

UNIVERSITE DE POITIERS

FACUTLE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Connaissances et actions de prévention des sages-femmes à propos
du Syndrome du Bébé Secoué : Etude régionale**

Mémoire présenté

Par M^{elle} Bergerat Esther

Née le 3 août 1994

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

Année 2018

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Oriot

Remerciements

Ce mémoire de Master est le résultat d'un travail de recherche de plusieurs mois. Je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de cette étude.

Je souhaite remercier tout d'abord le Directeur de Mémoire, le Professeur Oriot, pour le temps qu'il a consacré à cette étude en m'apportant les outils méthodologiques indispensables. Son exigence et son savoir a également su nourrir mes réflexions.

Je désire aussi remercier Madame Guinot, Directrice de l'école de sages-femmes pour m'avoir permis d'accéder à une formation enrichissante, aboutie par un mémoire de fin d'étude, et pour m'avoir accompagné vers un parcours professionnel en devenir.

J'exprime ma gratitude aux tutrices de ce mémoire, Julia Deparis et Delphine Contal, également enseignantes sages-femmes, pour leurs conseils précieux, leur disponibilité tout au long des étapes me menant à la concrétisation de ce projet.

Je suis également reconnaissante envers les sages-femmes de la région Poitou-Charentes pour leur participation à l'étude et pour avoir accepté de tester leurs connaissances et de nous transmettre leurs expériences.

Enfin, merci à mes proches qui m'ont apporté support moral et intellectuel tout au long de cette démarche.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	p6
2. Méthode	p8
2.1. Etude	p8
2.2. Objectifs de l'étude	p8
2.2.1.Objectif principal	
2.2.2.Objectifs secondaires	
2.3. Population étudiée	p8
2.4. Comparaison	p9
2.5. Outils d'évaluation et critères de jugement	p9
2.5.1.Outils d'évaluation utilisés	
2.5.2.Critères de jugement principaux	
2.5.3.Critères de jugement secondaires	
2.6. Schéma général de l'étude	p10
2.7. Analyse statistique	p10
2.8. Aspect éthiques et réglementaires	p11
3. Résultats	p12
3.1. Inclusion	p12
3.2. Descriptif de la population	p13
3.3. Réponse à l'objectif principal : Les connaissances des sages-femmes concernant le SBS ...p14	
3.3.1.Score obtenu au quizz	
3.3.2.Connaissances de la définition et de l'incidence du SBS	
3.3.3.Les circonstances de l'acte du SBS	
3.3.3.1. Les situations susceptibles d'induire des lésions SBS	
3.3.3.2. Les facteurs de risque du SBS	
3.3.4.Les conséquences médicales du SBS	
3.3.4.1. Les séquelles à court terme du SBS	
3.3.4.2. Les séquelles à long terme du SBS	
3.3.4.3. Les signes cliniques du SBS	
3.3.5.Les conséquences juridiques	
3.3.6.Le message préventif délivré	
3.3.7.Formation des sages-femmes	
3.4. Résultats de l'objectif secondaire : typologie des actions de prévention des sages-femmes	p22
3.4.1.Fréquence de la prévention	
3.4.2.Caractéristiques des sages-femmes réalisant la prévention	
3.4.3.Le moment de la réalisation de la prévention	
3.4.4.Les destinataires de la prévention du SBS	

3.4.5.	La façon d'aborder la prévention du SBS	
3.4.6.	Les obstacles et difficultés faisant entrave à la réalisation de la prévention	
4.	Discussion	p31
4.1.	Rappel des résultats	p31
4.2.	Limites de l'étude	p32
4.2.1.	Biais de sélection	
4.2.2.	Biais d'intérêt	
4.2.3.	Biais d'information	
4.2.4.	Biais de diffusion	
4.3.	Forces de l'étude	p33
4.3.1.	Un sujet d'actualité	
4.3.2.	Une étude originale	
4.3.3.	Une enquête régionale	
4.4.	Discussion en rapport avec l'objectif principal : Les connaissances des sages-femmes à propos du SBS	p35
4.4.1.	Origine et définition du SBS	
4.4.2.	Signes cliniques, séquelles et facteurs de risques du SBS	
4.4.3.	L'information délivrée	
4.4.4.	Intérêt pour une formation à propos du SBS	
4.4.5.	Origine de l'information des sages-femmes	
4.4.6.	Conduites à tenir sur le plan médico-légal	
4.5.	Discussion en rapport avec les objectifs secondaires : Typologie des actions de prévention des sages-femmes à propos du SBS	p38
4.5.1.	Fréquence de prévention	
4.5.2.	Obstacles et difficultés de la prévention	
4.5.3.	Moment de réalisation de la prévention	
4.5.4.	Comment réaliser la prévention	
	Conclusion	p49
	Bibliographie	p45
	Annexes	p49
	Summary et key-word	p57
	Résumé et mots clés	p58

1. Introduction

La Haute Autorité de Santé définit le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) comme un sous-ensemble de traumatismes crâniens infligés (TCI) ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque les lésions. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Le secouement peut être à l'origine d'un hématome sous-dural, d'hémorragie rétinienne, de contusion parenchymateuse, de lésions cutanées, de fractures osseuses (1,2). Il s'agit d'une forme grave de maltraitance envers les nourrissons, observée chez les enfants de moins de 1 an dans 94,7% des cas, l'âge moyen étant de 5,4 mois (3).

Il n'existe pas de données épidémiologiques françaises, mais selon des évaluations faites en Angleterre et en Écosse, les nouveaux cas de SBS chaque année en France seraient de 200 (4,5). Ce chiffre est certainement sous-estimé car il relate uniquement les cas les plus graves ayant pu être diagnostiqués.

Les descriptions sémiologiques du SBS ne permettent pas de dégager de signes cliniques pathognomoniques et insistent sur la grande variabilité du tableau initial. Le tableau clinique le plus évident se compose de signes d'atteinte neurologique (vomissements, irritabilité, troubles respiratoires, pâleur, réflexes vifs, déficit moteur, somnolence) (6,7) associés à des ecchymoses et des fractures. Le diagnostic du SBS est souvent retardé et reste méconnu. Parmi les bébés secoués, 100% des survivants ont des séquelles, 40% ne pourront jamais vivre indépendants, 52% ont des troubles du comportement (8). Les enfants qui survivent au SBS peuvent présenter des lésions permanentes telles que la paralysie, la cécité, l'épilepsie, des troubles de l'alimentation, du sommeil, des retards de développement (motricité, langage), des déficits cognitifs (8,9). L'enfant qui ne semble présenter aucune de ces séquelles pourra tout de même, à long terme, s'avérer être atteint de troubles de l'apprentissage et de la socialisation, ce qui constitue un handicap dit « invisible », d'autant plus difficile à appréhender (10-12). Les auteurs soulignent la nécessité d'un suivi adapté individuellement et prolongé jusqu'à l'âge scolaire.

Ce traumatisme crânien infligé survient dans la majorité des cas par exaspération ou épuisement face à des pleurs qui ne se calment pas (13). Les principaux facteurs de risque connus sont l'isolement, la primiparité, la méconnaissance des comportements normaux et des pleurs du nourrisson et le sexe masculin de l'enfant à 72,7% (3,14). Aucune différence d'incidence en fonction du milieu social n'est retrouvée (3). Nombreux sont les cas dissimulés par les auteurs du secouement, inconscients de la gravité de leur acte. La méconnaissance du diagnostic entraîne un risque de récurrence de cette maltraitance à plus de 50% des cas (15).

En 2009, la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) et la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent d'informer les parents sur les pleurs du nourrisson, sur la possibilité d'en être exaspérés et sur les conséquences d'un acte de secouement. Elles recommandent de coucher l'enfant sur le dos dans son lit et de quitter la pièce face aux pleurs d'un bébé, prolongés et sans cause (1,15).

Déculpabiliser les parents sur la possibilité d'être impuissants face aux pleurs de son enfant, c'est aussi rendre ce sujet moins tabou et les encourager à demander de l'aide et du soutien dans un moment de profonde vulnérabilité et d'isolement. La sage-femme a un rôle essentiel dans ce contexte grâce aux séances d'accompagnement à la naissance et à la parentalité, pendant le suivi prénatal ou encore par sa présence en suite de couche. Il est donc primordial que les sages-femmes soient sensibilisées à ce sujet afin qu'elles puissent assurer une action de prévention auprès des parents et ainsi les accompagner dans des périodes de fragilité (16-19). Cependant, il n'y a pas de données concernant la mise en pratique de la prévention du SBS par les sages-femmes. Une information courte et simple donnée à la naissance permet une meilleure connaissance et compréhension des pleurs et du SBS et ainsi aider à sa prévention (17,). Malgré cette certitude, on ne sait pas si le SBS est une entité bien connue des professionnels, inscrite dans leur cursus de formation initiale et continue. Des enquêtes mettent en évidence que le SBS est méconnu des futurs parents et que la majorité préférerait être informée pendant la grossesse (16).

Face à ce constat, nous formulons les hypothèses suivantes : les sages-femmes sous-estiment le rôle qu'elles ont à jouer dans la prévention du SBS auprès des parents et cette prévention est rarement réalisée en pratique par méconnaissance de la fréquence et de la gravité d'un tel acte. Les conseils et informations à fournir aux jeunes parents sont nombreux avant le retour à domicile et ceux sur le SBS et la gestion des pleurs sont insuffisamment pratiqués. Nous pensons également que les sages-femmes se sentent en difficulté dans la manière d'aborder ce sujet sensible, manquant de ressources et d'outils.

Le but de l'étude était de mettre en évidence les difficultés des sages-femmes rencontrées lors de la réalisation de la prévention du SBS, et de discerner leurs besoins qu'ils soient théoriques ou pratiques.

2. Méthode

2.1. Etude

Il s'agissait d'une étude d'enquête prospective multi-sites par questionnaire intéressant les sages-femmes de toute la région Poitou-Charentes qui s'est étendue du mois de mai 2017 au mois de décembre 2017.

2.2. Objectifs de l'étude

2.2.1. Objectif principal

Évaluer les connaissances des sages-femmes de la région Poitou-Charentes concernant le syndrome du bébé secoué.

2.2.2. Objectifs secondaires

Identifier une typologie des actions de prévention réalisées par les sages-femmes :

- Le nombre de sage-femme qui réalise la prévention,
- Les caractéristiques des sages-femmes réalisant la prévention,
- Les moyens jugés utiles pour réaliser cette prévention,
- Le moment de la réalisation de cette prévention.

Évaluer les obstacles et les difficultés que présentent les professionnelles dans la réalisation de cette prévention.

2.3. Population étudiée

Cette étude concernait toutes les sages-femmes de la région Poitou-Charentes quel que soit leur mode d'exercice (hospitalière, clinique, libérale, Protection Maternelle et Infantile), afin d'avoir une vision exhaustive des différentes professionnelles.

Seules les sages-femmes acceptant de participer et renvoyant le questionnaire ont été incluses dans l'étude.

2.4. Comparaison

Deux groupes ont été formés, celui des sages-femmes hospitalières et celui des extrahospitalières, afin de comparer leurs scores de bonnes réponses au questionnaire évaluant leurs connaissances sur le SBS, ainsi que les caractéristiques de leurs actions de prévention. La population d'étude a été également comparée en fonction de la classe d'âge afin d'identifier une éventuelle différence liée à l'expérience.

2.5. Outils d'évaluation et critères de jugement

2.5.1. Outils d'évaluation utilisés

Les données ont été collectées via un questionnaire Google-Form autoadministré, composé de questions fermées et ouvertes.

2.5.2. Critères de jugement principaux

Le critère de jugement de l'objectif principal était le score obtenu au quizz concernant les connaissances des sages-femmes à propos du syndrome du bébé secoué.

Les connaissances évaluées ont porté sur :

- La fréquence du SBS,
- Les circonstances de l'acte,
- Les conséquences médicales sur l'enfant à court et long terme,
- Les conséquences juridiques,
- Les facteurs de risques.

2.5.3. Critères de jugement secondaires

- La classe d'âge, le mode d'exercice, le département d'activité ont été collectés pour établir le profil des sages-femmes réalisant la prévention,
- Le type de population visé lors de la prévention faite par les sages-femmes,
- La classe temporelle de réalisation de la prévention,
- Les moyens utilisés pour aborder ce sujet,
- La classe des difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette prévention.

2.6. Schéma général de l'étude

Les questionnaires ont été distribués par mail grâce aux secrétaires et directrices des ordres départementaux des sages-femmes de la région, disposant d'une liste de mail de toutes les sages-femmes de leur département. Trois relances ont été effectuées.

Afin de recueillir un plus grand nombre de participants, les cadres de tous les centres hospitaliers des quatre départements du Poitou-Charentes ont été contactés afin qu'ils diffusent par mail le questionnaire, à l'ensemble de l'équipe des sages-femmes.

L'ordre national des sages-femmes disposait d'une liste de 130 sages-femmes libérales recensées dans la région Poitou-Charentes. Quatre-vingt-douze professionnelles libérales étaient recensées en 2016 dans cette même région. Celles dont l'adresse e-mail n'était pas renseignée sur le site internet du conseil de l'ordre, ont été contactées par téléphone afin de récupérer une adresse mail sur laquelle le questionnaire pouvait être envoyé si elles l'acceptaient.

Les sages-femmes de PMI de la région ont été contactées par téléphone afin de disposer d'une adresse mail pour l'envoi du questionnaire également.

Enfin, avec l'accord de la cadre du CHU de Poitiers, des questionnaires papiers ont été distribués aux sages-femmes des différents services, une bannette était à leur disposition pour le retour des questionnaires anonymes.

2.7. Analyse statistique

Le logiciel Epi info version 7 a été utilisé pour analyser les données. Les caractéristiques de la population sont décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été présentées par leurs moyennes, leurs écarts-types et leurs valeurs extrêmes.

Les variables explicatives qualitatives ont été comparées par le test de χ^2 d'indépendance ou celui exact de Fisher lorsque ce dernier était plus approprié. Les variables explicatives quantitatives ont été comparées par le test t de Student ou le test de Mann-Whitney/Wilcoxon lorsque les effectifs des groupes comparés étaient inférieurs à 30. Le seuil de signification des tests a été fixé à une valeur de $p < 5\%$.

2.8. Aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ». Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

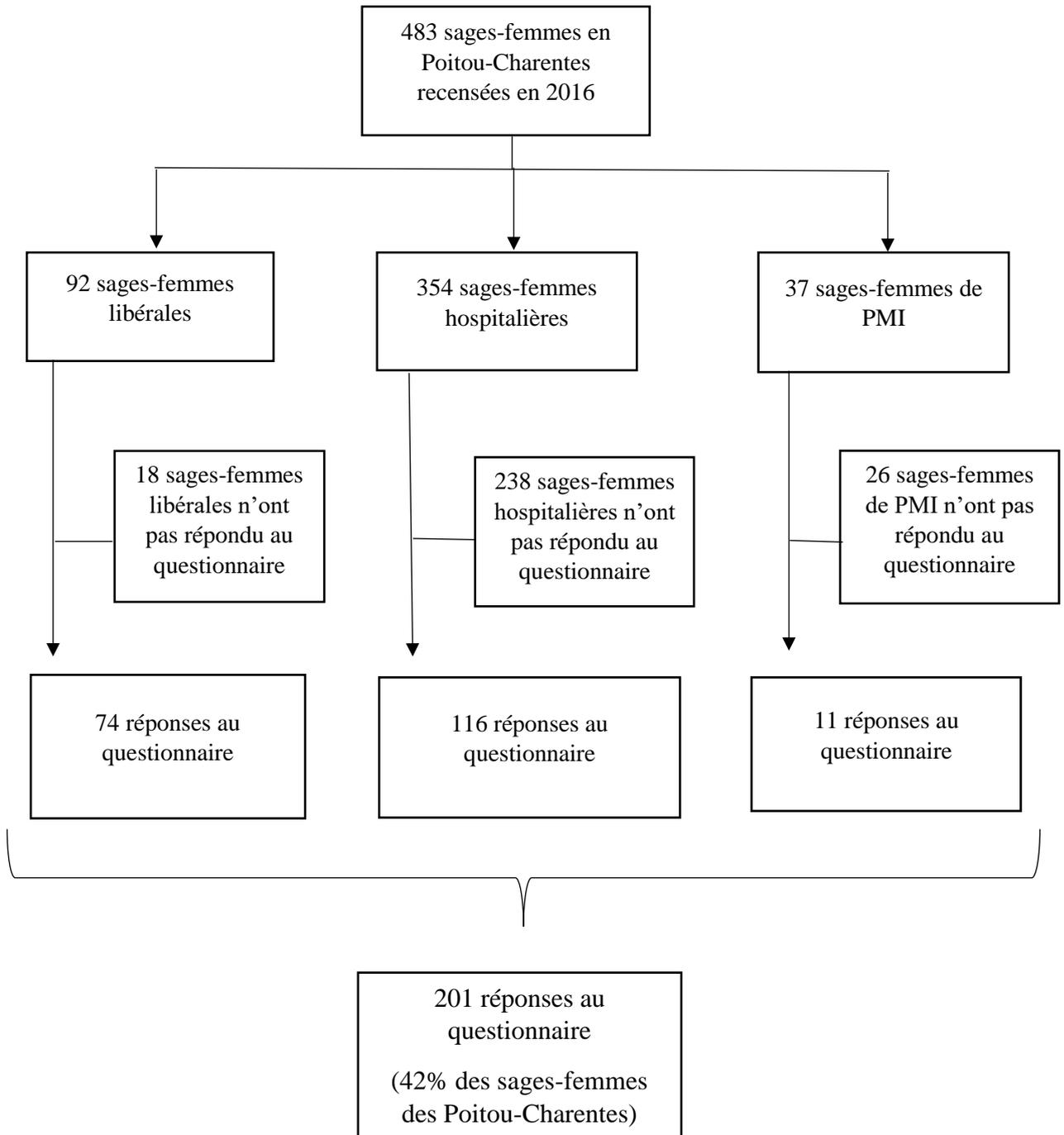
- L'identité du responsable du traitement des données,
- L'objectif de la collecte d'informations,
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude, les destinataires des informations.

Les questionnaires étaient anonymes et le retour du questionnaire complété par le sujet faisait office de consentement pour participer à l'étude.

Aucune donnée permettant d'identifier la sage-femme ne figurait sur le questionnaire ni dans la base de données constituée.

3. Résultats

3.1. Inclusion



3.2. Descriptif de la population

Sur 201 répondants, 197 étaient des femmes (soit 98%), et 4 étaient des hommes (soit 2%).

Trente-deux pour cent des sages-femmes interrogées travaillaient dans le département de la Vienne (soit 66 sages-femmes), 26% dans les Charente-Maritime (soit 52 sages-femmes), 19% dans les Deux-Sèvres (soit 37 sages-femmes), et 23% dans la Charentes (soit 46 sages-femmes).

Parmi les sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 78% avaient des enfants (soit 156 sages-femmes).

La population étudiée fut répartie en fonction de la classe d'âge (Figure 1) et du secteur d'activité (Figure 2), afin d'avoir une représentation des caractéristiques des sages-femmes ayant répondu au questionnaire.

Quatorze sages-femmes de la population d'étude ont été témoins cliniquement d'un SBS, soit 7%.

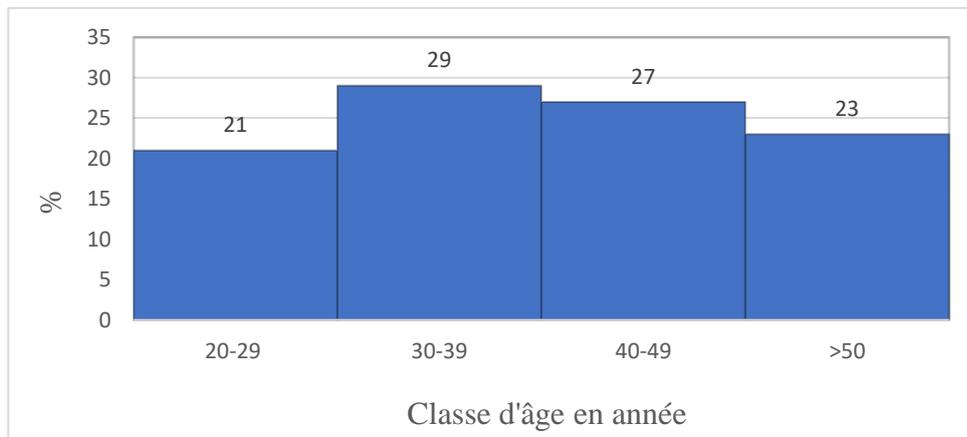


Figure 1 : Répartition de la population d'étude par classe d'âge

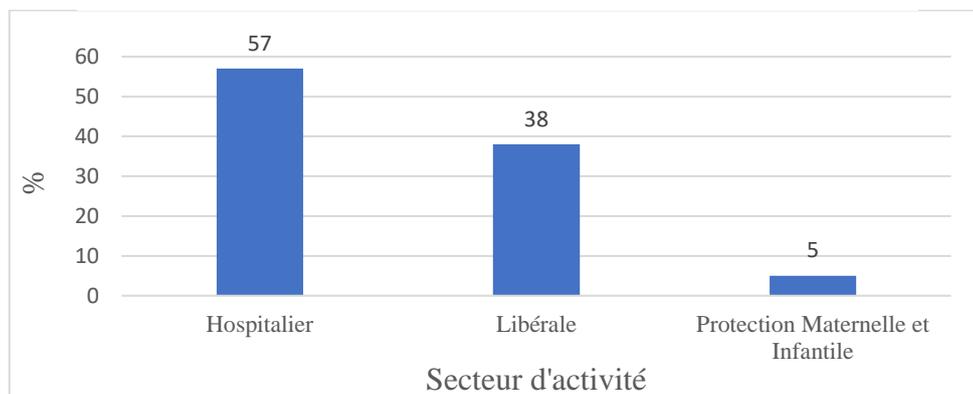


Figure 2 : Répartition de la population d'étude en fonction du secteur d'activité

3.3. Réponses à l'objectif principal : Les connaissances des sages-femmes concernant le SBS

Soixante-dix-neuf pour cent de la population interrogée affirmait ne pas connaître les recommandations concernant le SBS, soit 159 sages-femmes.

Parmi les sages-femmes ayant été témoins d'un SBS cliniquement, 50% disait connaître les recommandations à ce sujet.

3.3.1. Score obtenu au quiz

Quatorze questions évaluaient les connaissances des sages-femmes à propos du Syndrome du bébé secoué, parmi lesquelles 37 critères ont permis d'établir un score. Le total sur 37 a été transformé en un score sur 100 pour plus de clarté.

Le score obtenu le plus élevé était de 92/100, et le score le plus bas était de 16/100. La moyenne générale de toutes les sages-femmes interrogées était de 57/100.

La médiane du score était de 59/100, l'écart-type du score était de 15.

La moyenne générale des professionnelles du secteur hospitalier était de 58/100, contre 57/100 pour celle des professionnelles du secteur extrahospitalier.

La moyenne des sages-femmes ayant été témoins d'un SBS cliniquement était de 58/100

3.3.2. Connaissances de la définition et de l'incidence du SBS

Une question concernant la définition du SBS était posée aux sages-femmes, afin d'évaluer la connaissance du caractère maltraitant et infligé de cet acte (Figure 3).

Le pourcentage de sages-femmes qui considérait le SBS comme un traumatisme crânien infligé et une forme grave de maltraitance, et de ce fait répondait juste à la question concernant la définition en cochant les 2 critères, était de 40% (soit 80 sages-femmes).

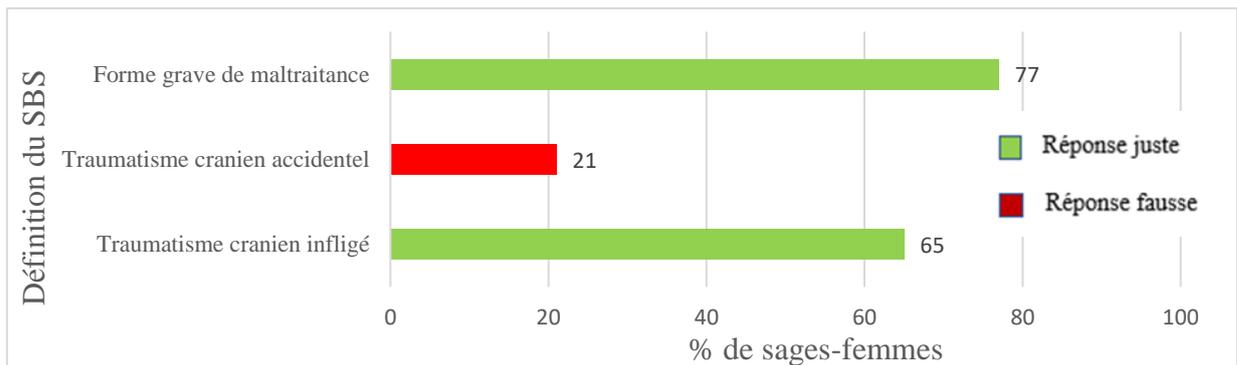


Figure 3 : Définition du SBS selon les sages-femmes

Vingt-cinq pour cent des sages-femmes interrogées (soit 51 sages-femmes) connaissaient le taux d'incidence du SBS en France, 69% savaient qu'il était sous-estimé (n=139). Vingt pour cent des sages-femmes interrogées sous-estiment l'incidence du SBS en France (n=39).

Une question concernant l'incidence du SBS en fonction de la classe sociale des parents était posée aux sages-femmes. Il était donc évalué si ces dernières se représentaient des facteurs de risques sociaux influençant la survenue de cette maltraitance (Figure 4).

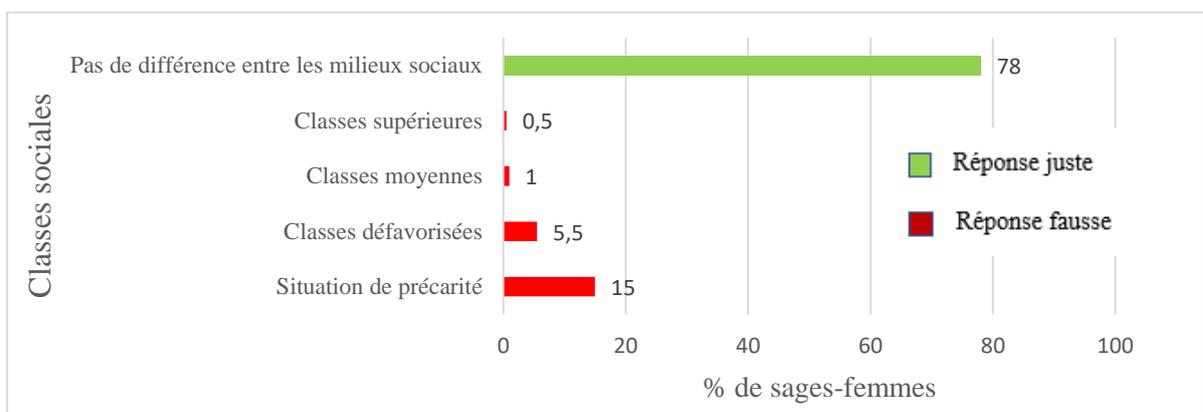


Figure 4 : Classes sociales où l'on retrouve la plus grande incidence du SBS selon les sages-femmes

3.3.3. Les circonstances de l'acte du SBS

3.3.3.1. Les situations susceptibles d'induire des lésions SBS

Les sages-femmes étaient interrogées sur les situations susceptibles d'induire des lésions SBS, afin de déterminer si elles distinguaient les mécanismes spécifiques du secouement (Figure 5).

Dix-neuf pour cent de la population étudiée avait répondu juste à la question concernant la situation pouvant provoquer les lésions SBS, en cochant uniquement le critère du secouement d'un nourrisson par un adulte (soit 38 sages-femmes).

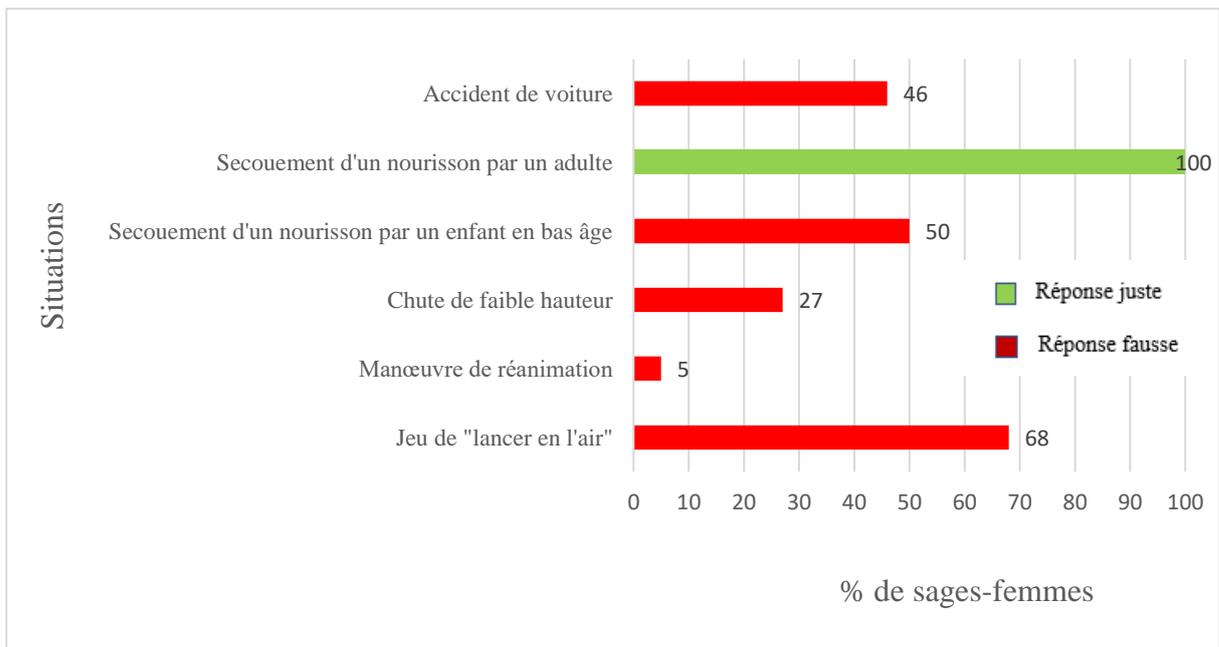


Figure 5 : Situations pouvant provoquer des lésions SBS selon les sages-femmes

3.3.3.2. Les facteurs de risque du SBS

Les facteurs de risques de survenue d'un SBS étaient demandés aux professionnelles pour évaluer leurs connaissances (Figure 6). Les facteurs les plus identifiés étaient en lien avec l'apprentissage du devenir parents (pleurs, comportement et besoin du nouveau-né), et l'isolement social.

Trois pour cent des sages-femmes interrogées appréhendaient la totalité des facteurs de risque de la survenue du SBS en cochant la totalité des items justes (soit 7 sages-femmes).

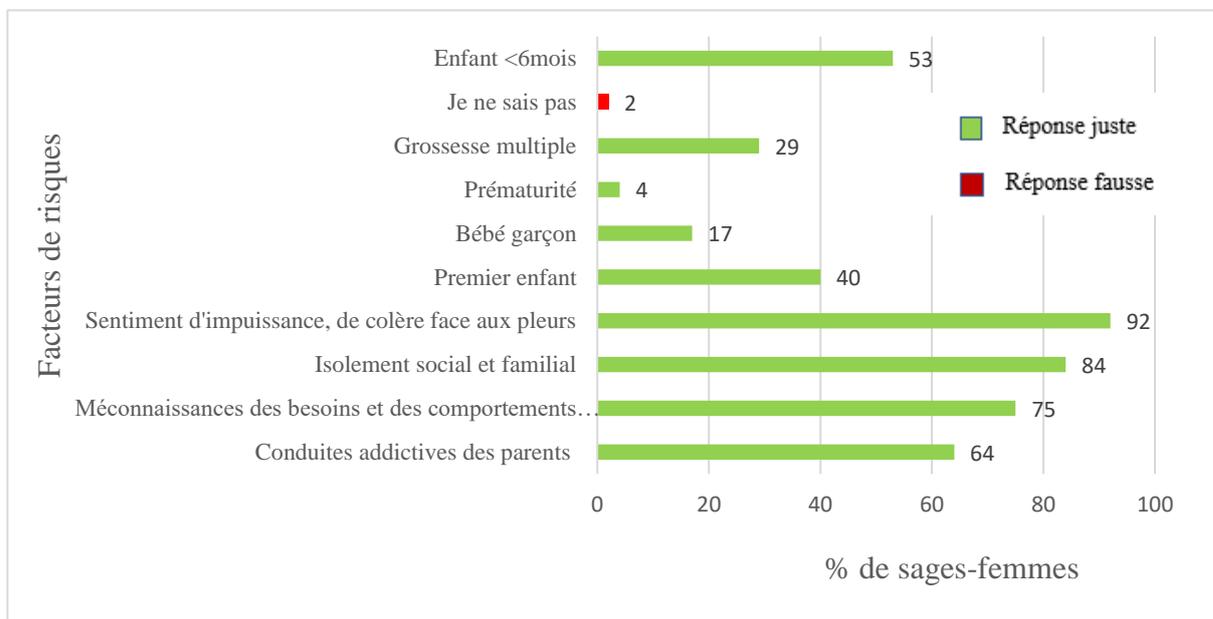


Figure 6 : Facteurs de risque du SBS selon les sages-femmes

Pour 90% des sages-femmes de l'étude, nous étions tous susceptibles « **d'avoir envie de secouer** » un bébé (n=180). Pour 30%, nous étions tous susceptibles « **de secouer** » un bébé (n=58).

3.3.4. Les conséquences médicales du SBS

3.3.4.1. Les séquelles à court terme du SBS

Une question portant sur les séquelles à court terme du SBS interrogeait la population d'étude (Figure 7). L'hématome sous-dural était la lésion la plus identifiée par les répondantes.

Dix-sept pour cent des sages-femmes identifiaient le taux de décès faisant suite au SBS (n=35). Quatre-vingts pour cent sous-estimaient ce taux (n=160).

Parmi la population d'étude, 15% connaissaient toutes les lésions à court terme du SBS en cochant l'ensemble des réponses justes à la question (n=30).

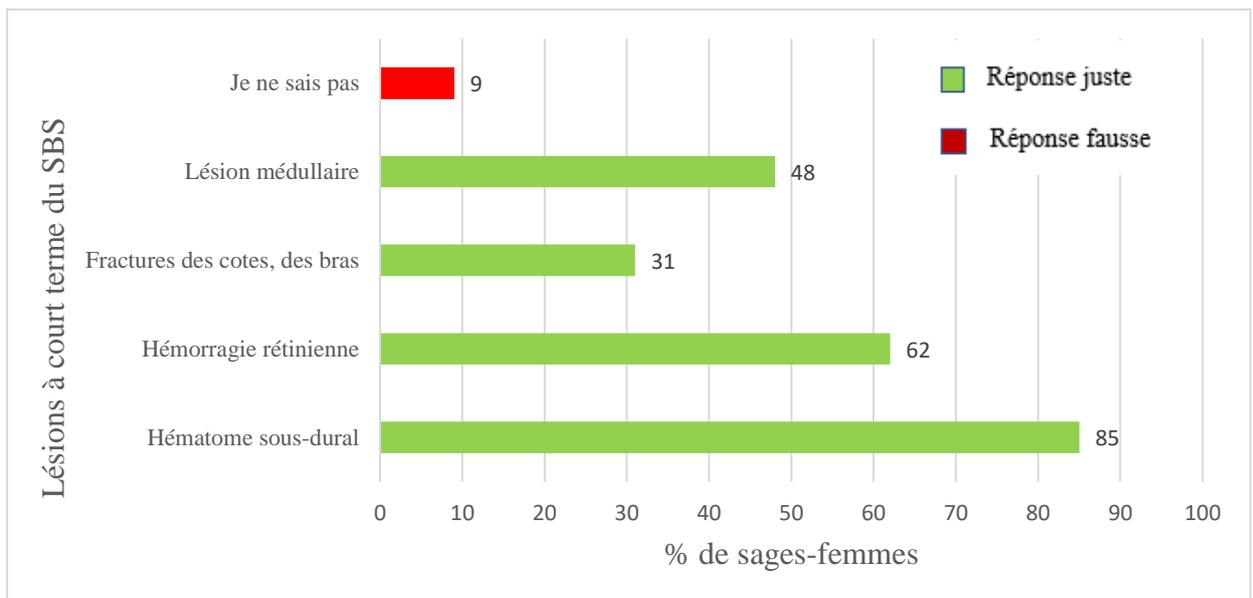


Figure 7 : Lésions du SBS à court terme selon les sages-femmes

3.3.4.2. Les séquelles à long terme du SBS

Les connaissances à propos des séquelles à long terme du SBS étaient évaluées. Le retard de développement psychomoteur apparaissait comme la séquelle la plus attribuable au SBS selon la population d'étude (Figure 8).

Dix-sept pour cent des sages-femmes interrogées connaissaient le pourcentage d'enfant qui ont des séquelles, parmi ceux qui survivent (n=34).

La totalité des séquelles à long terme du SBS était identifiée par 44% de la population d'étude (n=89).

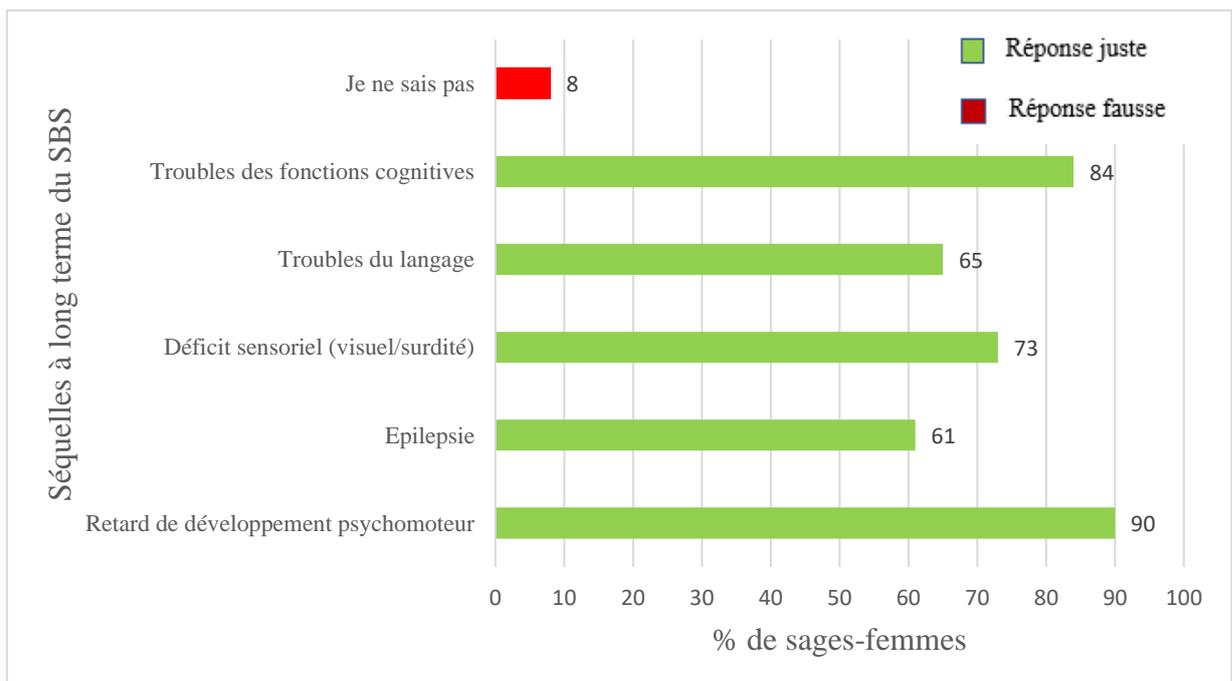


Figure 8 : Séquelles à long terme du SBS selon les sages-femmes

3.3.4.3. Les signes cliniques du SBS

L'ensemble des signes cliniques pouvant orienter vers le diagnostic du SBS était identifié par 15% des répondantes (n=31). Le trouble de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma était le signe clinique du SBS majoritairement reconnu par les sages-femmes interrogées (figure 9).

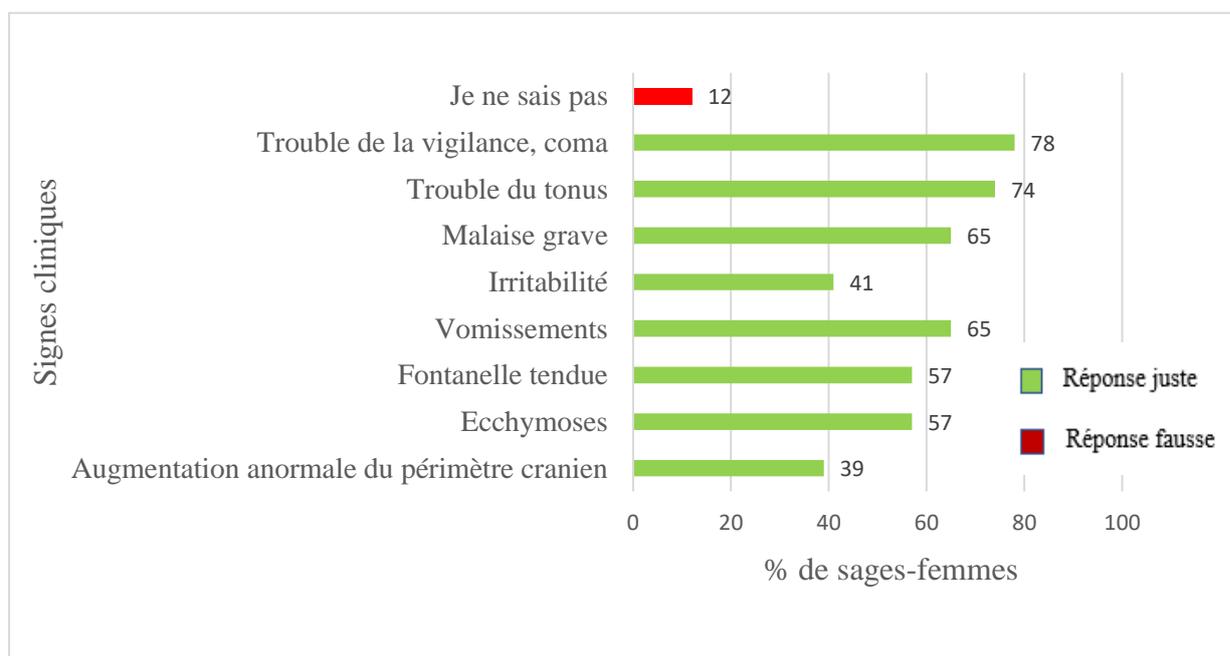


Figure 9 : Signes cliniques orientant vers le diagnostic du SBS selon les sages-femmes

3.3.5. Les conséquences juridiques

Soixante-dix-sept pour cent des sages-femmes de l'étude savaient que le secouement était une infraction pénale et que la suspicion d'un SBS imposait la saisie de la justice (n=156).

Parmi les sages-femmes interrogées, 15% ne considéraient pas le SBS comme une infraction pénale (n=30), et 17% pensaient que la suspicion d'un SBS n'imposait pas la saisie de la justice (n= 34).

3.3.6. Le message préventif délivré

Une question ouverte concernant le message préventif délivré aux parents en cas de pleurs répétés d'un nourrisson qui ne se calme pas, était demandée aux professionnelles. Quarante-deux pour cent d'entre elles ont répondu les trois critères recommandés par la HAS, à savoir, coucher son enfant sur le dos en sécurité dans son lit, sortir de la pièce pour se calmer, et demander de l'aide à autrui.

3.3.7. Formation des sages-femmes

Les situations parmi lesquelles les répondantes avaient entendu parler du SBS leurs étaient demandées (Figure 10).

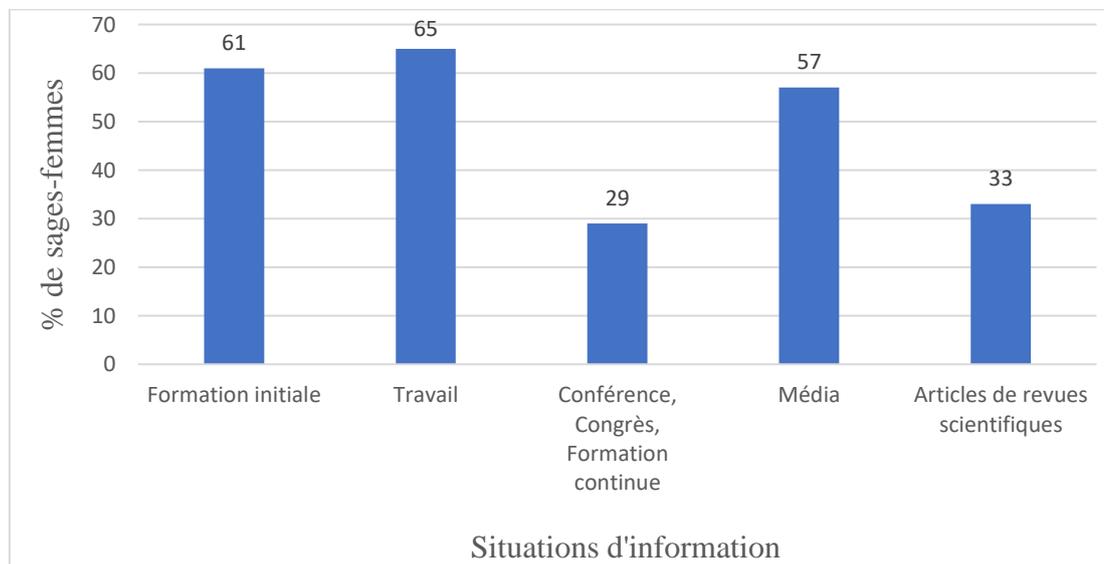


Figure 10 : Situations où les sages-femmes avaient été informées du SBS

3.4. Résultats de l'objectif secondaire : typologie des actions de prévention des sages-femmes

3.4.1. Fréquence de la prévention

Dans le cadre de leur activité professionnelle, 75% des sages-femmes de l'étude avaient déjà au moins une fois réalisé une prévention sur le SBS (soit 150 sages-femmes).

Les sages-femmes étaient interrogées sur leur fréquence de réalisation de la prévention du SBS (Figure 11). La classe temporelle la plus représentée était celle où la prévention était effectuée rarement.

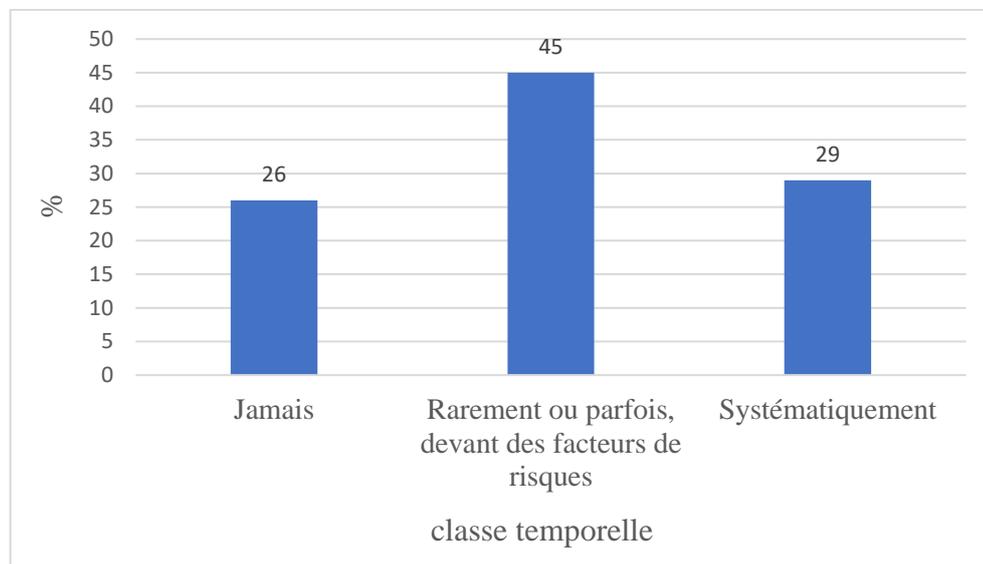


Figure 11 : Fréquence de réalisation de la prévention par les sages-femmes du Poitou-Charentes

Cent pour cent des sages-femmes de l'étude pensaient qu'elles avaient un rôle à jouer dans la prévention du SBS. Parmi elles, 26% n'avait jamais effectué de prévention à ce sujet.

3.4.2. Caractéristiques des sages-femmes réalisant la prévention

La fréquence de réalisation de la prévention était comparée en fonction de la classe d'âge des sages-femmes pour identifier si l'expérience interférait dans la prévention (Tableau I). Il n'y avait pas de différence significative entre l'âge et la fréquence de réalisation de la prévention.

Tableau I : Fréquence de réalisation de la prévention du SBS en fonction de la classe d'âge des sages-femmes

	20-29 ans		30-39 ans		40-49 ans		>50 ans		p*
	(n=42)		(n=58)		(n=54)		(n=47)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Jamais	9	21	15	26	14	26	14	30	0,84
Rarement ou parfois, devant facteurs de risques	20	48	25	43	25	46	21	45	0,97
Systématiquement	13	31	18	31	15	28	12	26	0,91
Total	42	100%	58	100%	54	100%	47	100%	

*p : degré de signification

La population des sages-femmes hospitalières et celle des extrahospitalières était comparée pour savoir si la fréquence de réalisation de la prévention dépendait du secteur d'activité (Tableau II). Les sages-femmes extrahospitalières effectuaient plus systématiquement la prévention de façon significative que les hospitalières.

Tableau II : Fréquence de réalisation de la prévention du SBS en fonction du secteur d'activité des sages-femmes

	Sages-femmes Hospitalières (n=116)		Sages-femmes Extrahospitalières (n=85)		p*
	N	%	N	%	
Jamais	43	37	9	11	<10 ⁻⁵
Rarement ou parfois, devant facteurs de risques	54	47	37	43	0,38
Systématiquement	19	16	39	46	<10 ⁻⁵
Total	116	100%	85	100%	

***p : degré de signification**

Parmi les sages-femmes qui réalisaient une prévention du SBS, quelle que soit sa fréquence au sein de son activité professionnelle, 95% seraient intéressées par une formation à ce sujet (n=143). Quatre-vingt-quatorze pour cent du total des répondantes manifestaient cet intérêt pour une formation complémentaire.

Parmi les sages-femmes qui avaient des enfants, 29% effectuaient la prévention du SBS en systématique, contre 27% pour celles qui n'avaient pas d'enfants.

3.4.3. Le moment de la réalisation de la prévention

Un des objectifs était de déterminer les moments jugés opportuns par les sages-femmes pour réaliser la prévention (Figure 12). La visite à domicile du post-partum était désignée comme la meilleure occasion.

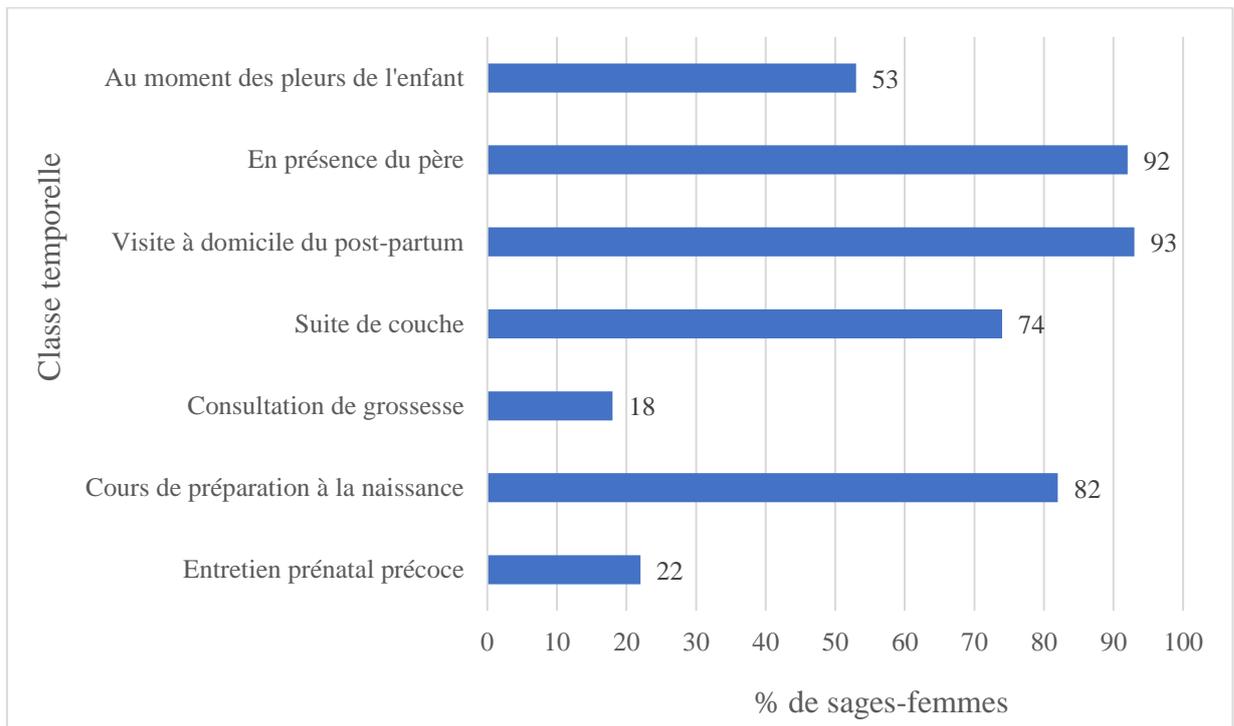


Figure 12 : Moments jugés opportuns pour réaliser la prévention du SBS selon les sages-femmes

Les sages-femmes hospitalières et les extrahospitalières étaient comparées pour repérer une différence sur les moments jugés propices à la réalisation de la prévention (Tableau III).

Il y avait une différence significative entre les hospitalières et les extrahospitalières concernant le moment jugé idéal pour la prévention. Tandis que les extrahospitalières préféraient les cours de préparation à la naissance, les hospitalières préconisaient le service des suites de couches.

La visite à domicile du post-partum restait cependant le moment le plus favorable dans les deux secteurs d'activité.

Tableau III : Moments jugés opportuns pour réaliser la prévention du SBS en fonction du secteur d'activité

	Sages-femmes Hospitalières (n=116)		Sages-femmes Extra- hospitalières (n=85)		p*
	N	%	N	%	
Entretien prénatal précoce	31	27	13	15	0,03
Cours de préparation à la naissance	86	74	79	93	<10 ⁻⁴
Consultation de grossesse	21	18	15	18	0,54
Suites de couches	91	78	57	67	0,04
Visite à domicile du post-partum	104	90	82	96	0,05
En présence du père	107	92	78	92	0,55
Au moment des pleurs de l'enfant	61	51	46	54	0,47

*p : degré de signification

3.4.4. Les destinataires de la prévention du SBS

Parmi les sages-femmes interrogées, 98% estimaient que l'on devrait effectuer la prévention du SBS systématiquement à tous les parents (n=197), et 2% devant des facteurs de risques (n=4).

Parmi les sages-femmes qui affirmaient que l'on devait effectuer une prévention du SBS systématiquement à tous les parents, 29% la réalisait systématiquement dans le cadre de leur activité professionnelle (n=58).

Quatre-vingt-douze pour cent des sages-femmes jugeaient que la prévention du SBS devait se faire en présence du père.

3.4.5. La façon d'aborder la prévention du SBS

L'étude demandait aux professionnelles quelles étaient les meilleures façons pour aborder la prévention du SBS, selon elles (Figure 13). L'information par les pleurs ainsi que les affiches dans les salles d'attentes étaient les éléments les plus cités par les sages-femmes.

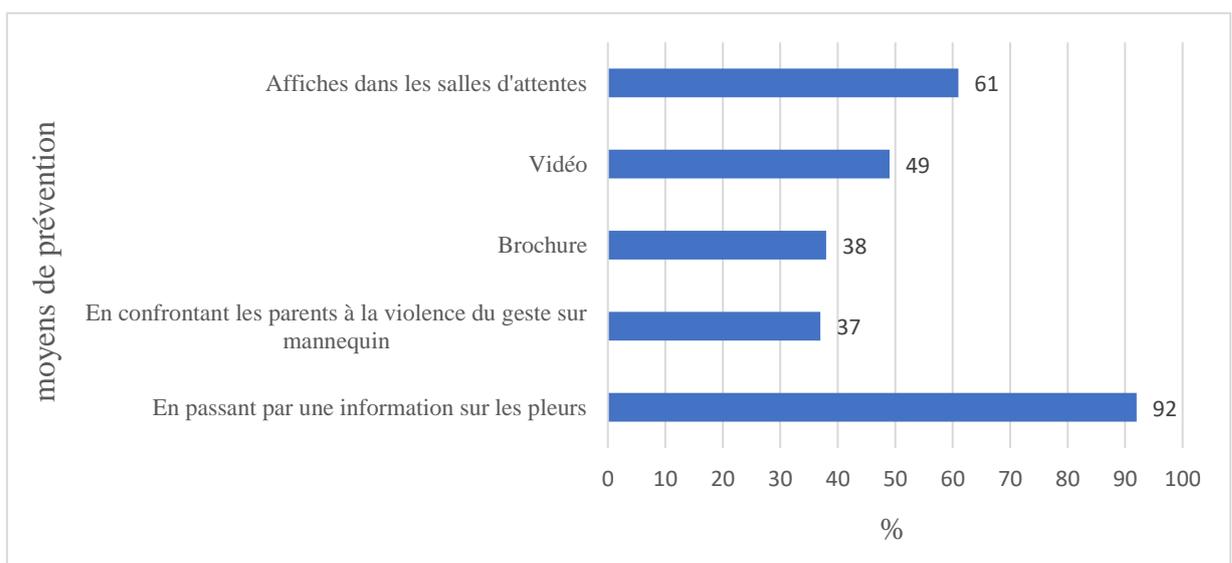


Figure 13 : Aborder la prévention du SBS selon les sages-femmes

3.4.6. Les obstacles et difficultés faisant entraves à la réalisation de la prévention du SBS

La population étudiée était interrogée sur les obstacles et les difficultés faisant entrave à leur réalisation de la prévention du SBS (Figure 14). Le manque de connaissances des professionnels à ce sujet était l'élément le plus souvent cité.

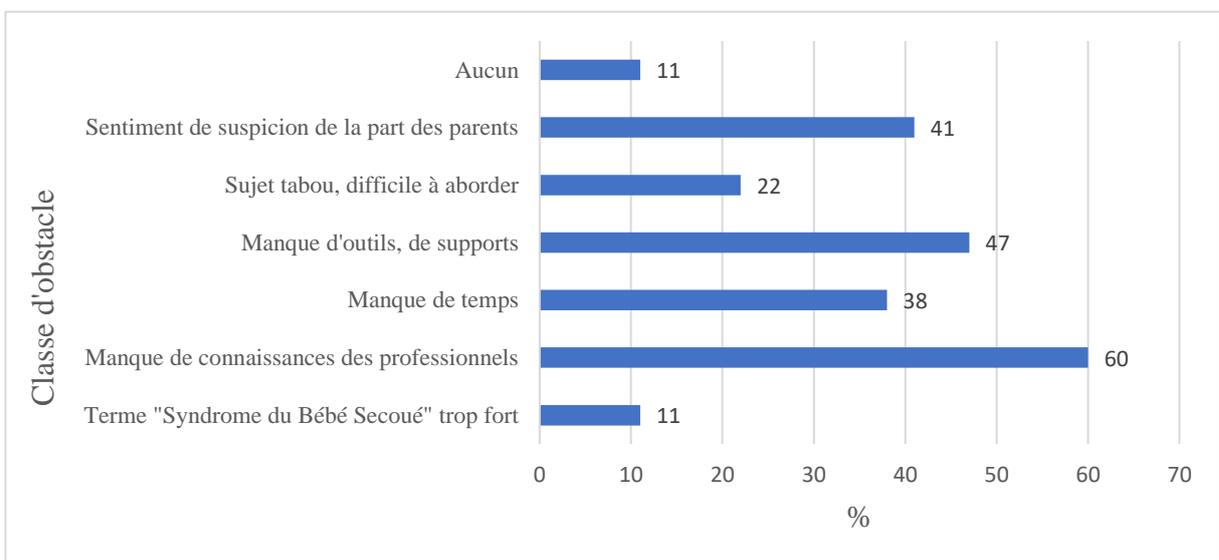


Figure 14 : Obstacles et difficultés faisant entrave à la prévention du SBS selon les sages-femmes

Les éléments jugés comme faisant obstacle à la prévention étaient comparés en fonction du secteur d'activité (Tableau IV). Les obstacles et difficultés n'étaient pas significativement différents entre les sages-femmes hospitalières et les extrahospitalières.

Tableau IV : Obstacles et difficultés de la prévention du SBS en fonction du secteur d'activité, selon les sages-femmes

	Sages-femmes Hospitalières (n=116)		Sages-femmes Extra-hospitalières (n=85)		p*
	N	%	N	%	
Terme « SBS » trop fort	13	11	9	11	0,53
Manque de connaissances des professionnels	72	62	49	58	0,31
Manque de temps	48	41	29	34	0,18
Manque d'outils, de supports	57	49	38	45	0,31
Sujet tabou	25	22	20	24	0,43
Sentiment de suspicion de la part des parents	51	44	32	38	0,22

*p : degré de signification

Les professionnelles étaient comparées en fonction de leur classe d'âge afin de déterminer s'il existait un lien entre l'âge et la difficulté à aborder le sujet du SBS (Tableau V). Il n'y avait pas de différence significative selon la classe d'âge. Le critère de la difficulté à aborder le sujet comprenait le sentiment de suspicion de la part des parents ainsi que la désignation du SBS comme sujet tabou.

Tableau V : Obstacles et difficultés de la prévention du SBS en fonction de la classe d'âge, selon les sages-femmes

	20-29 ans (n=42)		30-39 ans (n=58)		40-49 ans (n=54)		>50 ans (n=47)		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sujet tabou	10	23	13	22	14	26	8	13	0,74
Sentiment de suspicion de la part des parent	17	40	21	36	22	41	23	49	0,62

***p : degré de signification**

Soixante-deux pour cent de la population d'étude n'avait jamais vu un outil d'information concernant le SBS (n=124). Les sages-femmes ayant déjà vu un outil de prévention SBS étaient réparties en fonction de leur département (Figure 15).

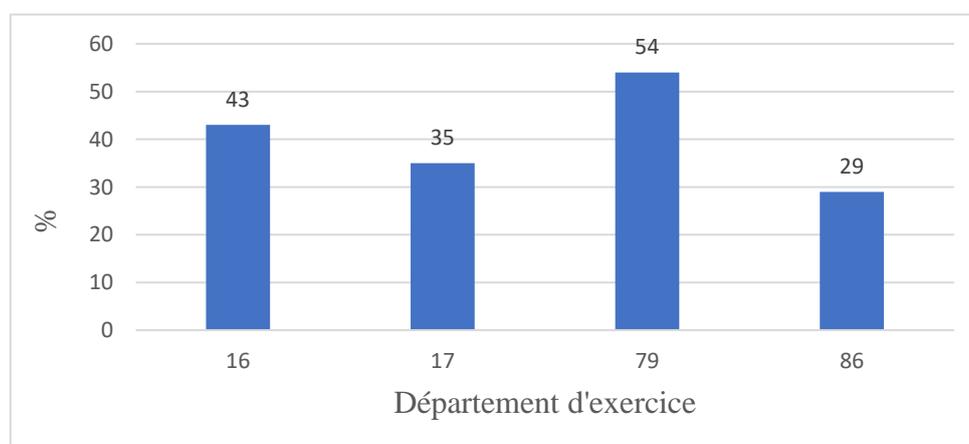


Figure 15 : Pourcentage de sages-femmes ayant déjà vu un outil de prévention du SBS en fonction du département d'exercice.

4. Discussion

4.1. Rappel des résultats

Le recueil des questionnaires concernant les connaissances des sages-femmes du Poitou-Charentes sur le SBS, ont permis d'observer des acquis disparates selon les points évalués. Les répondantes savaient que ce phénomène était sous-estimé, et que tout le monde était susceptible de secouer un bébé. Elles identifiaient que les facteurs psycho-affectifs prédominaient sur les facteurs socio-économiques. Il existait cependant une confusion sur la spécificité de l'acte du secouement d'un nourrisson par un adulte, tout comme sur son caractère de geste accidentel ou infligé. Elles attribuaient d'autres situations, tels que les jeux ou les accidents de voitures, aux mêmes lésions. Les sages-femmes avaient besoin qu'on leur précise la symptomatologie du SBS et qu'on leur rappelle l'importance des lésions à court et long terme.

Il existait une discordance apparente entre la conviction théorique des sages-femmes, et ce qu'elles faisaient en pratique. En effet, elles affirmaient leur rôle à jouer dans une prévention du SBS systématique à tous les parents, mais seules 29% d'entre elles la réalisait de cette façon. Les sages-femmes extrahospitalières effectuaient plus systématiquement la prévention que les hospitalières. Les professionnelles affirmaient disposer de différents moments dans le parcours de soin des femmes, tel que la préparation à l'accouchement, la visite à domicile du post-partum, le service des suites de couche, constituant des occasions propices à la mise en œuvre d'une démarche de prévention. Mais elles témoignaient de leurs connaissances lacunaires du SBS, leur manque d'outils et de support et leur gêne à aborder ce sujet, comme frein à la réalisation de la prévention. L'intérêt pour une formation complémentaire à ce sujet était manifesté pour 94% d'entre elles.

4.2. Limites de l'étude

4.2.1. Biais de sélection

Une surreprésentation des sages-femmes libérales était observée dans notre étude, par rapport à la population régionale. Cela pouvait s'expliquer par la méthode de diffusion du questionnaire. En effet, les adresses e-mails des sages-femmes libérales étaient disponibles directement sur le site internet du conseil de l'ordre, permettant d'envoyer le questionnaire aux intéressées immédiatement, et d'effectuer des relances régulièrement. Pour les sages-femmes du milieu hospitalier, nous avons dû passer par l'intermédiaire des conseils départementaux de l'ordre ainsi que par les cadres qui disposaient de l'annuaire des e-mails professionnels des sages-femmes. Ces annuaires ne pouvaient pas nous être directement transmis pour des soucis de confidentialité, le questionnaire était donc diffusé grâce à des tierces personnes. De ce fait, nous ne pouvions pas contrôler la bonne réception des questionnaires par les sages-femmes, ni nous assurer que les adresses e-mails hospitalières étaient bien consultées.

4.2.1. Biais d'intérêt

Par ailleurs, un biais d'intérêt était également envisageable. En effet, nous pouvions supposer que les sages-femmes les plus intéressées par le syndrome du bébé secoué avaient majoritairement répondu au questionnaire, tout comme celles réalisant la prévention dans leurs pratiques professionnelles.

4.2.1 Biais d'information

La prévention était quantifiée et évaluée grâce à un questionnaire, ce mode de recueil des données était déclaratif, et un biais d'information était donc possible. Cette étude ne contrôlait pas la véracité des propos des répondantes.

4.2.3. Biais de diffusion

Le mode de diffusion du questionnaire pouvait également paraître comme une des limites de l'étude. Le choix du formulaire google form, permettant une réponse de la population d'étude directement en ligne sur internet, a pu entraîner des difficultés pour récolter un grand nombre de réponses. Diffuser les questionnaires en main propre sur le terrain aurait pu entraîner un plus grand intérêt des sages-femmes et donc davantage de réponses. Mais l'étude à échelle régionale et le temps imparti ne nous ont pas permis de nous déplacer aisément dans les différents établissements.

4.3. Forces de l'étude

4.3.1. Un sujet d'actualité

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019) a pour objectif dans sa mesure numéro dix de sensibiliser les parents et les professionnels au SBS (20). Un groupe de travail destiné à recenser les outils de prévention devait être mis en place, tout comme une modification du carnet de santé afin d'adapter le message sur le SBS. Cette étude débutait avant l'instauration de ce projet, ce qui en fait un sujet d'actualité.

En juillet 2017, une actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011 concernant le SBS, par la HAS et la SOFMER a été publiée (21). Elle avait pour objectif d'améliorer la reconnaissance du SBS par les professionnels de santé et de préciser les conduites à tenir. En effet, l'élaboration de recommandations sur le diagnostic du SBS constituait une étape préalable indispensable à l'approfondissement de la réflexion de la prévention. Ce rapport stipulait que parmi les professionnels concernés, les sages-femmes avaient un rôle majeur à jouer, et notamment dans la détection des situations de maltraitance et la bonne orientation vers une équipe pluridisciplinaire. Notre étude trouvait donc son intérêt dans l'état des lieux des connaissances et des actions de prévention des sages-femmes à propos du SBS, afin d'apporter une réflexion sur la mise en pratique des recommandations et de rendre compte des difficultés en la matière.

4.3.2. Une étude originale

Si la prévention du SBS est une priorité de santé publique, l'état des lieux de sa mise en pratique n'en est pas moins important. En effet, nombreuses sont les études ayant démontré l'impact positif de la prévention sur les parents (22,23,24), mais peu d'enquêtes ont rendu compte de la complexité de sa réalisation. Ce présent travail permettait de donner la parole aux sages-femmes, s'avérant être des professionnelles de choix en la matière du fait de leur proximité vis-à-vis des nourrissons. Il semblait intéressant de connaître leurs expériences et leurs ressentis sur cette démarche, pour rendre compte de la réalité du terrain face aux recommandations. Cela pourrait aider à analyser ce qui les freine potentiellement, afin de développer des formations adaptées à leurs besoins. Mettre en œuvre une prévention de qualité c'est aussi travailler en amont avec les vecteurs de cette information.

4.3.3. Une Enquête régionale

Cette enquête interrogeait toutes les sages-femmes de l'ancienne région Poitou-Charentes, permettant d'avoir une représentation d'une population à échelle régionale. Les professionnelles exerçant dans des hôpitaux de niveau I, II et III étaient interrogées. De plus, l'ensemble des secteurs d'activités de la profession était inclus pour avoir un regard global sur la profession.

4.4. Discussion en rapport avec l'objectif principal : Les connaissances des sages-femmes à propos du SBS

Les travaux ayant étudié les connaissances des sages-femmes à propos du SBS restent limités à quelques mémoires d'étudiantes sages-femmes dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état. Il existait de rares éléments comparatifs afin de confronter nos données à la littérature. Deux études régionales d'étudiantes sages-femmes, en Alsace et en Auvergne, interrogeant respectivement 217 et 165 sages-femmes tous secteurs d'activités confondus, évaluaient les connaissances à propos du SBS (25, 26). L'intérêt des répondantes pour une formation complémentaire était retrouvé dans ces études, faisant part de leurs connaissances lacunaires en la matière.

4.4.1. Origine et définition du SBS

Dans chacune de ces études, il existait une confusion sur la situation à l'origine du SBS, attribuant le jeu ou la chute d'une faible hauteur de l'enfant par exemple, comme susceptibles d'être la cause des lésions SBS. Dans l'enquête d'Auvergne, 61% des sages-femmes incriminaient des situations sans rapport au SBS. En Alsace, 26% attribuaient le jeu comme responsable des lésions SBS. En Poitou-Charentes, 21% des répondantes considéraient le SBS comme un traumatisme crânien accidentel. Seules 19% identifiaient le secouement par un adulte comme unique responsable des lésions SBS. On pouvait donc constater que la spécificité de l'acte de maltraitance du secouement d'un enfant par un adulte était méconnue des sages-femmes, et qu'elles ne reconnaissaient pas ce syndrome en tant que telle, indépendant de tout acte accidentel. Le poids des idées reçues est majeur, et la méconnaissance de l'extrême violence du geste peut entraîner un retard de diagnostic (21). Les professionnelles avaient besoin qu'on leur rappelle que seul le secouement d'un nourrisson par un adulte entraîne les lésions type du SBS, afin d'estomper les préjugés.

4.4.2. Signes cliniques, séquelles et facteurs de risques du SBS

Les signes cliniques, les séquelles à court et long terme étaient mieux identifiés dans la présente étude que dans celle de la région Alsacienne (25). Tandis que les altérations de la fonction cognitive étaient repérées comme séquelle à long terme par 59% des sages-femmes d'Alsace, dans 84% des cas, ce trouble était identifié par les sages-femmes de Poitou-Charentes. Concernant le déficit moteur, 70% des sages-femmes d'Alsace l'attribuait comme possiblement dû au SBS, contre 90% des sages-femmes de Poitou-Charentes. Les données concernant les connaissances des facteurs de risques étaient quant à elles équivalentes dans ces deux enquêtes, ou la méconnaissance des besoins et comportements normaux des nourrissons était citée par respectivement 75 et 76% des sages-femmes, comme intervenant dans la survenue du SBS.

Les répondantes de la présente étude avaient cependant besoins de précisions théoriques pour palier à leurs lacunes en termes de connaissances. Le caractère sous-estimé de l'incidence du SBS était connue de 69% des professionnelles. En revanche le taux de décès était sous-évalué par 80% d'entre elles. La gravité de l'acte devrait donc leur être rappelé même si elles identifiaient cependant les séquelles possibles à long terme. Il serait nécessaire de repreciser le tableau clinique du SBS aux sages-femmes, seules 17% en connaissaient la symptomatologie première.

4.4.3. L'information délivrée

Concernant les connaissances des sages-femmes à propos de l'information qu'elles doivent délivrer aux parents, selon les recommandations de la HAS, seules 37% d'entre elles dans l'étude d'Auvergne avaient mentionnés les trois critères indispensables (la demande d'aide à autrui, coucher son enfant dans son lit sur le dos en sécurité, et sortir de la pièce afin de se calmer en laissant pleurer le bébé). Dans l'étude du Poitou-Charentes, 42% mentionnaient la bonne conduite à tenir. Il semblerait alors nécessaire de guider les professionnelles dans le contenu du message qu'elles doivent faire passer.

4.4.4. Intérêt pour une formation à propos du SBS

Malgré des connaissances disparates et imprécises retrouvées dans les études citées ci-dessus concernant la définition du SBS, les signes cliniques, les séquelles et les facteurs de risques, nous constatons une forte demande de formation complémentaire des répondantes. Dans cette étude de Poitou-Charentes, 95% des sages-femmes souhaitaient bénéficier d'une formation supplémentaire à ce sujet, contre 82% des sages-femmes de l'étude d'Auvergne et 92% de l'étude d'Alsace. Les professionnelles des trois régions témoignaient de leurs connaissances lacunaires, pouvant être un frein à la réalisation de la prévention. L'objectif du plan interministériel de développer la formation professionnelle, trouvera donc un public se sentant concerné et motivé à développer ses connaissances.

4.4.5. Origine de l'information des sages-femmes

Quarante-quatre pourcent des sages-femmes de l'étude d'Alsace avaient reçu une information sur le SBS lors de leur formation initiale, contre 47% dans l'étude d'Auvergne et 61% dans notre étude. Dans les études d'Alsace et d'Auvergne, elles étaient informées le plus souvent par le biais des médias et des campagnes d'informations. Pour les répondantes du Poitou-Charentes, c'est au travail qu'elles avaient majoritairement entendu parler du SBS, plutôt que lors de leur formation initiale en école.

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019) a pour objectif de développer des campagnes d'informations auprès des professionnels (20). La mise en place d'une formation initiale standardisée sur le SBS pendant les études de sages-femmes pourrait être un élément de base visant à l'amélioration des connaissances et des conduites à tenir des professionnels. Il ne faut donc pas oublier l'importance de développer la formation bien en amont, c'est-à-dire en l'intégrant au cursus universitaire. Approfondir une formation complète et non pas uniquement une information auprès des professionnels, semblerait permettre une réelle prise de conscience, et on peut le supposer favoriser les actions préventives.

4.4.6. Conduite à tenir sur le plan médico-légal

L'importance du signalement judiciaire pour protéger l'enfant et ses droits en tant que victime d'une infraction pénale est réaffirmée dans des études (27). Dans notre étude, 23% des sages-femmes ne savaient pas que le secouement était une infraction pénale et que la suspicion d'un SBS imposait la saisie de la justice. Réaffirmer le devoir des professionnels en matière de signalement, c'est aussi aider l'avancée des connaissances, dans le but de la protection de l'enfance.

4.5. Discussion en rapport avec les objectifs secondaires : Typologie des actions de prévention des sages-femmes à propos du SBS

4.5.1. Fréquence de prévention

L'objectif de l'étude était de mesurer la fréquence de réalisation de la prévention par les sages-femmes de Poitou-Charentes. Il a été constaté que 75% de la population d'étude avait déjà effectuée une prévention du SBS au moins une fois. On remarquait cependant que seules 29% des sages-femmes la délivraient systématiquement à tous les parents. En comparant ces résultats à ceux de l'étude d'Alsace (25), un faible taux d'information systématique du SBS de 13% était aussi retrouvé, et 34% des professionnelles n'effectuaient jamais cette prévention. Ces dernières expliquaient leur conduite par la crainte d'une redondance de leurs propos, dans la mesure où elles attribuaient de rôle préventif aux puéricultrices et aux auxiliaires de puériculture du service. Concernant l'étude d'Auvergne (26), 98% des sages-femmes pensaient que l'on devrait effectuer la prévention du SBS systématiquement à tous les parents, ce même taux était retrouvé dans l'étude du Poitou-Charentes. Il existait donc dans les trois enquêtes une conviction certaine de l'importance de délivrer le message à tous les parents, afin de ne laisser échapper aucun facteur de risque insoupçonné.

Parallèlement à ce constat, on observait en pratique un faible taux d'action de prévention. De plus, au-delà des facteurs de risques, le sentiment d'exaspération face aux pleurs de son nourrisson était considéré comme naturel par 87% des sages-femmes d'Auvergne, et 90% de la population de l'étude du Poitou-Charentes pensaient que l'on était tous susceptible de secouer un bébé. La prévention est destinée à sensibiliser l'ensemble de la population, tout le monde est concerné, les sages-femmes en étaient conscientes. Cependant, la discordance entre une prévention du SBS non systématiquement délivrée en pratique et la conviction théorique des sages-femmes qu'elle devrait pourtant l'être nous questionnait.

Les extrahospitalières réalisaient plus souvent la prévention que les hospitalières. Cette tendance se retrouvait aussi dans l'étude menée en Auvergne. L'exercice libéral permet d'accorder plus de temps aux patientes et de les suivre sur le long terme, favorisant une relation de confiance et ainsi une prévention optimale (28). La sage-femme hospitalière est responsable de la mère et du nouveau-né, elle doit donc s'en inquiéter et s'assurer de leur bonne santé. Mais il semblerait que la délégation des tâches à l'hôpital entraînerait un détachement d'investissement quant aux conseils fondamentaux à donner aux futurs parents. En effet, les pédiatres et les auxiliaires de puériculture étant les plus à même de trouver un moment propice à la délivrance du message de prévention (24). La communication entre le personnel serait donc indispensable, tout comme une organisation de service rigoureuse sur la délivrance des messages de prévention, afin qu'aucun parent ne passe au travers. De plus, savoir saisir l'occasion idéale pour délivrer la prévention est une affaire de tous, même si le message avait déjà été relayé auparavant. La répétition par différents interlocuteurs fait la qualité de la prévention (29). Dans une étude à Grenoble auprès de 109 mères à la maternité (30), 89% auraient aimé avoir plus d'information sur le SBS. Il serait intéressant de mesurer dans les maternités auprès des parents, l'information reçue, afin de déterminer si les professionnels s'accordent bien pour délivrer les différents messages de prévention.

Il existerait cependant d'autres obstacles faisant entraves à la bonne réalisation de la prévention.

4.5.2. Obstacles et difficultés de la prévention

Lorsque l'on comparait les obstacles freinant la prévention on constatait que le manque de connaissance était la première difficulté relevée par les sages-femmes de l'étude d'Auvergne, d'Alsace et de Poitou-Charentes, avec respectivement 47%, 54% et 60% des répondantes relevant cette contrainte. Les campagnes d'information et les formations continues qui seront instaurées par les plan interministériels (20) seront donc une des solutions pour pallier ce manque.

Des pistes d'amélioration pourraient être proposées, comme une formation standardisée sur le SBS et sur les conduites à tenir en cas de repérage d'une situation à risque, un guide de prévention à destination des professionnels, et la mise en place d'un répertoire géographique comportant les coordonnées des autres professionnels de la petite enfance (PMI, interlocuteurs de la sphère médicale et judiciaire) (28).

Le manque d'outils et de support pour délivrer l'information aux parents faisait défaut à 47% des sages-femmes de cette étude, faisant de ce critère l'obstacle de deuxième plan le plus souvent rencontré. Dans l'étude d'Auvergne, 94% des sages-femmes demandaient un support pour appuyer leur message de prévention. Le groupe de travail du plan interministériel (20) souhaite recenser les outils de prévention du SBS et modifier le message d'information sur le carnet de santé, ce qui permettra un soutien aux professionnels. Ce dernier semblait ne pas être assez percutant pour les répondantes de l'étude actuelle, car 62% affirmaient ne jamais avoir vu de support de prévention, alors qu'il en existait au moins un dans le carnet de santé. Rappeler aux professionnels l'importance du carnet de santé comme support de prévention est primordiale. Il semblerait que ce dernier ne soit pas utilisé à juste titre, comme source d'information pour les parents.

4.5.3. Moment de réalisation de la prévention

Aucun consensus n'a pu être établi quant au moment idéal pour dispenser les recommandations (28). Les sages-femmes de l'étude jugeaient la visite à domicile du post-partum comme moment opportun pour réaliser la prévention. Tous les parents ne bénéficient pas de cette visite, nombreux échapperaient donc à l'information. Venait ensuite les suites de couches ainsi que les séances de préparation à la naissance. Ces trois moments étaient également les plus choisis par les sages-femmes de l'étude d'Auvergne et d'Alsace pour transmettre la prévention.

Quatre-vingt-douze pourcents des sages-femmes de Poitou-Charentes estimaient qu'il fallait que le père soit présent au moment de la prévention. Si l'on comparait en pratique avec l'étude d'Alsace, on observait que lorsque la prévention était faite, il s'agissait dans 67% des cas d'une information délivrée au couple, dans 32% des cas d'une information délivrée uniquement à la mère, et dans 1% des cas seulement au père. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le père n'est pas toujours présent au moment où les professionnelles passent dans les chambres de la maternité pour délivrer l'information, au moment de la préparation à l'accouchement ou à la visite à domicile en post-natale. Pour que les pères se sentent concernés par les messages de prévention, et qu'ils soient présents au moment où le professionnel délivre l'information, il faudrait peut-être que les sages-femmes aident les pères à s'approprier leur rôle d'acteur dans la parentalité, en les interpellant tout au long de la grossesse (13).

Nous aurions pu nous attendre à ce que le service des suites de couche ne soit pas un moment idéal pour réaliser la prévention en raison de l'abondance d'information que reçoivent les parents durant ce séjour, et que la mère n'était pas dans de bonne condition pour intégrer un message sur le SBS. Cependant, une étude en 2005 aux Etats-Unis (31) avait mis en évidence qu'un programme éducatif coordonné et basé à l'hôpital reposant sur une information sur les secouements violents des enfants avant la sortie de la maternité, pouvait réduire significativement l'incidence des blessures à la tête non accidentelle chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 36 mois. De plus, 7 mois après la prévention à l'hôpital, plus de 95% des parents se souvenaient avoir reçu l'information. Réaliser la prévention du SBS au moment des suites de couches à la maternité, peut donc avoir un impact positif sur les parents, ce qui permet de penser que c'est peut-être un moment opportun pour réaliser la prévention, comme le pensait les sages-femmes de la présente étude.

4.5.4. Comment réaliser la prévention

Il était constaté dans cette étude qu'une information orale était la meilleure façon d'aborder la prévention du SBS pour 92% des sages-femmes, suivie par les affiches pour 61% d'entre elles, de vidéo pour 49% d'entre elles, de brochures pour 38% d'entre elles. L'étude d'Alsace s'intéressait quant à elle la manière dont les sages-femmes réalisait la prévention sur le terrain : l'information orale était la façon de délivrer l'information pour 89% des sages-femmes, suivie par l'appui du carnet de santé pour 18%, à l'aide d'affiche pour 17%, et de brochures pour 11% d'entre elles. Nous constatons donc une différence entre le faible taux d'utilisation de supports de prévention (comme des affiches, des brochures, le carnet de santé) dans l'étude d'Alsace, et l'importance qu'attribuaient les sages-femmes à ces supports pour réaliser au mieux la prévention du SBS dans l'étude de Poitou-Charentes. Cela pourrait s'expliquer par la pauvreté de l'existence de ces outils de prévention, ou leur non connaissance du grand public. En effet, dans la présente enquête, 62% des sages-femmes affirmaient n'avoir jamais vu d'outils de prévention à propos du SBS, alors qu'elles en disposent d'au moins un dans le carnet de santé.

Des études ont montré l'efficacité de la prévention du SBS, qu'elle soit transmise par une information orale à la maternité, ou grâce à des brochures ou vidéos. Des études aux Etats-Unis et au Canada en 2009 (22,23), ont mis en évidence l'impact positif du programme PURPLE Crying sur les connaissances des pleurs et sur les comportements des femmes vis-à-vis du secouement. Ce programme, créé par le National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS), a été conçu pour éduquer les parents à propos des pleurs du nourrisson. Il est caractérisé principalement par la formation du personnel soignant à ce sujet, l'élaboration d'un DVD éducatif et d'une brochure informative. En France, une étude en 2014 (24), affirmait qu'une information orale courte pendant l'examen du nouveau-né sur les pleurs et le SBS accompagnée d'une brochure, permettrait une meilleure connaissance des parents des pleurs et du SBS, et ainsi aider à sa prévention.

La littérature tend à confirmer qu'en informant directement sur ce qu'est ce syndrome, aidé par des outils de communications (affiches, brochures...), la prévention serait efficace (22-24,31). La seconde option d'action préventive est d'anticiper les facteurs déclencheurs, en informant sur les pleurs. Il s'agit là d'une prévention « détournée » auxquelles les sages-femmes recourent majoritairement, éprouvant des difficultés en abordant le SBS de façon directe (28). Mais il paraît souhaitable de « jouer sur les deux tableaux » : une prévention ciblée sur une information du SBS, et détournée vis-à-vis des facteurs de risque de maltraitance. Informer uniquement sur

les pleurs et la possibilité d'en être exaspéré, paraît être un message de prévention incomplet si on ne confronte pas les parents à la gravité du geste de secouement.

Des Shaken Baby Simulator® sont en développement afin d'exposer le geste du secouement de l'enfant et ses répercussions sur le cerveau. Dans cette étude, 37% des sages-femmes jugeaient que l'exposition des parents à la violence du geste du secouement sur un mannequin, était une des meilleures façons d'aborder la prévention du SBS. Il serait intéressant de mettre à l'essai des Shaken Baby simulator comme support de la démarche préventive afin d'évaluer son impact auprès des parents.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence des connaissances sur le SBS imprécises chez les sages-femmes, mais un intérêt majeur pour une formation à ce sujet. Les professionnelles mesurent le rôle qu'elles ont à jouer dans la prévention du SBS, et sont convaincues de l'importance de délivrer l'information à tous les parents, mais en pratique, ces dernières ne l'appliquent pas. Les raisons évoquées par les sages-femmes sont leurs connaissances lacunaires, et le manque d'outils pour les aider à soutenir leur discours de prévention. Compléter leur formation en insistant sur la spécificité de l'acte du secouement, la symptomatologie et la conduite à tenir en cas de suspicion d'un SBS, permettrait de satisfaire leurs besoins en termes de connaissances. Concernant l'aide à la prévention, les sages-femmes étaient en demande de supports appuyant leur discours, méconnaissant l'information présente dans le carnet de santé comme source à développer. La littérature a démontré l'impact positif d'une prévention effectuée aux parents, mais concernant l'action réelle des professionnels à son égard sur le terrain, peu d'étude en font le bilan et rendent compte de la complexité de sa réalisation.

Les autorités placent le SBS comme une des priorités de santé publique, et souhaitent améliorer le diagnostic et la prévention à ce sujet, s'appuyant de l'actualisation des recommandations de la HAS de 2017. Donner la parole aux sages-femmes serait s'intéresser à leur expérience sur cette démarche afin d'apporter une réflexion sur la mise en pratique des directives préventives. Cela permettrait de rendre compte des difficultés des professionnels et de proposer des solutions pour atteindre les objectifs d'éducation à la santé.

La volonté des autorités et de la HAS à renforcer les campagnes de prévention et développer les formations professionnelles à propos du SBS, et la prise de conscience des sages-femmes de leur rôle à jouer, sont en cohérence parfaite en direction d'une prévention de qualité. Tout cela dans l'objectif de sensibiliser les parents, et de diminuer l'incidence du SBS et des gestes à risque. De plus, former les professionnels, c'est aussi permettre un meilleur diagnostic en travaillant de façon pluridisciplinaire, et de développer les connaissances vers une meilleure prise en charge de la maltraitance.

Désormais, les mesures envisagées pour développer la prévention du SBS doivent se mettre en place, c'est alors que l'on pourra évaluer son impact en termes d'incidence de traumatisme crânien non accidentel. Considérer le respect d'autrui comme une des bases de l'éducation, enseigné dans les écoles mais aussi transmis par des parents informés et sensibilisés à leurs enfants, serait le point de départ d'une prévention précoce. La problématique du SBS serait alors une affaire d'apprentissage du vivre en société, et non pas limitée au devenir parent.

Références

- [1] SOFMER- Société Française de médecine physique et de réadaptation, HAS. Rapport d'orientation de la commission d'audit: Syndrome du bébé secoué; Mai 2011
www.HAS-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/syndrome_du_bebe_secoue_rapport_dorientation_de_la_commission_daudit.pdf
 [Consulté le 5 janvier 2017]
- [2] Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash- induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974;54(4):396-403
- [3] Mireau E. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas (thèse). Paris: Université Paris V;2005.
- [4] Hobbs C, Childs AM, Wynne J, Livingston J, Seal A. Subdural haematoma and effusion in infancy: an epidemiological study. *Arch Dis Child* 2005;90(9):952-5.
- [5] Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics* 2004;114(3):633-9.
- [6] Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash- induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation 100. *Pediatrics* 1974;54(4):396-403.
- [7] Mignot C. Le syndrome du bébé secoué. *Arch Pediatr* 2001;8(Suppl 2):429-430.
- [8] Barlow K, Thomson E, Johnson D, Minns R. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics* 2005;116(2):174-185.

[9] CHU Sainte-Justine : Goulet C, Frappier J, Fortin S, Déziel L, Lampron A, Boulanger M. Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program (online) 2009 <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Pour-professionnels-et-intervenants/Programme-perinatal-de-prevention-du-syndrome-du-b>

[Consulté le 26 août 2017]

[10] Bonnier C, Nassogne M.C, Evrard P: Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome: late consequences after a symptom-free interval. *Dev Med Child Neurol* 1995;37:943-95

[11] Stipanovic A, Nolin P, Fortin G, Gobeil MF. Comparative study of the cognitive sequelae of school- aged victims of Shaken Baby Syndrome. *Child Abuse Negl* 2008;32(3):415-428

[12] Laurent-Vannier A, Toure H, Vieux E, Brugel D, Chevignard M. Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: a case report. *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52(5):436-47

[13] Israël J: *Bébé, dis-moi pourquoi tu pleures*. Toulouse: érès; 2011.

[14] Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Negl* 2006;30:7-16

[15] HAS- Haute Autorité de Santé, Syndrome du bébé secoué: recommandations de bonne pratique (online)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue

[Consulté le 26 juillet 2017]

[16] Harambat J, Sanson S, Lamireau D, Jouvencel P, Maurice-Tison S, Pillet P. Connaissance et prévention du syndrome du bébé secoué au sein d'une population de parents de la maternité du CHU de Bordeaux. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2004;33:35-

[17] Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier a ;Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson; prévention du « syndrome du bébé secoué»par une information aux nouveaux parents en période néonatale ; An Phys Rehab Med, 2011;54:293-98

[18] «Les bébés secoués», *Spirale* 4/2008 (n° 48) , p.157-162

<https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-4-page-157.htm>

[consulté le 23 mars 2017]

[19] Renier D. Le bébé secoué.Paris: Karthala; 2000.

[20] Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/plan-interministeriel-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites>

[Consulté le 3février 2018]

[21] Haute Autorité de santé (HAS). Recommandation de bonne pratique : Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d’audition de 2011. juillet 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement

[Consulté le 6janvier 2018]

[22] Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ* 2009;180(7):727-33.

[23] Barr RG, Rivara FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua LJ, et al. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2009;123(3):972-80.

[24] Simonnet H, Laurent-Vannier A, Yuan W, Hully M, Valimahomed S, Bourenane M, et al. Parents' behavior in response to infant crying: abusive head trauma education. *Child Abuse Negl* 2014;38(12):1914-22.

[25] Bloch F. Syndrome du bébé secoué : état des lieux de la connaissance et de la prévention réalisée par les sages-femmes en Alsace (mémoire). Strasbourg :Université de strasbourg ;2014

[26] Levet C. Syndrome du bébé secoué : Etat des lieux des connaissances des sages-femmes d'Auvergne et mise en place d'une prévention (mémoire).Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne ;2012

[27] Laurent-Vannier A, Toure H, Vieux E, Brugel DG, Chevignard M. Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: a case report. *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52(5):43647.

[28] Hemon M. La prévention du syndrome du bébé secoué par les sages-femmes libérales (mémoire) Suresnes : Ecole de sage-femme de l'hôpital Foch ;2018

[29] Briand-Hucher E, Cook J. Audition publique. Syndrome du bébé secoué. Synthèse bibliographique. Septembre 2011.

www.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/bb_secoue_audition_publicue_synthese_bibliographique_sofmer.pdf [consulté le 3 mars 2017]

[30] Guillard M. Ce que savent les mères du syndrome du bébé secoué à la sortie de la maternité : étude descriptive transversale menée à l'HCE de Grenoble (mémoire). Grenoble : Université de Grenoble ;2012
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743630>

[31] 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.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Connaissances et action de prévention des sages-femmes à propos du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) : Étude Régionale

Étudiante en Master2 à l'école de sage-femme de Poitiers, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les connaissances et les actions de prévention des sages-femmes à propos du Syndrome du Bébé Secoué.

Je souhaite faire un état des lieux en région Poitou-Charentes, afin d'apporter une réflexion sur le rôle des sages-femmes dans cette prévention.

J'aurais besoin de votre aide, pour répondre à un questionnaire qui ne vous prendra que 5 minutes, tout en sachant que votre participation est anonyme.

Ce projet est sous la direction du Professeur Oriot (PU-PH en Pédiatrie au CHU de Poitiers).

Je vous remercie de consacrer un peu de votre temps à la participation de mon étude.

BERGERAT Esther

1- Dans quelle(s) situation(s) avez-vous entendu parler du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) :

Plusieurs réponses possibles.

- Formation initiale
- Travail
- Conférence/ Congrès/ Formation continue
- Médias
- Articles de revues scientifiques
- Autre :

2- Selon vous, le SBS est considéré comme :

Plusieurs réponses possibles.

- Un traumatisme crânien infligé
- Un traumatisme crânien accidentel
- Une forme grave de maltraitance

3- Parmi ces situations, lesquelles sont susceptibles d'induire des lésions SBS ?

Plusieurs réponses possibles.

- Jeu de "lancer en l'air"
- Manoeuvre de réanimation (Massage Cardiaque)
- Chute de faible hauteur
- Secouement d'un nourrisson par un enfant en bas âge
- Secouement d'un nourrisson par un adulte
- Accident de voiture

4- Selon vous, l'incidence du SBS en France est ?

Plusieurs réponses possibles.

- 10 cas/an
- 100 cas/an
- 200 cas/an
- 500 cas/an
- Sous-estimée

5- Les lésions à court terme du SBS peuvent-être :

Plusieurs réponses possibles.

- Hématome sous-dural
- Hémorragie rétinienne
- Fracture des côtes, des bras
- Lésion médullaire
- Je ne sais pas

6- Le secouement entraine un décès dans :

Une seule réponse possible.

- 1% des cas
- 5% des cas
- 10% des cas
- 30% des cas
- Je ne sais pas

7- Chez les enfants qui survivent, le pourcentage d'enfant qui ont des séquelles est de :

Une seule réponse possible.

- 20%
- 30%
- 50%
- 100%

8- Les séquelles à long terme du SBS peuvent-être :

Plusieurs réponses possibles.

- Retard de développement psychomoteur
- Epilepsie
- Déficit sensoriel (Visuel/ Surdité)
- Troubles du langage
- Troubles des fonctions cognitives
- Je ne sais pas

9- Avez-vous connaissance des recommandations destinées aux professionnels portant sur le diagnostic du SBS ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10- Quels signes cliniques peuvent vous orienter vers le diagnostic du SBS ?

Plusieurs réponses possibles.

- Augmentation anormale du périmètre crânien
- Ecchymoses
- Fontanelle tendue
- Vomissements
- Irritabilité
- Malaise grave
- Troubles du tonus
- Troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma
- Je ne sais pas

11- La fréquence du SBS est plus importante dans :*Une seule réponse possible.*

- Les situations de précarité
- Les classes défavorisées
- Les classes moyennes
- Les classes supérieures
- Pas de différence entre les milieux sociaux

12- Les facteurs favorisant le SBS sont :*Plusieurs réponses possibles.*

- Conduites addictives des parents
- Méconnaissances des besoins et des comportements normaux du nourrisson
- Isolement social et familial
- Sentiment d'impuissance, de colère face aux pleurs
- Premier enfant
- Enfant de moins de 6 mois
- Bébé Garçon
- Prématuré
- Grossesse multiple
- Je ne sais pas

13- Est-on tous susceptible "d'avoir envie de secouer" un bébé ?

- Oui
- Non

14- Est-on tous susceptible "de secouer" un bébé ?

- Oui
- Non

15- Le secouement est-il une infraction pénale ?

- Oui
- Non

16- La suspicion d'un SBS impose-t-elle la saisie de la justice ?

- Oui
- Non

17- Pensez-vous que la sage-femme a un rôle à jouer dans la prévention du SBS ?

- Oui
- Non

18- Selon vous, on devrait effectuer une prévention du SBS :

Une seule réponse possible.

- Devant des facteurs de risques
- Systématiquement à tous les parents

19- Quel(s) moment(s) jugez-vous opportun pour réaliser cette prévention ?

Plusieurs réponses possibles.

- Entretien prénatal précoce
- Cours de préparation à la naissance
- Consultation de grossesse
- Suite de couche
- Visite à domicile du post-partum
- En présence du père
- Au moment des pleurs de l'enfant

20- Selon vous, quel serait la meilleure façon pour aborder la prévention du SBS ?

Plusieurs réponses possibles.

- En passant par une information sur les pleurs
- En confrontant les parents à la violence du geste sur un mannequin
- A l'aide d'une brochure
- A l'aide d'une vidéo
- A l'aide d'affiche dans les salles d'attentes

21- Selon vous, quels obstacles et difficultés font entrave à la réalisation de cette prévention ?

Plusieurs réponses possibles.

- Terme "Syndrome du Bébé Secoué" trop fort
- Manque de connaissance des professionnels à ce sujet
- Manque de temps
- Manque d'outils, de supports
- Sujet tabou, difficile à aborder
- Sentiment de suspicion de la part des parents
- Aucun

22- Avez-vous déjà vu un outil d'information concernant la prévention SBS ?

Oui

Non

23- Seriez-vous intéressés par une formation concernant le SBS ?

Oui

Non

24- Quels conseils pourriez-vous apporter aux parents exaspérés face aux pleurs persistants de leur bébé ?

Renseignements personnels :

25- Dans le cadre de votre activité professionnelle, avez-vous déjà réalisé une prévention du SBS ?

Non, jamais

Oui, rarement

Oui, parfois, devant des facteurs de risques

Oui, systématiquement

26- Avez-vous déjà été témoin d'un SBS cliniquement ?

Oui

Non

27- Vous êtes :

Un homme

Une femme

28- Votre classe d'âge :

20-29 ans

40-49 ans

30-39 ans

>50 ans

29- Votre lieu d'exercice

Hôpital

PMI

Clinique

Autre :

Libéral

30- Votre département d'exercice :

16

79

17

86

31- Avez-vous des enfants

Oui

Non



Conseils aux parents

Dès la naissance se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix, la parole : prenez l'habitude de lui parler.



Le bain de votre bébé

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37°C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement bébé dans l'eau. Tenez toujours votre bébé quand il est dans son bain.

Rythme de vie

Respectez les horaires de repas et de sommeil de votre bébé.

Les pleurs

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



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

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

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.



SPECIMEN

Diversification alimentaire

Dès les 4 mois (révolus) de votre bébé, en lien et sur les conseils de votre médecin, vous pouvez commencer à lui donner d'autres aliments que le lait. Vous trouverez pages 30-31 de ce carnet les repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans.



Son bien-être

Dès la naissance se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix : prenez l'habitude de prendre votre bébé dans vos bras et de lui parler.

Quand votre bébé est éveillé, installez-le sur un plan ferme, dans un espace délimité et protégé, et laissez-le libre de ses mouvements. Faites-le dormir sur le dos et jouer sur le ventre.

Le bébé et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.)
Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.

Avant 3 ans : évitez de mettre votre enfant dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas.

Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort ; ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ; ne lui faites pas utiliser de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé.

Le tabac est dangereux.

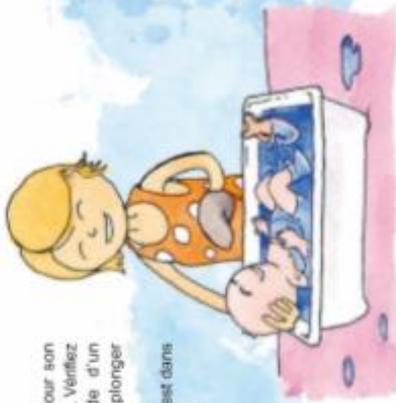
Fumer en présence de votre bébé ou dans son lieu de vie est très dangereux pour sa santé. L'arrivée d'un bébé est une bonne raison d'arrêter de fumer. N'hésitez pas à vous informer sur www.tabac-info-service.fr ou auprès d'un professionnel de santé.



Son bain

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37 °C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement votre bébé dans l'eau.

Tenez toujours votre bébé quand il est dans son bain et ne le laissez jamais seul.



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 déconcentré(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.

Résumé et mots-clés :

Introduction : La littérature a démontré l'impact positif de la prévention du syndrome du bébé secoué (SBS) effectuée aux parents en terme de réduction de son incidence. Concernant l'action réelle des professionnels, peu d'études en font le bilan et rendent compte de la complexité de sa réalisation. L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances des sages-femmes à propos du SBS, d'identifier la fréquence et la typologie des actions de prévention et d'en déterminer les obstacles.

Matériel et méthode : L'ensemble des sages-femmes de Poitou-Charentes ont reçu un questionnaire permettant d'apprécier leurs connaissances et actions préventives du SBS. Un total de 201 réponses ont été recueillies.

Résultats : Le score moyen obtenu par les sages-femmes évaluant les connaissances générales sur le SBS était de 58/100. Il montrait des connaissances imprécises, 79% des répondantes affirmaient ne pas connaître les recommandations. Leurs besoins théoriques se portaient sur la symptomatologie et le rappel de la spécificité de l'acte du secouement. La totalité des sages-femmes reconnaissaient l'importance de leur rôle dans cette prévention, 98% estimaient qu'elle devrait être effectuée à tous les parents. Seules 29% réalisaient cependant la prévention de façon systématique. Les obstacles à la prévention invoqués par les professionnelles étaient leurs connaissances lacunaires et le manque d'outils, pour respectivement 60 et 47% d'entre-elles.

Conclusion : La prévention du SBS est encore trop faiblement réalisée. Les sages-femmes mesurent cependant leur rôle à jouer et souhaitent une formation complémentaire qui permettrait d'améliorer leurs connaissances disparates. Suite aux nouvelles recommandations et aux volontés des politiques, il reste à évaluer l'impact de ces mesures à distance.

Mots-clés : Connaissances, Prévention, Syndrome du bébé secoué, Sage-femme.

Summary and Key-words :

Introduction : Literature has shown the positive impact of shaken baby syndrome's prevention (SBS) on parents in terms of reducing its incidence. Regarding the real action of professionals, few studies evaluate and report the complexity of its implementation. The purpose of this work was to assess the knowledge of midwives about SBS, as well as identifying the frequency and typology of prevention actions and identifying the barriers.

Tools and Method : All midwives in Poitou-Charentes received a survey to assess their knowledge and prevention actions concerning the SBS. Two hundred and one responses were collected.

Results : The average score obtained by midwives assessing general knowledge of the SBS was 58/100. It showed imprecise knowledges, 79% of respondents said they didn't know the recommendations. Their theoretical needs were related to the symptomatology and the reminder of the specificity of the act of shaking. All midwives acknowledge the importance of their role in this prevention, 98% felt it must be taught to all parents. But only 29% did prevention systematically. The barriers to prevention, cited by professionals, were their low knowledge and the lack of tools for 60% and 47% respectively.

Conclusion : The prevention of SBS is still too weakly carried out. However, midwives measure their role and are interested in additional training that would improve their disparate knowledge. Following the new recommendations and the will of the politicians, there still remains to evaluate the impact of these measures.

Key-words : Knowleges, Prevention, Shaken-Baby Syndrom, Midwives.