alerter pour mieux prévenir, les professionnels à l'écoute
- 10 Les symptômes qui doivent mettre en garde
- 12 Contacts presse et sources

Les cas de bébés secoués ne sont pas des faits isolés. Chaque année, plusieurs centaines d'enfants en sont victimes. Cette maltraitance, perpétrée volontairement par des adultes, parfois dans le déni de la gravité de leur acte, représente la forme la plus grave de traumatisme crânien de l'enfant.

En France, 1 bébé sur 10, victime de secouements, décède, les autres en subiront les conséquences toute leur vie. Le syndrome du bébé secoué est à l'origine de graves séquelles neurologiques qui se manifestent par des déficiences intellectuelles, visuelles ou motrices, ainsi que des troubles du comportement, de la parole ou de l'attention.

Pour alerter et faire la lumière sur la réalité de ce phénomène, le Gouvernement se saisit du sujet à travers une campagne de sensibilisation nationale. Cette initiative d'Adrien Taquet, secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, soutenue par des experts et des parents témoins, repose notamment sur la diffusion d'un film choc qui rappelle l'essentiel : secouer un bébé est une maltraitance qui peut être mortelle.

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Aussi qualifié de traumatisme crânien non accidentel (TCNA), le syndrome du bébé secoué survient lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est violemment secoué par un adulte. Ces secousses, toujours extrêmement violentes, sont produites le plus souvent lors de la saisie du bébé sous les aisselles ou par le thorax. Sa tête se balance rapidement d'avant en arrière et son cerveau heurte les parois de son crâne.

Le bébé peut alors arrêter de respirer et des lésions cérébrales, oculaires et de la moelle épinière peuvent survenir. Des pertes de neurones importantes, qui impacteront l'enfant toute sa vie, peuvent aussi être occasionnées.



Plusieurs centaines de victimes chaque année¹

Un pic d'incidence entre **2 et 4 mois**²

1 victime sur **10** décède³.

Les **3/4** des survivants présentent des **séquelles graves**⁴.

Un **taux de récurrence élevé** : Les bébés secoués l'ont été en **moyenne 10 fois**⁵.

Les séquelles du syndrome du bébé secoué

Les bébés qui survivent aux secouements connaîtront pour les trois-quarts des **séquelles lourdes dues à des lésions cérébrales** :

- Un retard du développement psychomoteur ou des handicaps moteurs ;
- Des troubles cognitifs et des difficultés d'apprentissage ;
- Des problèmes de comportement ;
- Un déficit visuel ou une cécité ;
- Un déficit auditif ou une surdité ;
- Des crises épileptiques.

¹ Possibilité de recouper les données intégrées des estimations complémentaires du nombre de victimes sur la publication du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) dans le numéro du 14 mars 2019 (N° 14) de Santé de France (HAS) 2017 "Un chiffre condamné par les statistiques dans le cadre de la campagne pour mieux prévenir les secouements du bébé".

² HAS, Santé publique France, 2016, 2018, 2017.

SECOUER UN BÉBÉ EST UNE MALTRAITANCE VOLONTAIRE ET RÉPÉTÉE

Dans l'immense majorité des cas, le syndrome du bébé secoué se produit sans témoin, lorsque l'enfant est seul avec un adulte. Cette maltraitance à huis clos explique en partie le déni dans lequel peut se trouver l'auteur du secouement. La cessation des pleurs du bébé, immédiatement observée dans les suites du secouement violent, est à la base de la répétition des violences et il peut s'installer un véritable cercle vicieux relationnel entre le nourrisson qui pleure et l'auteur qui, en réponse, le secoue. Ainsi, au moment du diagnostic, plus de la moitié des bébés secoués l'ont déjà été au moins à deux reprises. Certains le sont fréquemment, voire quotidiennement.

Certains facteurs de risque peuvent être déclencheurs d'un syndrome du bébé secoué chez les auteurs, dans la majorité des cas l'un des parents ou l'assistante maternelle :

- Tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né ;
- Des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance ;
- Des violences conjugales ;
- Des addictions ;
- Un isolement social et moral ;
- Une intolérance à la frustration, une impulsivité, etc.



Face à cette maltraitance, l'enfant est victime d'une infraction pénale et des peines d'emprisonnement fermes sont encourues par les auteurs

Lorsque les conséquences du secouement sur le mineur constituent un crime, le Code pénal concernant les peines privatives de liberté encourues par les auteurs prévoit :

20 ans de réclusion criminelle pour le cas des violences aggravées entraînant une mutilation ou une infirmité permanente (articles 222-9 et 222-10) ;

30 ans de réclusion criminelle pour le cas des violences aggravées ayant entraîné la mort sans intention de la donner (articles 222-7 et 222-8).

Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale et éthique pour les professionnels de santé

Des dérogations à la violation du secret professionnel permettant de signaler les privations et sévices qu'ils ont constatés (article 226-14 du Code pénal et article 44 du Code de déontologie médicale) ; Les professionnels de santé n'ont pas à être certains de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente selon les recommandations de la HAS.

REGARD D'EXPERT

3 questions

au Dr Anne Laurent-Vannier, ancien chef de pôle de rééducation de l'enfant aux hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Experte près la Cour de cassation, elle a notamment présidé le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le syndrome du bébé secoué.



COMMENT DÉFINISSEZ-VOUS LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ ?

Dr Anne Laurent-Vannier... Le syndrome du bébé secoué est la somme des signes et symptômes induits par les secousses d'un bébé et les mouvements violents de sa tête en hyperflexion et hyperextension. Les secousses sont des gestes d'une extrême violence, qui n'ont rien à voir avec un geste maladroit de la vie quotidienne ni avec le jeu comme lancer un enfant en l'air. Secouer n'est pas jouer, jouer n'est pas secouer. Le jeu est nécessaire au bon développement de l'enfant.

Ce traumatisme du cerveau impacte la vie entière de l'enfant. En effet, le cerveau est un organe essentiel, responsable non seulement de la motricité mais aussi du comportement et du fonctionnement intellectuel. Les secousses sont des gestes d'une extrême violence, qui n'ont rien à voir avec un geste maladroit de la vie quotidienne ni avec le jeu comme lancer un enfant en l'air. Secouer n'est pas jouer, jouer n'est pas secouer. Le jeu est nécessaire au bon développement de l'enfant.

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ N'EST-IL PAS LE PLUS SOUVENT LIÉ AUX PLEURS DE L'ENFANT ?

Dr Anne Laurent-Vannier... Tout d'abord, il faut différencier le fait d'être exaspéré par un bébé, ce qui est humain et peut arriver à tous, du geste lui-même qui rappelle le fait d'une extrême violence. Contrairement aux idées reçues, ce ne sont pas forcément des pleurs incessants de l'enfant qui induisent les secouements. L'adulte, en relation duelle, peut également se montrer intolérant à des pleurs de moindre durée, et réagir alors en secouant l'enfant pour le faire taire. En fait, l'enfant n'est pas « calmé », il est assommé.

Par ailleurs, dans plus de la moitié des cas, les gestes sont répétés. Ce qui pose la question du type de relation liant l'adulte et l'enfant. Dominance, manque d'empathie ? Beaucoup de travaux restent à faire sur ce sujet dans un objectif de prévention.

ALORS QUE DOIVENT FAIRE LES ADULTES QUI SE SENTENT EN DIFFICULTÉ ?

Dr Anne Laurent-Vannier... Il est nécessaire de rappeler que les pleurs sont l'unique moyen de communication dont dispose l'enfant et également que garder un bébé est loin d'être toujours facile. Lorsqu'un est fatigué ou peu disponible, il est tout à fait humain d'être exaspéré. Ce qu'il ne faut pas faire, c'est secouer le bébé. Si on se sent en difficulté et si l'envie de faire taire l'enfant devient trop pressante, la priorité est de s'éloigner de lui, de le couvrir sur le dos dans son lit et de quitter la pièce. L'enfant ne risque rien à pleurer dans son lit, il peut recevoir beaucoup à être dans les bras d'un adulte exaspéré.

Ensuite il faut demander de l'aide. Il faut en parler pour trouver des solutions et éviter l'irréparable. Si un adulte n'en peut plus, exprime son désarroi et dit être à bout, ce n'est jamais anodin. Les professionnels doivent pouvoir entendre et réagir. Dans certains cas, une hospitalisation de l'enfant pour le protéger peut s'avérer nécessaire. Lorsqu'on confie son bébé à un tiers, il faut lui demander ce qu'il ferait en cas d'exaspération, s'assurer qu'il soit averti et connaisse le syndrome du bébé secoué et enfin lui demander instamment, s'il est en difficulté, de ne pas hésiter à le dire pour qu'on puisse l'aider.

LE TÉMOIGNAGE D'AUDE LAFITTE, MAMAN ENDEUILLÉE ET ENGAGÉE

Aude a perdu son fils Timothée le 5 mars 2019. Alors âgé de deux mois, il est décédé des suites du syndrome du bébé secoué. Aujourd'hui, elle se bat pour que ce qui est arrivé à son bébé n'arrive plus à d'autres.



Un matin de mars

Timothée est né entouré d'amour, dans une sérénité totale et un bonheur absolu. Un matin, alors qu'il vient tout juste de fêter ses 2 mois, je le laisse avec son père pour me rendre à un rendez-vous. En sortant et alors que nous devons nous rendre chez le pédiatre pour une visite de routine, j'envoie un sms pour savoir si tout va bien. C'est à ce moment précis que tout bascule : son père me répond qu'il a fait un malaise. À mon arrivée à l'hôpital, je découvre mon fils en grande souffrance. Je cherche à établir un contact avec lui, en vain. Alors que les équipes médicales refusent de se prononcer, je comprends très vite que rien ne va. Après un scanner, le médecin nous indique que Timothée souffre d'hématomes sous-duraux dus au syndrome du bébé secoué.

Comprendre pour se reconstruire

J'ai tout de suite ressenti le besoin de comprendre, de me raccrocher à des choses concrètes, y compris d'un point de vue médical. Je me suis beaucoup renseignée et me suis rendue compte que le syndrome du bébé secoué touchait tous les milieux, sans exception aucune, comme peuvent l'être d'autres maltraitances infantiles. À force de lire et d'entendre des témoignages, j'ai aussi compris que persistait un réel tabou concernant les pères. Des situations compliquées à vivre pour les mères, dans une honte et une culpabilité telles, qu'elles sont parfois dans le déni face au comportement de leur conjoint. En parallèle, j'ai aussi entendu beaucoup d'aberrations sur le syndrome du bébé secoué. Certaines personnes n'arrivent pas à assimiler que l'on puisse faire du mal de la sorte à son enfant. J'ai entendu parler d'accident, de « petit secouement », de « manque de chance ». Certains pensent encore que secouer un bébé n'est pas si grave, qu'ils peuvent s'en remettre, d'où les nombreuses récurrences. Mais comme toutes les violences, elles peuvent aboutir au décès, et dans tous les cas les bébés n'en sortent pas indemnes.

Des secouements fatals

Timothée est ensuite transféré pour une opération visant à faire retomber sa pression crânienne. Après des heures d'attente, nous sommes autorisés à le voir. La tête de mon petit bébé est complètement bandée, il a des tuyaux partout, il respire grâce à des machines et il est plongé dans un coma artificiel profond pour mettre son cerveau au repos, réduire au maximum ses souffrances et ralentir la propagation des lésions. 5 jours d'hôpital s'en suivent, 5 jours pendant lesquels les médecins nous répètent qu'il s'agit du syndrome du bébé secoué. Moi, je reste persuadée qu'il y a une erreur, qu'il doit s'agir d'une maladie rare et surtout qu'il est encore possible de sauver Timothée. Les médecins et le

LA CAMPAGNE NATIONALE DE SENSIBILISATION AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Pour alerter sur la réalité de cette maltraitance et ses conséquences, et présenter des solutions préventives au syndrome du bébé secoué, le secrétariat d'État en charge de l'enfance et des familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé a travaillé en lien étroit avec des parties prenantes engagées, dont des experts reconnus et des parents témoins.

Une campagne pour susciter l'attention de tous

Avec pour objectif d'attirer l'attention du grand public, le spot de la campagne met implicitement en scène, par l'intermédiaire du son d'un babyphone, un agresseur secouant brutalement un enfant. Un parti-pris qui vise à positionner le syndrome du bébé secoué comme étant un acte de maltraitance perpétré par un adulte violent, et seul responsable.

Diffusé en digital, dans le cadre d'une campagne d'achat média, sur les principales plateformes vidéo (YouTube, MYTF1, francetvpluzz, 6play), des plateformes social media (Facebook, Instagram, Snapchat, Twitch) et un large éventail de sites éditeurs, à partir du 17 janvier 2022, ce film choc signale formellement que le syndrome du bébé secoué peut s'avérer mortel dans 1 cas sur 10.

Sa diffusion s'accompagne d'un kit de communication (affiche, dépliant, etc.), pour aider les professionnels et les institutions de santé à sensibiliser leur patientèle ou les publics qu'ils recroisent sur le syndrome du bébé secoué.



SECOUER UN BÉBÉ EST UNE MALTRAITANCE QUI PEUT ÊTRE MORTELLE.

1000 PREMIERS JOURS.fr

Cette campagne s'inscrit dans le cadre du dispositif des « 1000 premiers jours » de l'enfant, destiné aux futurs et jeunes parents, et s'accompagne d'une série de déplacements ministériels sur le terrain.

PRÉVENIR LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ : ALERTER ET PROTÉGER

Le syndrome du bébé secoué n'est généralement pas une violence isolée. Les symptômes antérieurs suggérant une maltraitance sont particulièrement fréquents chez les bébés diagnostiqués. Afin d'éviter les récurrences, les abus doivent donc être détectés le plus tôt possible. Pour cela, il est primordial de :

1. REPÉRER LES SIGNES DE MALTRAITANCE

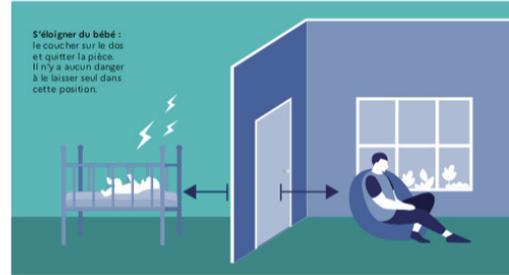
Porter une attention particulière au comportement et aux manifestations de l'enfant pouvant traduire une forme d'inconfort, de mal-être, de malaise, de gêne ou de souffrances psychiques en présence de certains adultes.

S'inquiéter des contusions, ecchymoses ou hématomes, sur un bébé non déambulant qui ne peut se blesser seul.



2. ADOPTER LES BONS RÉFLEXES EN CAS DE DIFFICULTÉ

Garder un bébé n'est pas chose facile. Si les personnes responsables de l'enfant connaissent des difficultés ou se sentent en situation de vulnérabilité face à lui, elles doivent :



Demander de l'aide : partager leurs craintes et leurs doutes à leur entourage comme à des professionnels.



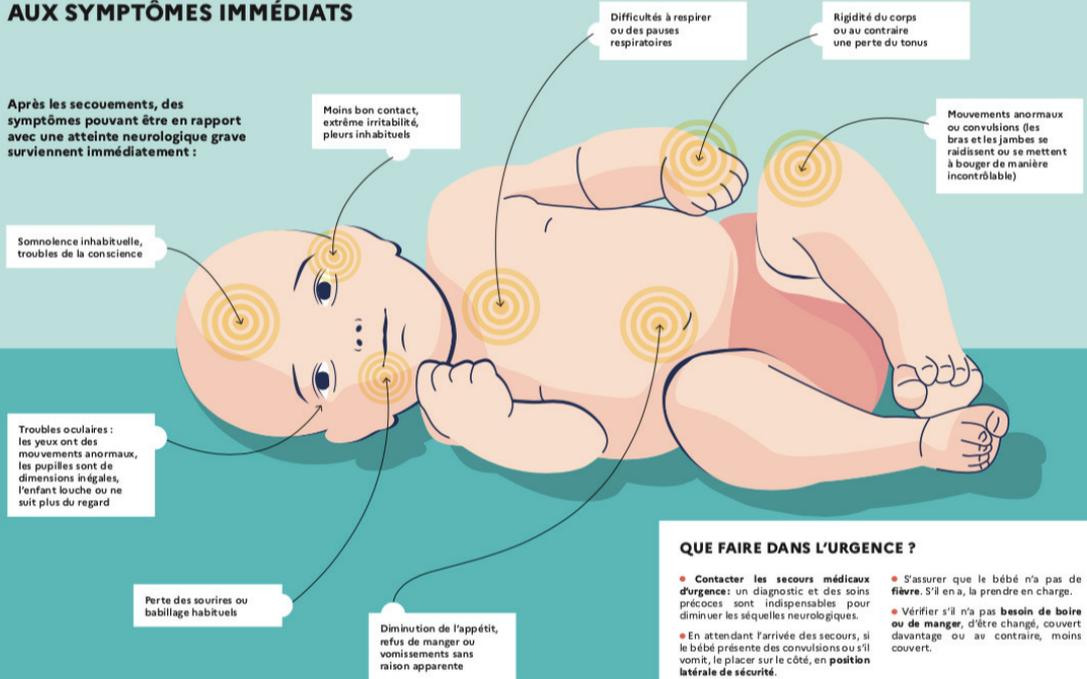
Deux numéros verts existent pour entrer en contact avec des professionnels de la petite enfance :

UN NUMÉRO D'URGENCE :
la ligne « Allo Enfance en Danger » du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) qui a pour mission d'apporter aide et conseil aux appelants confrontés à une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être.
Joignable au 119, 24h/24 et 7J/7.

UN NUMÉRO D'AIDE ET D'ÉCOUTE :
la ligne « Allo Parents Bébé » de l'Association Enfance et Partage qui a pour mission d'écouter, de soutenir et d'orienter les parents inquiets dès la grossesse et jusqu'aux trois ans de l'enfant.
Joignable au 0 800 00 34 56, du lundi au vendredi de 10h à 13h et de 14h à 18h.

3. RÉAGIR DANS L'URGENCE FACE AUX SYMPTÔMES IMMÉDIATS

Après les secouements, des symptômes pouvant être en rapport avec une atteinte neurologique grave surviennent immédiatement :



QUE FAIRE DANS L'URGENCE ?

- Contacter les secours médicaux d'urgence : un diagnostic et des soins précoces sont indispensables pour diminuer les séquelles neurologiques.
- En attendant l'arrivée des secours, si le bébé présente des convulsions ou s'il vomit, le placer sur le côté, en position latérale de sécurité.
- S'assurer que le bébé n'a pas de fièvre. S'il en a, la prendre en charge.
- Vérifier s'il n'a pas besoin de boire ou de manger, d'être changé, couvert davantage ou au contraire, moins couvert.

Annexe IV : Prévention extraite du carnet de santé (2018)

Ses pleurs



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

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

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.

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



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

Titre : Pleurs du nouveau-né et syndrome du bébé secoué : connaissances et attitudes des parents.

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude est de comparer les connaissances en matière de pleurs et sur le syndrome du bébé secoué entre les mères et coparents avant la sortie de la maternité, cela afin d'établir une prévention adéquate par la suite.

Méthode : Étude observationnelle, comparative, bi-centrique et transversale dans le département des Alpes Maritimes (06) au sein d'une maternité de type IIb (CH de Grasse) et type III (CHU de Nice). Une étude s'étendant du 21 septembre 2022 au 25 novembre 2022. Pour cela un questionnaire anonymisé fut distribué au sein des maternités. Les informations ont par la suite été relevées dans deux groupes distincts : les mères et les coparents.

Résultats : 210 personnes ont été incluses dont 136 mères (64,8%) et 74 coparents (35,2%). Les mères avaient de meilleures connaissances que les coparents concernant les pleurs ($p=0,006$) et les conséquences du SBS ($p=0,01$). Les coparents avaient en majorité une bonne attitude face aux pleurs inconsolables ($p=0,007$). Les scores totaux étaient de $4,1 \pm 0,9$ [0-8] pour les mères et $3,7 \pm 1,9$ [0-8] pour les coparents, $p=0,15$. 80,9% des mères vs 59,5% des coparents avaient déjà entendu parler du syndrome du bébé secoué ($p=0,001$), la majorité par le biais des médias et réseaux sociaux. En réalité seulement 14 % des mères et 2,7% des coparents s'estimaient très bien informés. À l'opposé 14% de mères et 39,2% de coparents ne s'estiment pas du tout informés. 69,5% des répondants souhaitaient en savoir davantage, pour la plupart durant la grossesse ou en maternité serait le moment idéal.

Conclusion : Un manque de connaissance notamment des coparents à tous les niveaux a pu être démontré. Ces résultats étaient cohérents avec les données de la littérature actuelle. A pu ressortir de cette étude, une attitude positive des participants qui souhaitaient en savoir davantage. Cependant une attitude positive seule ne suffit pas, il semblerait de ce fait judicieux d'accroître la prévention afin de réduire l'incidence du Traumatisme Crânien Non accidentel (TCNA).

Mots-clés : bébé secoué – pleurs du nourrisson – connaissances/informations – prévention

Title : Newborn crying and shaken baby syndrome: parental knowledge and attitudes.

Abstract

Objective : The aim of this study is to compare mother's and co-parents's knowledge of newborn crying and shaken baby syndrome before discharge from the maternity ward, in order to establish adequate protection.

Method : Observational, comparative, bicentric and cross-sectional study in the Alpes Maritimes department (06) within a type IIb maternity hospital (CH de Grasse) and type III (CHU de Nice). The study ran from the 21st September 2022 to the 25th November 2022, via an anonymised questionnaire distributed in both wards. The information was then collected in two distinct groups: mothers and co-parents

Results : 210 people were included, of which, 136 (64.8%) were mothers and 74 (35.2%) were co-parents. Mothers had better knowledge than co-parents about crying ($p=0.006$) and the consequences of SBS ($p=0.01$). The co-parents had a generally good attitude towards inconsolable crying ($p=0.007$). Total scores were 4.1 ± 0.9 [0-8] for mothers and 3.7 ± 1.9 [0-8] for co-parents, $p=0.15$. 80.9% of mothers vs. 59.5% of co-parents had heard of shaken baby syndrome ($p=0.001$), the majority through the media and social networks. This study revealed that, only 14% of the mothers and 2.7% of the co-parents felt very well informed. Additionally, 14% of mothers and 39.2% of co-parents did not feel informed at all. Finally, 69.5% of the respondents wanted to know more, and most of them felt that during pregnancy or during their stay in the maternity ward would be ideal time.

Conclusion : A start lack of knowledge, especially in terms of co-parents was demonstrated by this study. These results were consistent with current on the subject. The study showed a positive attitude of the participants who wanted to know more. However, a positive attitude alone is not sufficient, so it would be sensible to emphasise education in order to reduce the incidence of shaken baby syndrome.

Key-words: shaken baby syndrome - infant crying - knowledge/information – protection/prevention
