

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

Année 2015

2015-TOU3-1015

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 Mars 2015

Par

Melle LESTRADE Pauline

**Le syndrome du bébé secoué : étude descriptive des connaissances  
des médecins généralistes de Haute Garonne et d'Aveyron**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Dr Motoko DELAHAYE**

#### **JURY :**

**Président : Monsieur le Pr Yves CHAIX**

**Assesseur : Monsieur le Pr Stéphane OUSTRIC**

**Assesseur : Monsieur le Pr Pierre MESTHE**

**Assesseur : Monsieur le Dr Thierry BRILLAC**

**Assesseur : Madame le Dr Motoko DELAHAYE**



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUDX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHE
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex  
**P.U. - P.H.**

**Doyen : JP. VINEL**  
**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	<b>P.U.</b>	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
 Dr. POUTRAIN J.Ch  
 Dr. MESTHÉ P.  
Professeur Associé de Médecine du Travail  
 Dr NIEZBORALA M.

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**P.U. - P.H.****Doyen : E. SERRANO****P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr VIDAL M. Professeur

Associé en O.R.L. WOISARD

V.

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H</b>	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.

Dr ANE S.

**A Monsieur le Professeur Yves CHAIX**

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous exprime, à travers ce travail, ma vive reconnaissance et mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Je suis très honorée que vous siégiez à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement délivré par le DUMG tout au long de notre internat. Soyez assuré de toute ma considération.

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail, et pour votre engagement dans notre formation au sein du DUMG. Veuillez recevoir ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC**

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en siégeant à ce jury de thèse. Veuillez recevoir ma profonde gratitude.

**A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE**

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de m'avoir si bien guidée pour arriver à mes objectifs. Je te remercie pour tes conseils avisés et ton investissement important dans ce travail, malgré ton emploi du temps overbooké ! Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**A mes parents**, sans qui je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui. Merci à mon père pour son soutien infaillible, merci à ma mère pour son dévouement sans limite et sa tendresse. Et merci pour votre relecture efficace de la thèse !

**A Pierre, mon frerot**, pour tes espiègleries et notre complicité. Derrière ton humour et ta pudeur, se cachent beaucoup d'estime et de bienveillance, et je t'en remercie.

**A Mamie**, qui est très fière de me voir devenir docteur. A mes Papis et mon autre Mamie, ainsi qu'à Ninie, qui ont beaucoup compté pour moi, et qui de là haut sont, je l'espère, fiers de moi.

**A Coco**, pour ton soutien indéfectible en direct des Antilles !

**A Michel et Monique**, pour votre accueil toulousain.

**A ma super bande de potes aurillacois**. Nous nous connaissons depuis le primaire ou le collège, et à chaque fois, nous nous retrouvons comme si l'on se n'était jamais quitté ! Merci pour votre soutien pendant toutes mes études, votre amitié m'est très chère. A Héléne (quelle mémoire de cheval !), Bruno et le petit Andrea, Val (ma coiffeuse officielle) et Alex, Audrey (pour toutes les choré que tu m'as apprises !) et Cédric, et la petite Valentine, Chanaël (viva Barça !!) et Cyprien, PJ, Rémy (les geeks !!), Bébert.

**A mes amis du lycée**, pour ces 3 belles années duclausiennes ! A Louis (pour ta singularité et tous nos fous rires), Yann (l'Aborigène !), Isa. A Aurélie, pour notre passion commune du chant et tous ces bons moments passés !

**A l'équipe de choc clermontoise, pour ces 5 années partagées tous ensemble à la fac. Et ça continue !** A Chloé (pour notre solide amitié, nos papotages et toutes nos virées inoubliables) et Aurélien, Jef (mon coexterne attiré, je remercie les Lyonnais de t'avoir laissé venir à Clermont, je ne t'aurais jamais connu sinon ! A notre cabinet de groupe dont nous rêvions...) et Flo (Who's that Chaix ?!), Véro (ma binôme biophysique, puis de stage...une chouette amitié !) et Gaëtan (où est le chien ??) sans oublier le petit Léo, Méla (et la SNCF...que de soirées et de moments mémorables), Lucie (miss boulette en chef), Maifa (pour nos soirées voisines Dr House affalées dans ton canapé...) et Jo, Laura (Johnny a composé pour toi !), Aurore (loup garou !), Amandine (pour les soirées barbecue/piscine), Julie (Guantanamo !!) et Manu (et ta voiture Zavatta), Bérang (la reine des gnocchis), Petite Aurore (pour nos zouks au Gormens) et Sylvain (l'Ardéchois !), Tex (reviens vite en France).

**A mes tous premiers co-internes** : Bastien (le rital !) et Hugo (Frêle)

**A la dream team des internes ruthénois de l'été 2012 :** Aurore (et ton peignoir, merci pour notre coloc et ta présence), Julien (pour les San Miguel et tous ces Agriculteurs !!), Sophie (on va au sport ?), Laeti (je ne comprends pas d'où viennent tous ces bleus), Romain (essaie de mieux boursicoter !), Delphine (et tes éternels cheveux mouillés...), Pauline (Pyo !), Line (pour ton fameux cocktail albigeois), Antoine Bouissou (on n'est pas des mijaurées !), Antoine Philis (les Chtis à Mykonos !), Vincent (notre papa de l'internat), Mathieu (et la libération des haricots verts), Chakir (référent Gangnam Style).

**A mes co-internes du semestre de gynéco/pédia :** Marie (pour nos soirées tisane et Tariquet !), Amandine (et les pâtisseries du dimanche aprèm à l'internat), Elise (vive les soirées Snickers/bière)

**A mes autres co-internes :** Fatiha (grâce à l'HTA je t'ai rencontrée !), Flo (mon exceptionnelle chef de clinique), Sandra (compère de diabéto) et à Violaine (co-SASPAS, quelle joie d'avoir partagé ce semestre avec toi !)

**A mes infirmières figeacoises adorées devenues des amies :** Cindy, une des rencontres les plus marquantes de mon internat, nous étions faites pour nous connaître ! Merci pour cette belle amitié, pour ta bonne humeur, nos fiestas...et merci de si bien me comprendre. Sans oublier Sylvano de Bergerac ! Stef (Trayssac de Trepalou !) pour ta jovialité et ton accent aveyronnais, Fannette, pour ta gentillesse et ta douceur.

**A tous les médecins** que j'ai connus pendant ces 3 ans d'internat et qui m'ont beaucoup appris : Dr Eloy, les urgentistes de Rodez, l'équipe de gynéco et de pédia de Rodez (spéciale dédicace pour Tiffany mon assistante en or de gynéco !), Jean Lacombe, Jean-Marie Pialat, Dominique Blanc, Jean Pechdo, les diabétologues et hypertensiologues de Ranguel (et Emilie pour ta pédagogie en diabéto !), Philippe Monlouis (merci pour tes débrief, ta vision carrée de la médecine et ton humour), Jean-Paul Villanou (pour la pose des DIU !), Thierry Côme, Christian Fabié. **Et à toutes les équipes soignantes** avec qui j'ai travaillé au cours de mon internat.

**A Jean-Claude Semet** pour m'avoir donné l'idée de cette thèse et pour ce semestre inoubliable de pédiatrie à vos côtés où j'ai beaucoup appris. Je vous témoigne ici tout mon respect.

**A toi, Momo,** pour ton soutien permanent, ton aide et l'apaisement que tu m'apportes. Merci pour ton amour et notre complicité. Et merci pour le bonheur de chaque jour de notre vie à deux.

*« Il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose »*

**Blaise Pascal**

# SOMMAIRE

<b>I- INTRODUCTION :</b> .....	<b>5</b>
1. Définition : .....	5
2. Incidence : .....	5
3. Conséquences : .....	6
4. Prévention : .....	6
<b>II- MATERIEL ET METHODE :</b> .....	<b>8</b>
1. Objectif principal : .....	8
2. Type d'étude : .....	8
3. Durée de l'étude : .....	8
4. Elaboration du questionnaire : .....	8
5. Inclusion et déroulement pratique : .....	8
6. Analyse statistique : .....	10
<b>III- RESULTATS :</b> .....	<b>11</b>
1. Participation : .....	11
2. Analyse descriptive : .....	11
<b>1<sup>ère</sup> partie : Vous</b> .....	<b>11</b>
2.1 Quel est votre sexe ? .....	11
2.2 Quel est votre âge ? .....	11
2.3 Quel est votre secteur d'activité ? .....	12
2.4 En moyenne, combien de nourrissons (0-2ans) recevez-vous en consultation par jour ? .....	12
2.5 Avez-vous participé à une formation concernant le SBS ? .....	13
2.6 Si oui, de quel(s) type(s) ? .....	13
<b>2<sup>ème</sup> partie : Vos connaissances sur le SBS</b> .....	<b>14</b>
2.7 Le SBS touche principalement les bébés âgés de .....	14
2.8 Le SBS peut potentiellement toucher les classes socio-économiques .....	15
2.9 Parmi les facteurs de risque de SBS suivants, cochez les 4 qui vous apparaissent « les plus importants » .....	16
2.10 Citez le/les items concernant le SBS qui vous paraisse(nt) juste(s)/vrai(s) .....	17
2.11 Le SBS touche principalement .....	18
2.12 Le bébé secoué est le plus souvent .....	18
2.13 Les personnes qui secouent le bébé sont le plus souvent .....	19

<b>3<sup>ème</sup> partie : Votre conduite à tenir devant un SBS.....</b>	<b>20</b>
2.14 Vous suspectez une situation à risque de SBS, mais vous doutez : téléphonez-vous à quelqu'un ? .....	20
2.15 Si oui, à qui en priorité ? .....	21
2.16 Vous suspectez fortement un SBS, que faites-vous préférentiellement ? .....	22
2.17 Le signalement de SBS avéré est-il obligatoire ? .....	23
2.18 Si oui, auprès de quelle instance feriez-vous ce signalement ?.....	23
2.19 Abordez-vous souvent la prévention du SBS avec les parents, lors des consultations de suivi du nourrisson ?.....	24
2.20 Si non, pourquoi ? .....	25
2.21 Comment pourriez-vous améliorer, à votre échelle, votre prévention du SBS ?..	26
2.22 Souhaiteriez-vous participer à une soirée de formation sur le SBS ? .....	26
<b>IV- DISCUSSION : .....</b>	<b>27</b>
<b>V- CONCLUSION :.....</b>	<b>32</b>
<b>VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....</b>	<b>33</b>
<b>VII- ANNEXES.....</b>	<b>37</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition par genre des MG participants (n=336).....	11
Figure 2 : Répartition par secteur d'activité des MG participants (n=336).....	12
Figure 3 : Nombre de nourrissons reçus en consultation par jour (n=336).....	12
Figure 4 : Participation à une formation sur le SBS (n=336).....	13
Figure 5 : Age de survenue du SBS (n=336).....	14
Figure 6 : Répartition des classes socio-économiques touchées par le SBS (n=336).....	15
Figure 7 : Facteurs de risque de SBS (n=336).....	16
Figure 8 : Items justes/vrais sur le SBS (n=336).....	17
Figure 9 : Sexe préférentiellement touché par le SBS (n=336).....	18
Figure 10 : Profil du bébé secoué (n=336).....	18
Figure 11 : Profil du "secoueur" (n=336).....	19
Figure 12 : Appel téléphonique en cas de suspicion de SBS (n=336).....	20
Figure 13 : Qui contacter en cas de suspicion de SBS ? (n=336).....	21
Figure 14 : Conduite à tenir si forte suspicion de SBS (n=336).....	22
Figure 15 : Obligation de signaler un SBS avéré (n=336).....	23
Figure 16 : Prévention du SBS en consultation de suivi du nourrisson (n=336).....	24
Figure 17 : Motifs invoqués pour ne pas aborder le SBS en consultation (n=336).....	25
Figure 18 : Comment améliorer la prévention du SBS ? (n=336).....	26
Figure 19 : Souhait de participation à une soirée de formation sur le SBS (n=336).....	26

## ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire syndrome du bébé secoué.....	37
Annexe 2 : Affiche de prévention sur le SBS.....	41
Annexe 3 : Plaquette d'information sur le SBS.....	42
Annexe 4 : Thermomètre de la colère.....	43

# GLOSSAIRE

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

HSD : Hématome Sous-Dural

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

FDR : Facteur(s) De Risque

MG : Médecin Généraliste

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CRIP : Centre de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes

UTAM : Unité Territoriale d'Action Médico-sociale

ARS : Agence Régionale de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

CROP : Centre de Recherche sur l'Opinion Publique

PPPSBS : Programme Périnatal de Prévention du SBS

# **I- INTRODUCTION :**

## *1. Définition :*

Le syndrome du bébé secoué (SBS) a été décrit pour la première fois en 1974 par le Dr John Caffey, radiologue, devant le tableau clinique suivant : hématome sous-dural (HSD), hémorragies rétiniennes et absence de lésion traumatique externe [1]. Cette description sera étoffée progressivement par la suite.

Le SBS survient lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est violemment secoué alors qu'il est tenu par le tronc, les épaules ou les bras. Cette définition inclut principalement les bébés âgés de 0 à 12 mois, mais elle peut concerner les enfants d'âge préscolaire de 2 à 4 ans [2].

D'après la Société Canadienne de Pédiatrie, le SBS est un ensemble d'observations évocatrices mais inconstantes. Les lésions caractéristiques du SBS sont : les hémorragies intracrâniennes et rétiniennes, les fractures des côtes et des os longs. Un traumatisme par impact peut également causer d'autres lésions : ecchymoses, lacérations et autres fractures [3].

Le SBS est une forme grave de maltraitance.

## *2. Incidence :*

L'incidence du SBS est certainement très sous-estimée du fait des difficultés inhérentes à son dépistage. Il est impossible de répertorier de manière exhaustive l'ensemble des cas de SBS, quelle que soit la population étudiée [2].

Le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) Sainte Justine à Montréal, dans le cadre de son projet de prévention du SBS, évaluerait à plus de trente cas par an son incidence à l'échelle québécoise, en 2007, tout en soulignant la difficulté d'établir un nombre précis de cas [2]. En 2006, une étude allemande rapportait 100 à 200 cas par an [4].

En France, l'incidence du SBS varierait entre 15 et 40/100 000 enfants de moins de 1 an [5]. Dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) estime que 180 à 200 enfants seraient victimes chaque année en France du SBS [6]. Etienne Mireau estime également le nombre de bébés secoués diagnostiqués en France entre 180 et 200 cas, tout en précisant que ce nombre est probablement sous-estimé du fait du grand nombre de cas qui n'accèdent pas au diagnostic médical [6] [7]. Entre 1996 et 2000, 230 cas de SBS ont été recensés à l'Hôpital des enfants malades de Necker à Paris [8].

Il n'existe aucune donnée épidémiologique française plus précise sur le SBS. Ces chiffres ne représentent que la pointe de l'iceberg, puisque les cas les moins graves échappent au diagnostic [7] [9].

### *3. Conséquences :*

De toutes les formes d'abus physiques, le SBS est le plus destructeur et le plus dévastateur. La majorité des décès d'enfants maltraités est liée au SBS, en particulier chez les nourrissons [2]. 20 à 25 % des nourrissons maltraités meurent du SBS. 50 à 60 % de ceux qui survivent, présentent des séquelles permanentes [10] [11].

Ces séquelles sont : des paralysies (hémiparésies, hémiplégies, quadraplégies), des cécités, des épilepsies, des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, des retards de développement au niveau du langage et de la motricité, des troubles des apprentissages et des déficits cognitifs [2]. Ces conséquences désastreuses nécessiteront l'intervention de spécialistes et d'équipes de réadaptation tout au long de la vie de ces enfants.

Par ailleurs, les bébés semblant guéris à l'issue de l'agression pourront présenter des troubles comportementaux et cognitifs à l'âge scolaire [3].

### *4. Prévention :*

La déclaration conjointe entre la Société Canadienne de Pédiatrie et la Section de Prévention de la Maltraitance des enfants et des adolescents qualifie le SBS de « drame évitable » [3]. Dès lors se pose le problème : au mieux de la prévention du SBS, du moins de son dépistage précoce. Un diagnostic précoce permettrait une prise en charge rapide et adaptée afin de limiter les complications.

Le 13<sup>ème</sup> Congrès International du SBS s'est déroulé en mai 2014 à Paris, proposant un programme multidisciplinaire de conférences médicales, juridiques et de prévention.

Différents Facteurs De Risques (FDR) socio-économiques, environnementaux, familiaux et personnels ont été évoqués dans la littérature [9] [10] [11]. Ils concernent le contexte du secouement, le profil de l'agresseur, le sexe et l'âge de l'enfant. Malgré l'énonciation de ces FDR, il est impossible de prévoir avec certitude la survenue du SBS.

La prévention du SBS doit être basée sur l'éducation, l'information de tous les parents et des personnes en charge de nourrissons. Elle doit être réalisée par les professionnels de santé.

Une étude américaine de 2005 comparait l'incidence du SBS dans 8 régions de l'Etat de New York, sur une période de 5 ans et demi, dans des familles ayant reçu une information sur les risques du secouement avant la sortie de maternité, par rapport à l'incidence du SBS dans les mêmes régions sur les 6 ans avant le début de la campagne d'information. L'étude a constaté une diminution de 47% de traumatisme crânien intentionnel [12].

Le rôle du Médecin Généraliste (MG) est rarement retrouvé dans la littérature du SBS. François Colombel s'est intéressé en 2011 à la place des MG dans la prévention, le dépistage et le signalement du bébé secoué dans le département du Nord. Il en a conclu que le MG avait une position privilégiée dans les familles, ce qui lui conférait un rôle essentiel dans la prévention du SBS. Cependant, l'information des jeunes parents n'était que trop rarement faite ; les MG étaient insuffisamment formés sur le SBS et la maltraitance à enfant en général [13].

La prévention passe par une parfaite connaissance du SBS par les professionnels de santé, en particulier les médecins. Le MG est au cœur de la prévention du SBS, et l'amélioration de cette prévention est corrélée à une amélioration de son savoir.

Nous avons cherché à connaître les connaissances des MG sur le SBS, son dépistage et sa prévention.

## **II- MATERIEL ET METHODE :**

### *1. Objectif principal :*

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les connaissances des MG d'Aveyron et de Haute Garonne (Midi Pyrénées) sur le SBS, son dépistage et sa prévention.

### *2. Type d'étude :*

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, transversale. Nous avons adressé un questionnaire anonyme aux MG exerçant en libéral dans les départements de l'Aveyron et de Haute Garonne.

### *3. Durée de l'étude :*

Nous avons contacté les MG installés en Aveyron et Haute Garonne. Les contacts téléphoniques et les envois de questionnaires ont débuté le 6 mai 2014, et se sont terminés le 25 août 2014. Les réponses au questionnaire ont été recueillies jusqu'au 9 septembre 2014.

### *4. Elaboration du questionnaire :*

Le questionnaire comprenait 22 questions, réparties dans 3 grandes parties :

- « Vous »
- « Vos connaissances sur le SBS »
- « Votre conduite à tenir devant un SBS »

Nous avons établi les questions en vue de tester les connaissances théoriques des MG sur les données épidémiologiques, physiopathologiques, diagnostiques cliniques et recommandations de prise en charge du SBS d'après les données de la littérature [2] (annexe 1). Le questionnaire a été testé par un MG libéral et un pédiatre hospitalier.

### *5. Inclusion et déroulement pratique :*

Tous les MG installés en libéral en Aveyron et en Haute Garonne ont été recrutés.

Les MG présentant une orientation particulière, telle que l'homéopathie, l'angiologie, l'allergologie, l'acupuncture, la mésothérapie, ou bien une activité salariée prédominante ont été exclus. Les MG refusant de participer ont été exclus.

Pour l'inclusion : chaque MG a été contacté par téléphone à son cabinet, directement ou par sa secrétaire, afin d'obtenir son accord, et recueillir son mail pour adresser le questionnaire. Nous avons pu expliquer l'objectif de la thèse et son déroulement pratique.

Les MG appartenant au Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG), ou dont le mail était disponible sur le site du DUMG, et répondant aux critères d'inclusion, ont été contactés directement par mail.

Le questionnaire était envoyé dans la journée même de l'obtention de l'adresse mail, ou au maximum dans les deux jours suivants, afin de renforcer les chances de réponse des MG.

Certains MG n'ont pu être joints malgré plusieurs tentatives. Pour certains nous n'avons pu contacter que la secrétaire. Parfois, elle nous communiquait le mail du MG et lui en parlait ensuite. Parfois nous lui avons laissé nos coordonnées mais les MG n'ont pas donné suite. D'autres MG n'exerçaient plus à l'adresse indiquée.

Les principaux motifs de refus de participation ont été :

- Le manque de temps, fréquemment invoqué
- L'absence de population pédiatrique dans la patientèle
- L'absence d'informatisation, très rarement

Le questionnaire a été adressé exclusivement par courrier électronique, grâce à l'outil Google Doc®. L'outil Google Doc® présentait plusieurs intérêts :

- La simplicité de réponse pour les MG en cochant directement les cases en ligne, la rapidité de remplissage du questionnaire, l'absence de démarche postale de retour de courrier.
- Le recueil automatique des réponses sous tableur
- Le coût financier moindre par rapport à un envoi postal, pour nous.

Un mail général de relance a été renvoyé fin août 2014 afin de resolliciter les MG qui n'avaient pas répondu.

Plusieurs MG ayant répondu au questionnaire ont souhaité être tenus informés des résultats de l'étude.

### *6. Analyse statistique :*

Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés avec un tableur Microsoft Excel® 2013.

Nous avons réalisé une analyse descriptive simple.

### **III- RESULTATS :**

#### *1. Participation :*

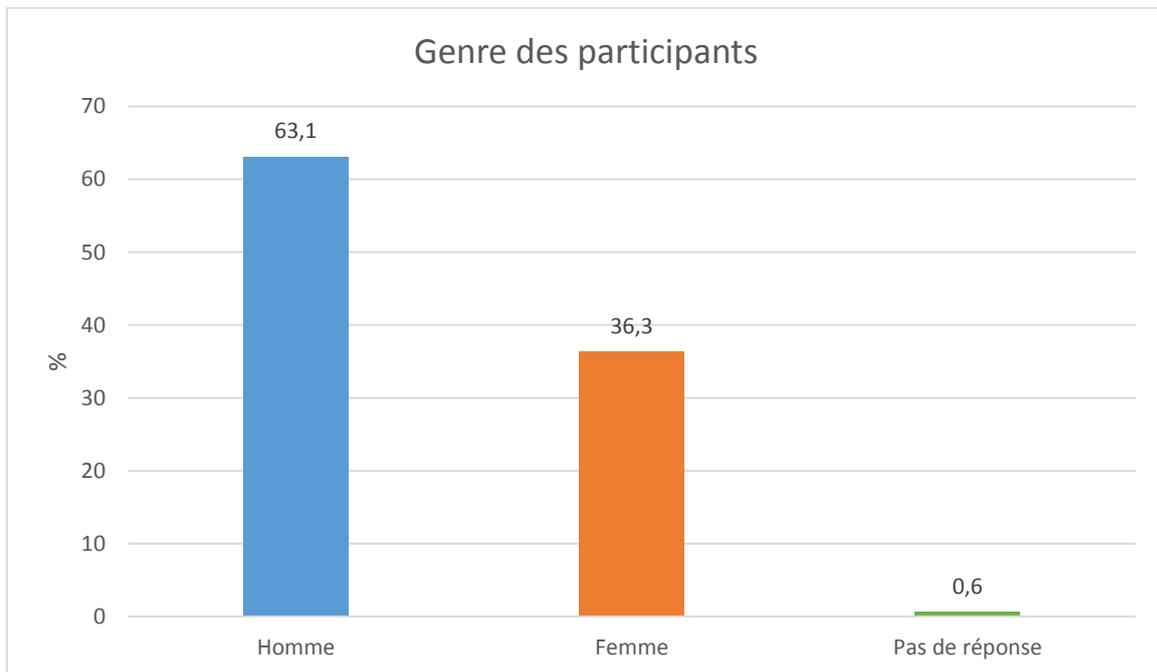
Au total, 1355 MG ont été contactés : 581 adresses mails ont été recueillies. Le taux de participation était donc de 42,8 %.

A la clotûre du recueil des données, 336 réponses aux questionnaires ont été obtenues : le taux de réponse était de 58 % parmi les MG participants.

#### *2. Analyse descriptive :*

##### *1<sup>ère</sup> partie : Vous*

##### *2.1 Quel est votre sexe ?*



*Figure 1 : Répartition par genre des MG participants (n=336)*

##### *2.2 Quel est votre âge ?*

La moyenne d'âge des participants est de 51 ans.

L'âge maximum des participants est de 72 ans, et l'âge minimum est de 30 ans.

### 2.3 Quel est votre secteur d'activité ?

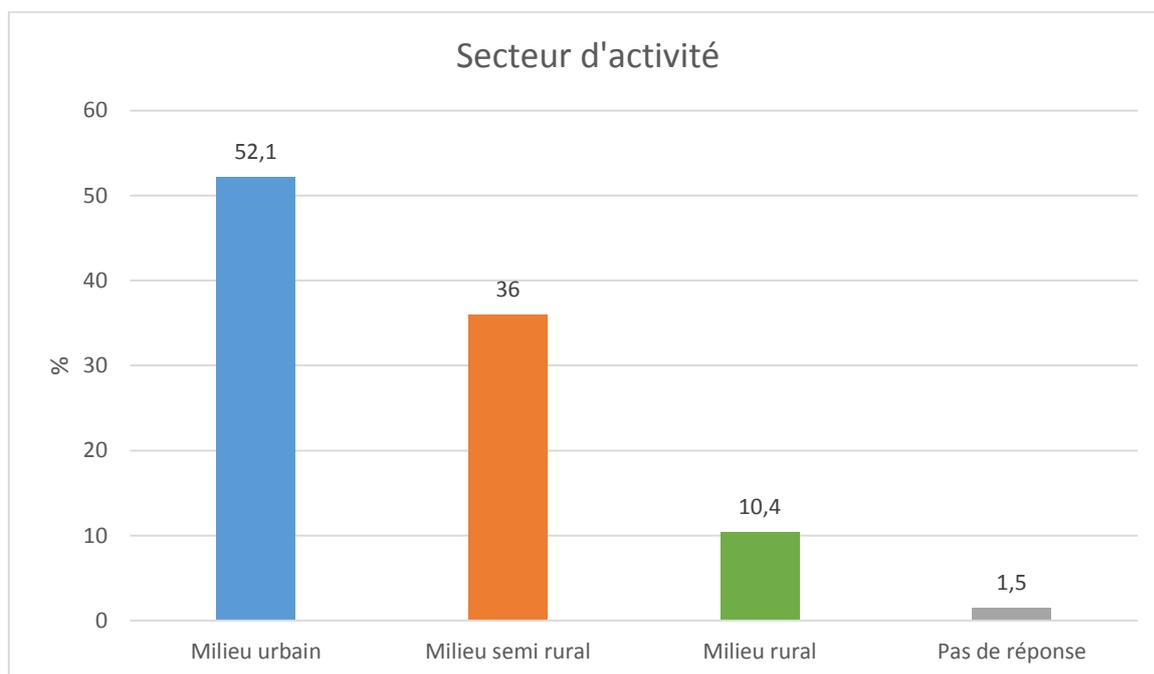


Figure 2 : Répartition par secteur d'activité des MG participants (n=336)

### 2.4 En moyenne, combien de nourrissons (0-2ans) recevez-vous en consultation par jour ?

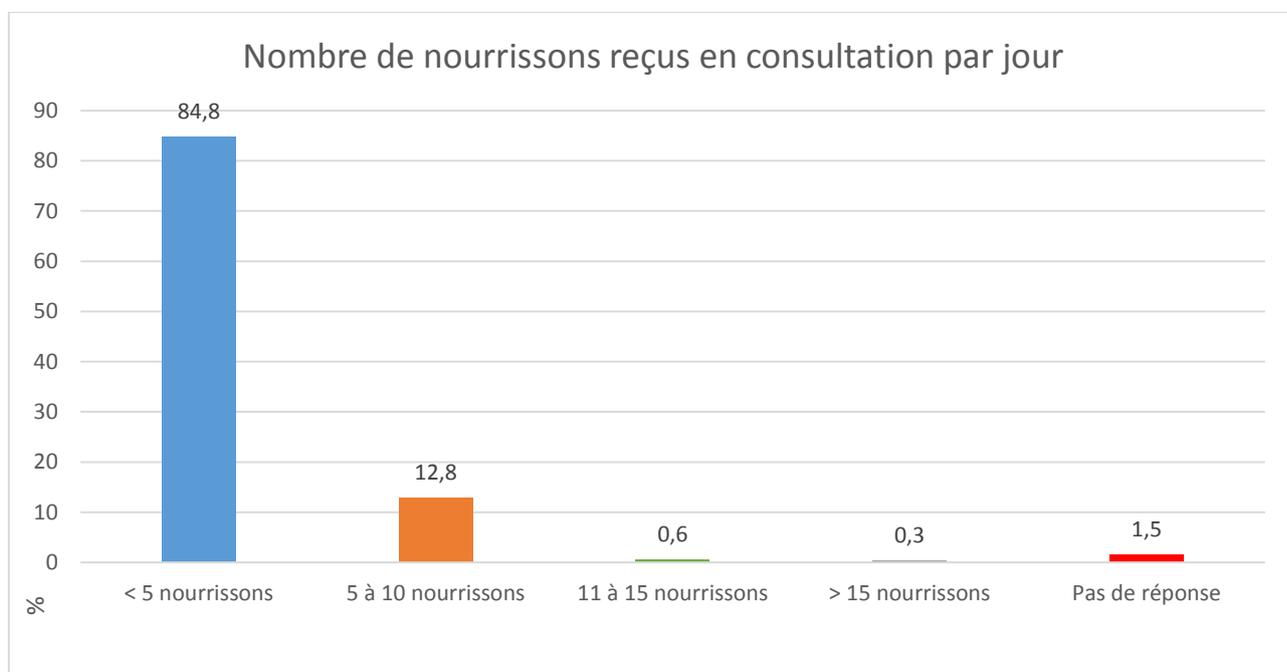


Figure 3 : Nombre de nourrissons reçus en consultation par jour (n=336)

## 2.5 Avez-vous participé à une formation concernant le SBS ?

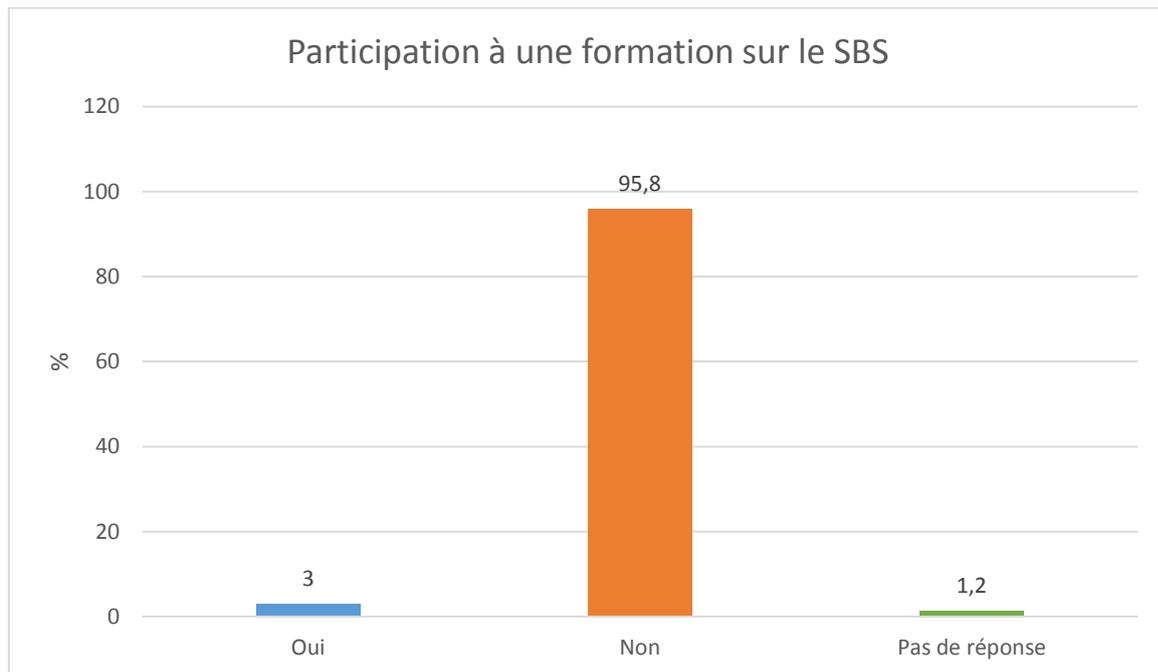


Figure 4 : Participation à une formation sur le SBS (n=336)

## 2.6 Si oui, de quel type ?

Sur les 10 MG ayant participé à une formation concernant le SBS :

- 5 ont participé à une Formation Médicale Continue, soit 50 %
- 1 a participé à un Développement Professionnel Continu, soit 10 %
- 1 a participé à un Diplôme Universitaire, soit 10 %
- 1 a participé à un autre type de formation, soit 10 %
- 2 n'ont pas répondu, soit 20 %

## 2<sup>ème</sup> partie : Vos connaissances sur le SBS

### 2.7 Le SBS touche principalement les bébés âgés de :

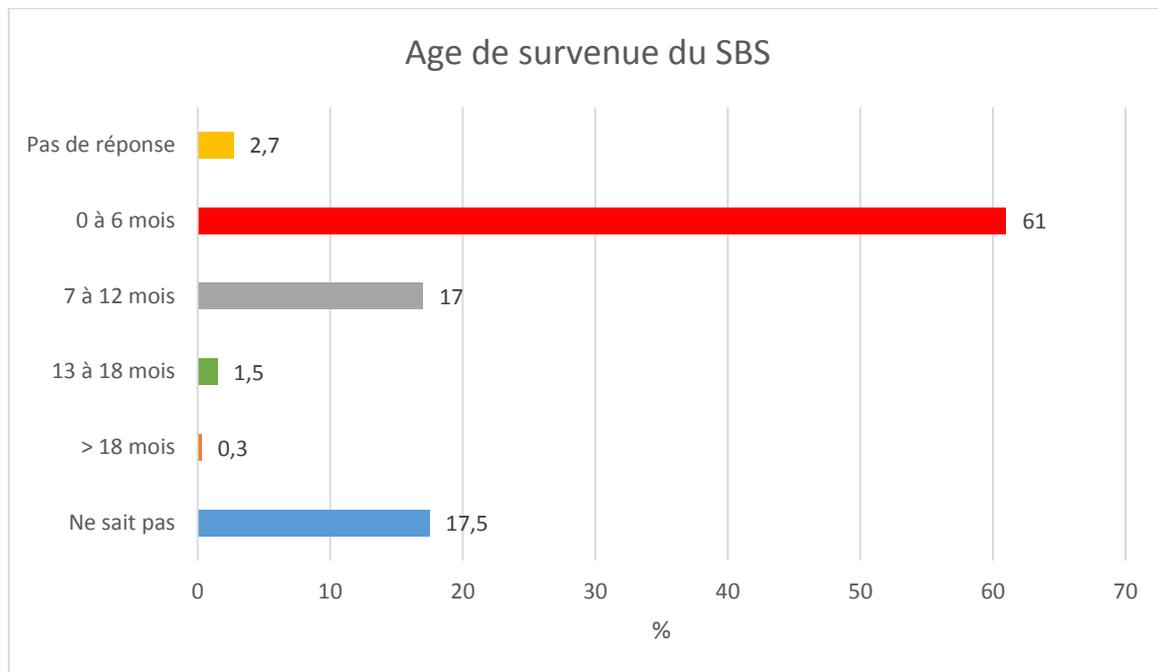


Figure 5 : Age de survenue du SBS (n=336)

2.8 Le SBS peut potentiellement toucher les classes socio-économiques :

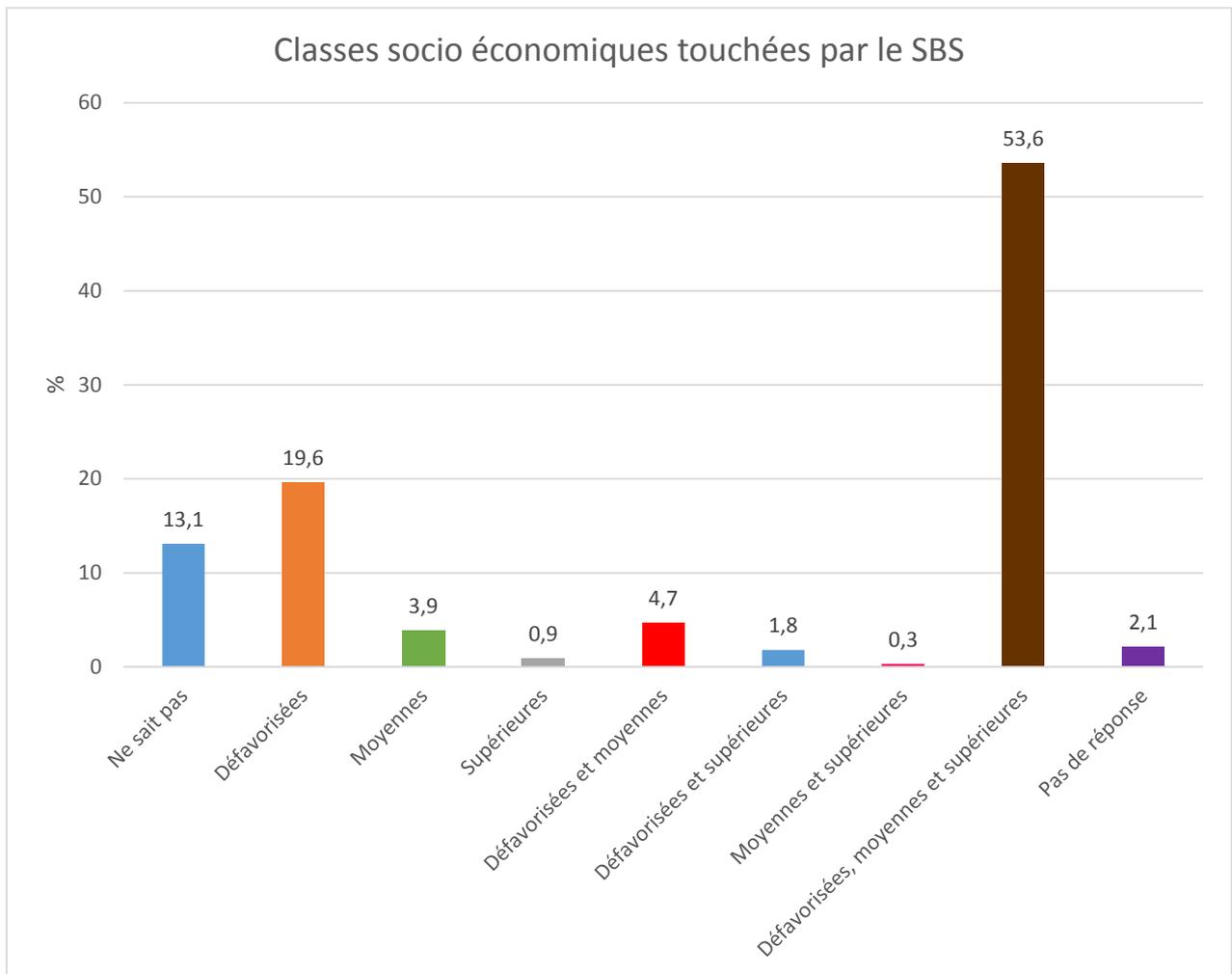


Figure 6 : Répartition des classes socio-économiques touchées par le SBS (n=336)

2.9 Parmi les FDR de SBS suivants, cochez les 4 qui vous apparaissent « les plus importants » :

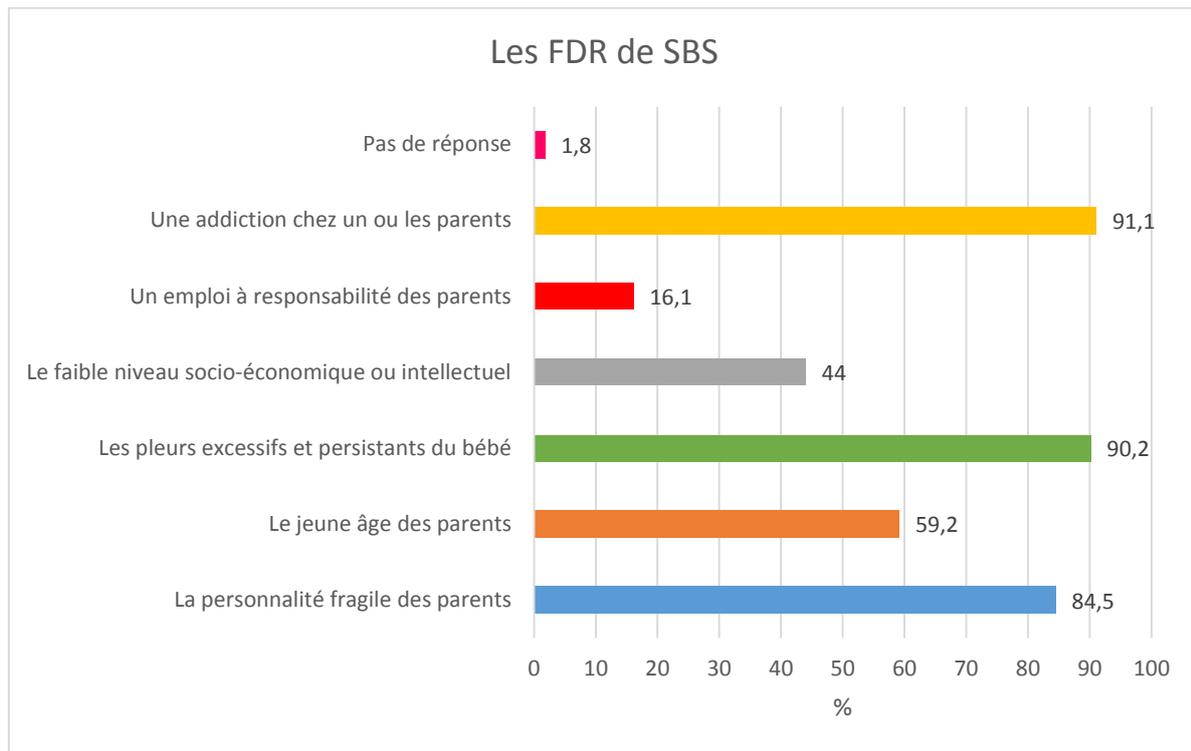


Figure 7 : Les FDR de SBS (n=336)

Les 4 FDR les plus cités sont par ordre décroissant :

- 1) Une addiction (alcool, drogues) chez un ou les parents
- 2) Les pleurs excessifs et persistants du bébé
- 3) La personnalité fragile des parents
- 4) Le jeune âge des parents

2.10 Citez le/les items concernant le SBS qui vous paraisse(nt) juste(s)/vrai(s) :

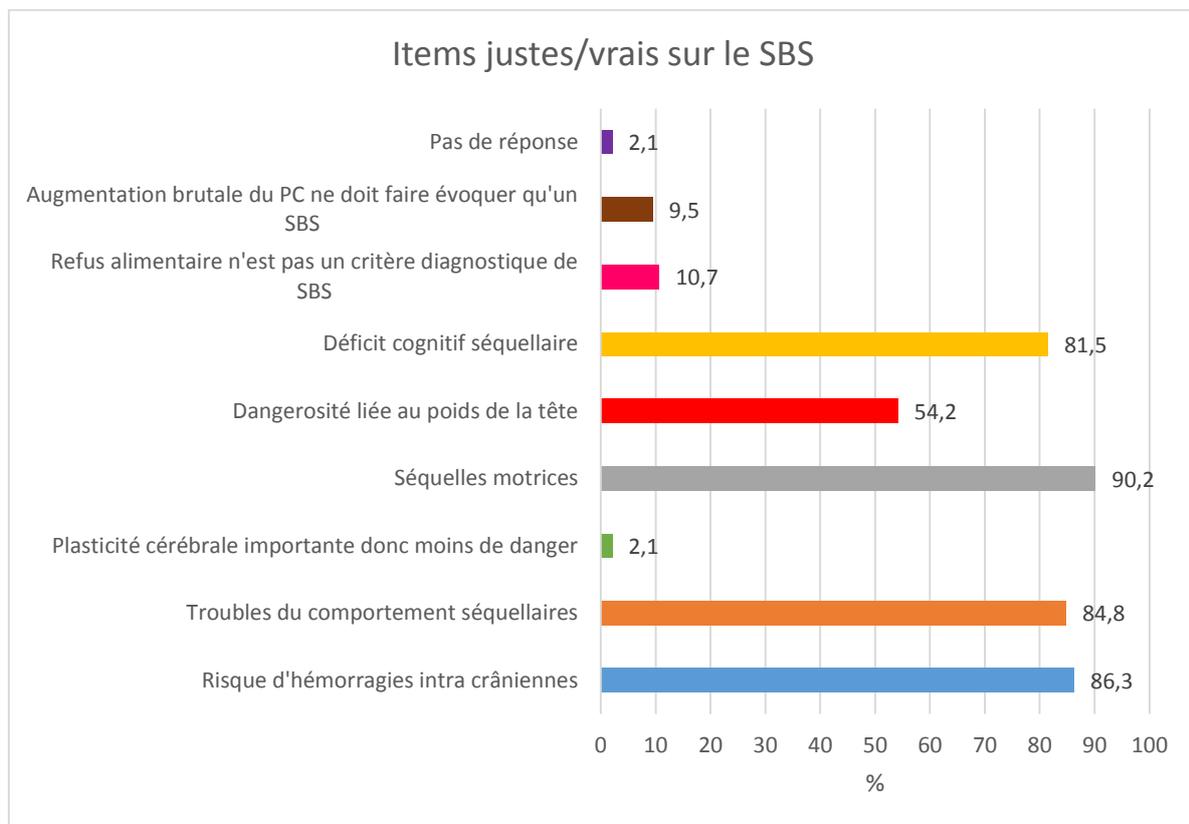


Figure 8 : Les items justes/vrais sur le SBS (n=336)

### 2.11 Le SBS touche principalement :

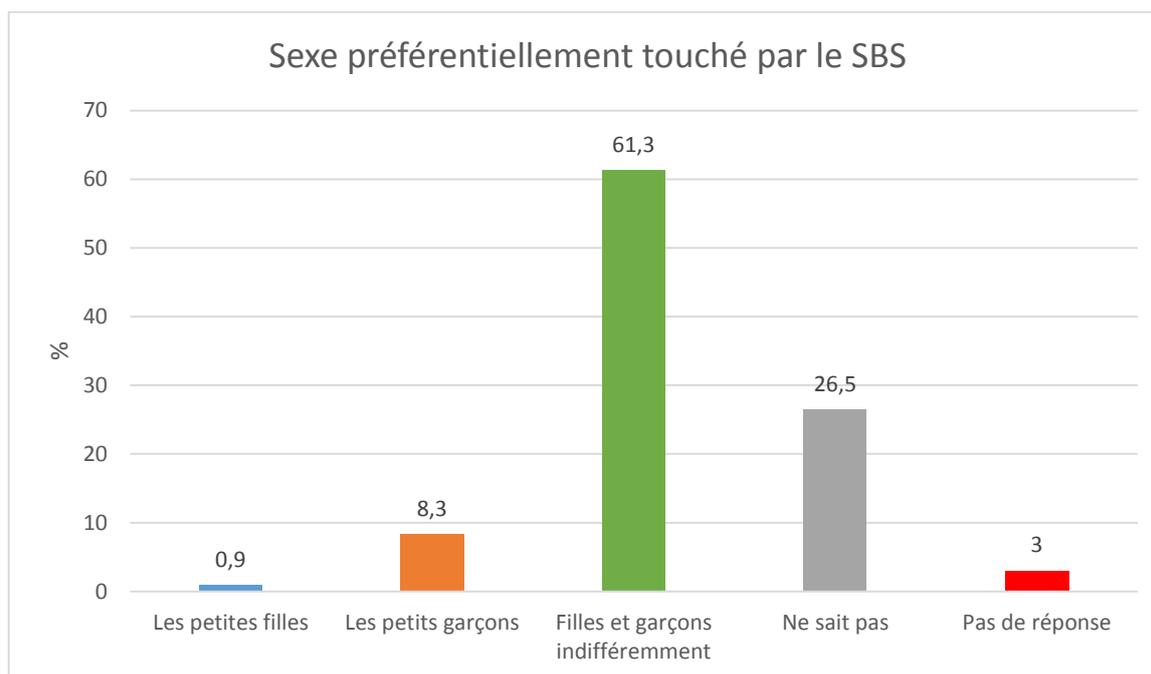


Figure 9 : Sexe préférentiellement touché par le SBS (n=336)

### 2.12 Le bébé secoué est le plus souvent :

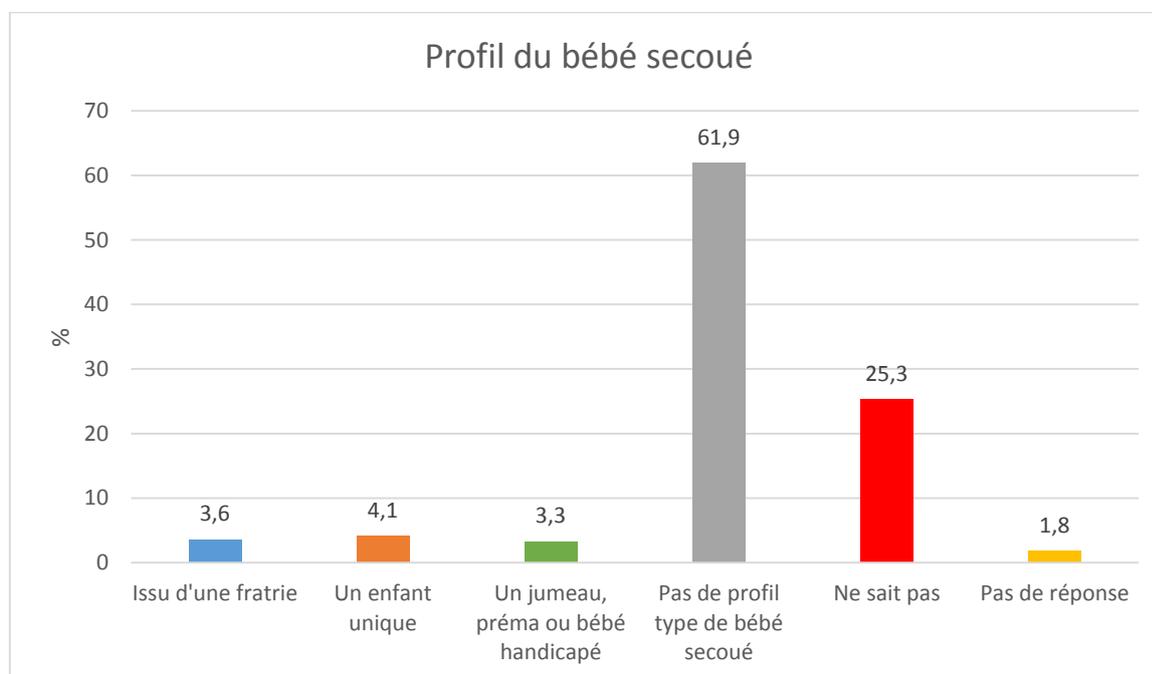


Figure 10 : Profil du bébé secoué (n=336)

2.13 Les personnes qui secouent le bébé sont le plus souvent :

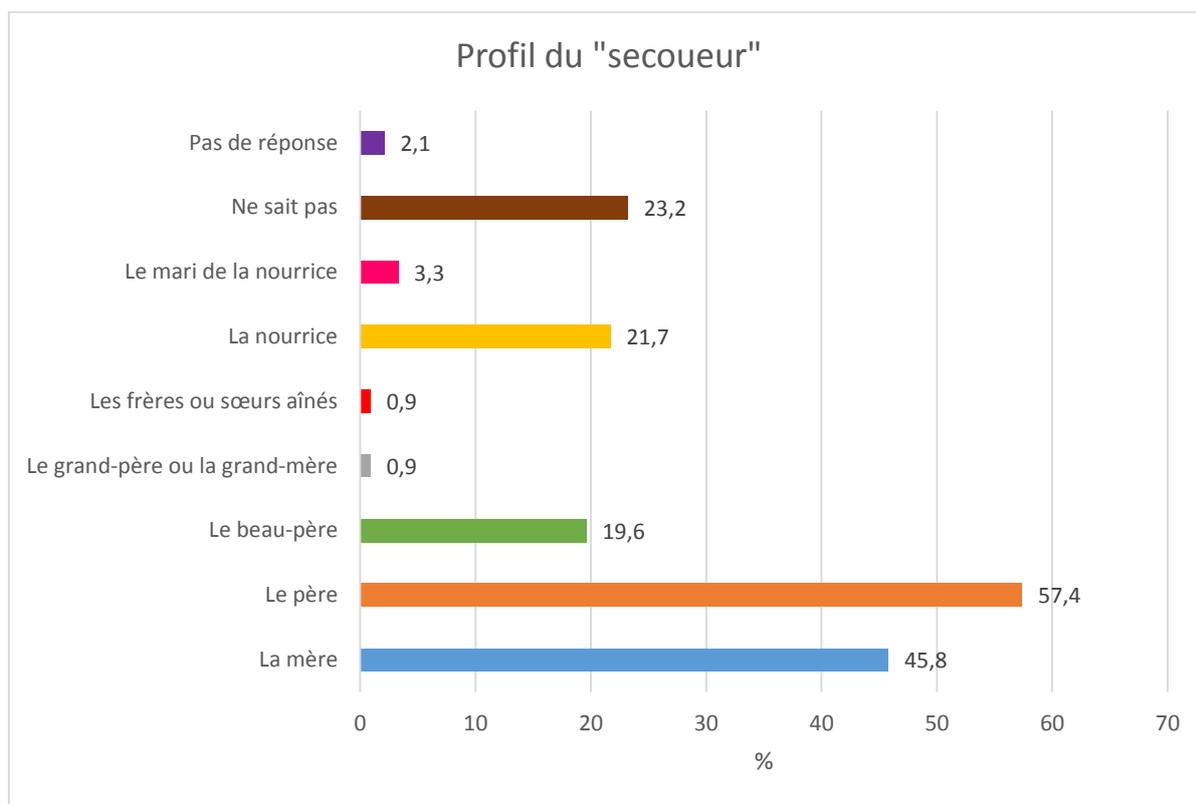


Figure 11 : Profil du "secoueur" (n=336)

### **3<sup>ème</sup> partie : Votre conduite à tenir devant un SBS**

2.14 Vous suspectez une situation à risque de SBS, mais vous doutez : téléphonez-vous à quelqu'un ?

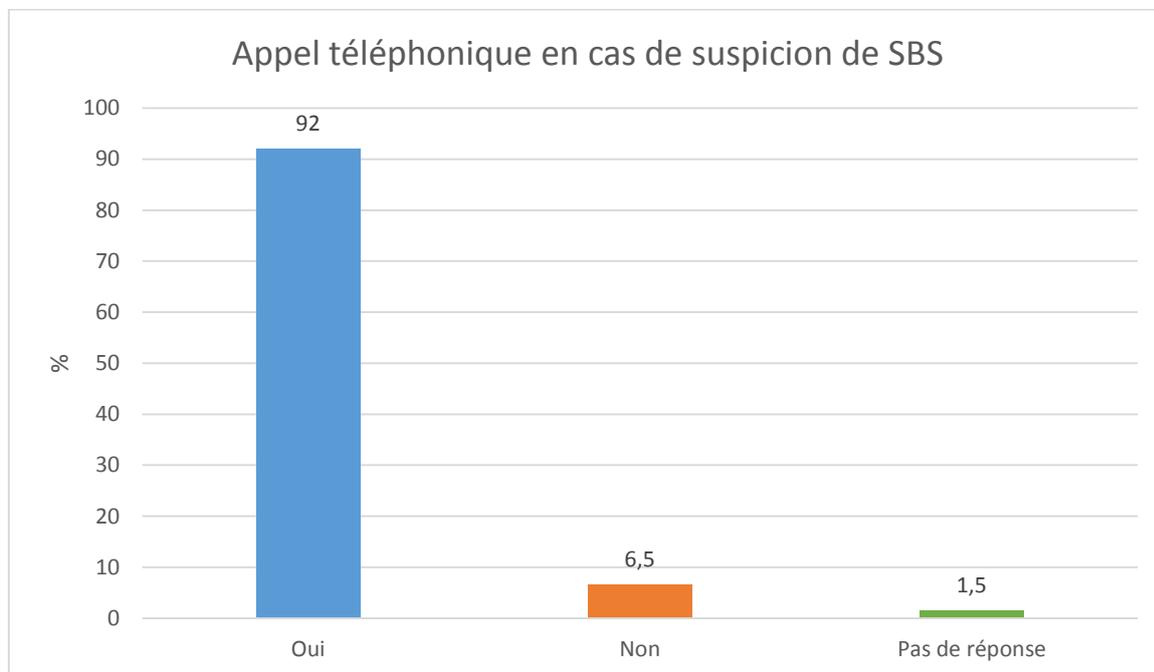


Figure 12 : Appel téléphonique en cas de suspicion de SBS (n=336)

### 2.15 Si oui, à qui en priorité ?

Parmi les 309 MG ayant répondu « Oui » :

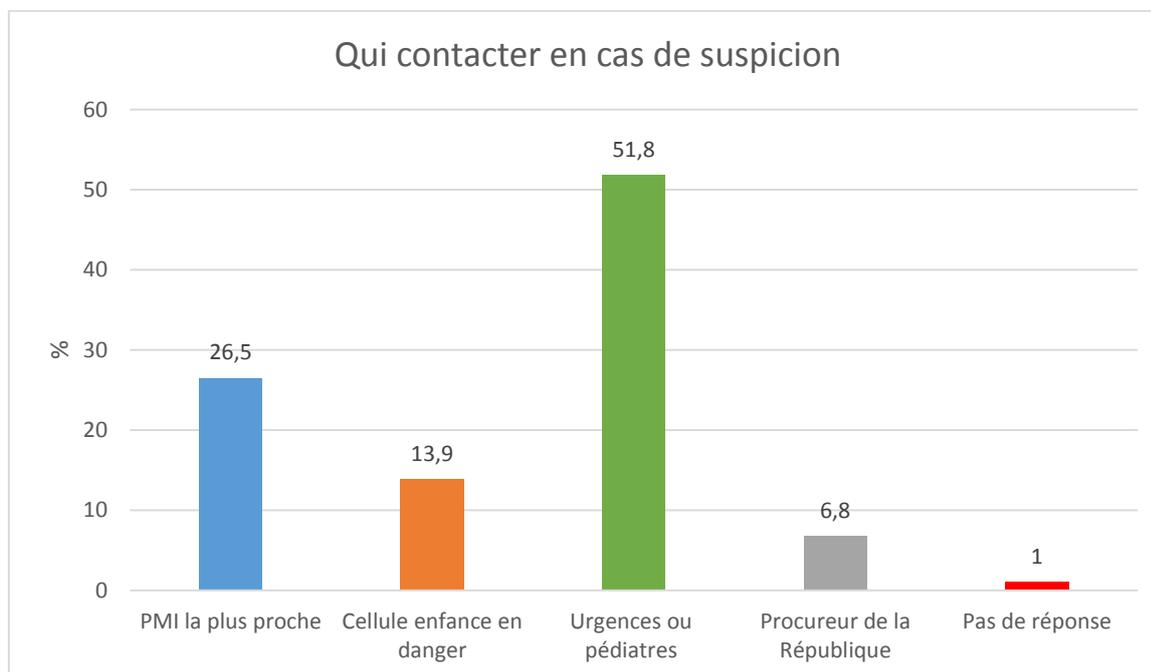


Figure 13 : Qui contacter en cas de suspicion de SBS? (n=336)

Parmi les 22 MG ayant répondu « Non » : 2 ont néanmoins répondu « la PMI » (Protection Maternelle et Infantile), et 4 ont répondu « les urgences ou le pédiatre de l'hôpital le plus proche ».

Parmi les 5 MG n'ayant pas répondu : 1 a répondu « la PMI », et 1 a répondu « les urgences ou le pédiatre de l'hôpital le plus proche ».

2.16 Vous suspectez fortement un SBS, que faites-vous préférentiellement ?

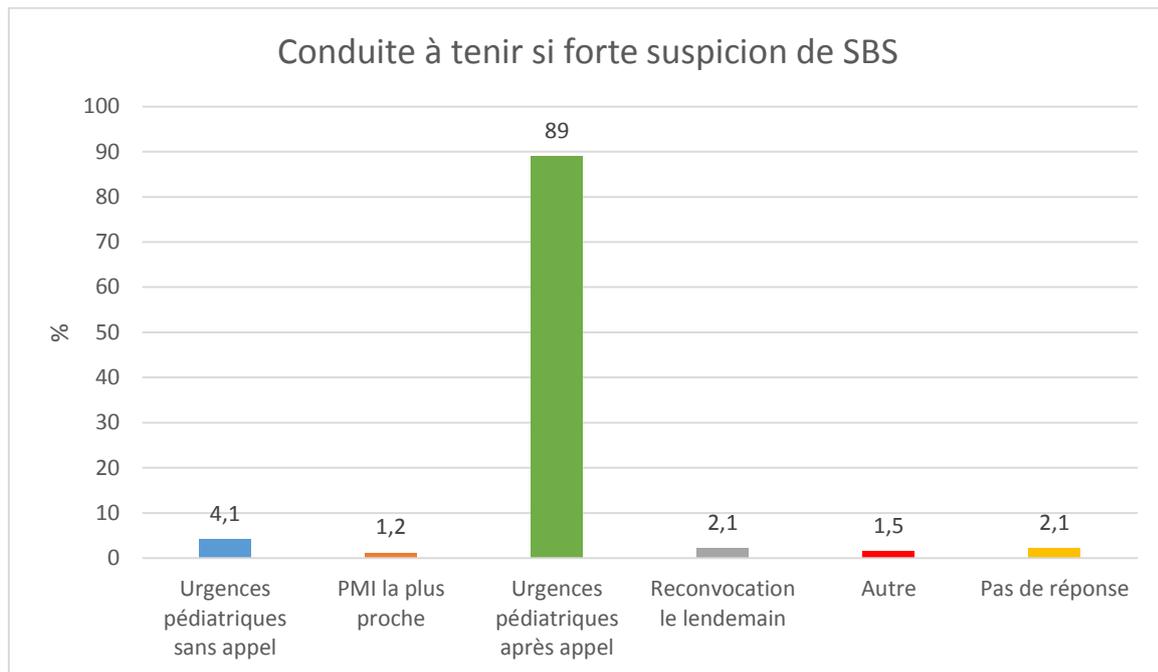


Figure 14 : Conduite à tenir si forte suspicion de SBS (n=336)

Parmi les médecins ayant coché la case « Autre » :

- 1 MG a précisé adresser aux urgences puis passer un appel téléphonique sans les parents
- 1 MG a précisé appeler le 15 pour un transfert médicalisé en pédiatrie
- 1 MG a précisé discuter avec les parents puis envoyer aux urgences après appel téléphonique
- 1 MG a précisé envoyer un fax au Procureur de la République
- 1 MG a précisé en parler avec les parents

## 2.17 Le signalement de SBS avéré est-il obligatoire ?

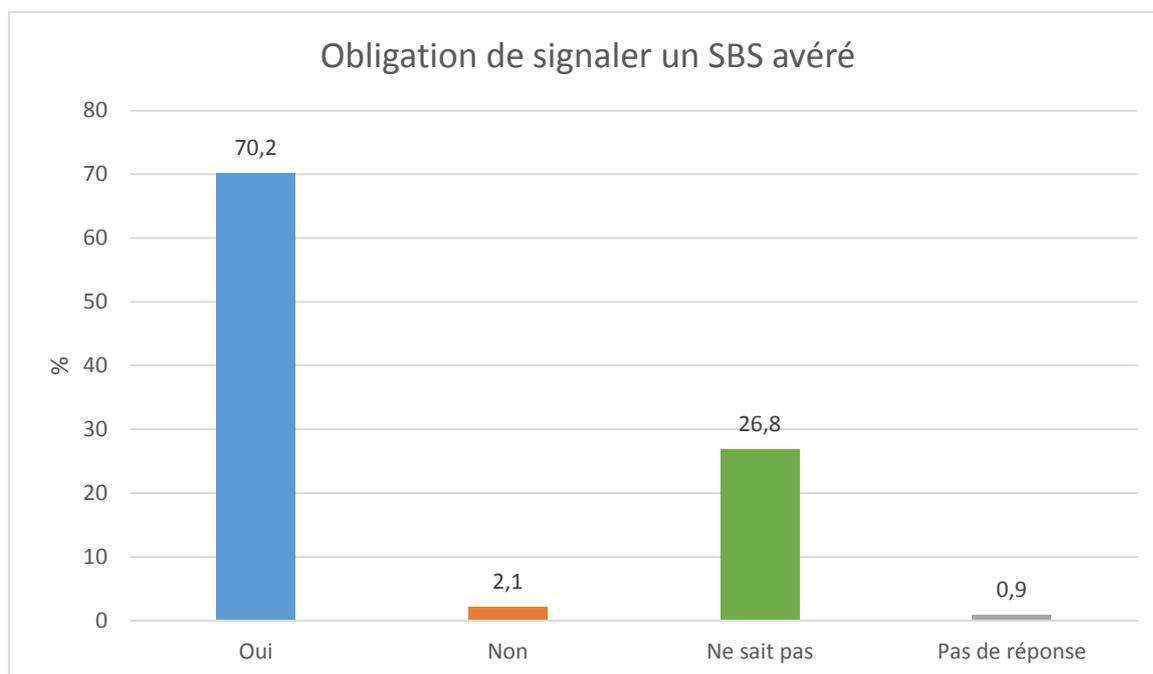


Figure 15 : Obligation de signaler un SBS avéré (n=336)

## 2.18 Si oui, auprès de quelle instance feriez-vous ce signalement ?

Parmi les 236 MG ayant répondu « Oui » à l'obligation de faire un signalement :

- 144 MG ont répondu « le Procureur de la République », soit 61%.
- 31 MG ont répondu « le Conseil Général » (Cellule enfance en danger, PMI, CRIP (Centre de recueil et de traitement des informations préoccupantes), UTAM (Unité territoriale d'action médico sociale)), soit 13.1%.
- 9 MG ont répondu « les forces de l'ordre », c'est-à-dire Préfecture, gendarmerie et police, soit 3.9%.
- 9 MG ont répondu « une instance judiciaire », que ce soit le tribunal, le juge des enfants..., soit 3.9%.
- 8 MG ont répondu « l'Agence Régionale de Santé (ARS) », soit 3.4%.
- 5 MG ont répondu « les urgences et/ou l'hôpital », soit 2.1%.
- 1 MG a répondu « la HAS », soit 0.4%.
- 1 MG a répondu « le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) », soit 0.4%.
- 1 MG a répondu « l'assistante sociale », soit 0.4%
- 5 MG ont répondu « ne pas savoir », soit 2.1%.

- 22 MG n'ont pas répondu, soit 9.3%.

Parmi les 7 MG ayant répondu « Non » à l'obligation de signaler un SBS avéré : 2 ont répondu faire le signalement auprès du 119.

Parmi les 90 MG ayant répondu ne pas savoir s'il était obligatoire de signaler un SBS avéré :

- 4 MG ont répondu « le Conseil Général » dans son ensemble
- 2 MG ont répondu « le Procureur de la République »
- 1 MG a répondu « les Urgences Pédiatriques »

2.19 Abordez-vous souvent la prévention du SBS avec les parents, lors des consultations de suivi du nourrisson ?

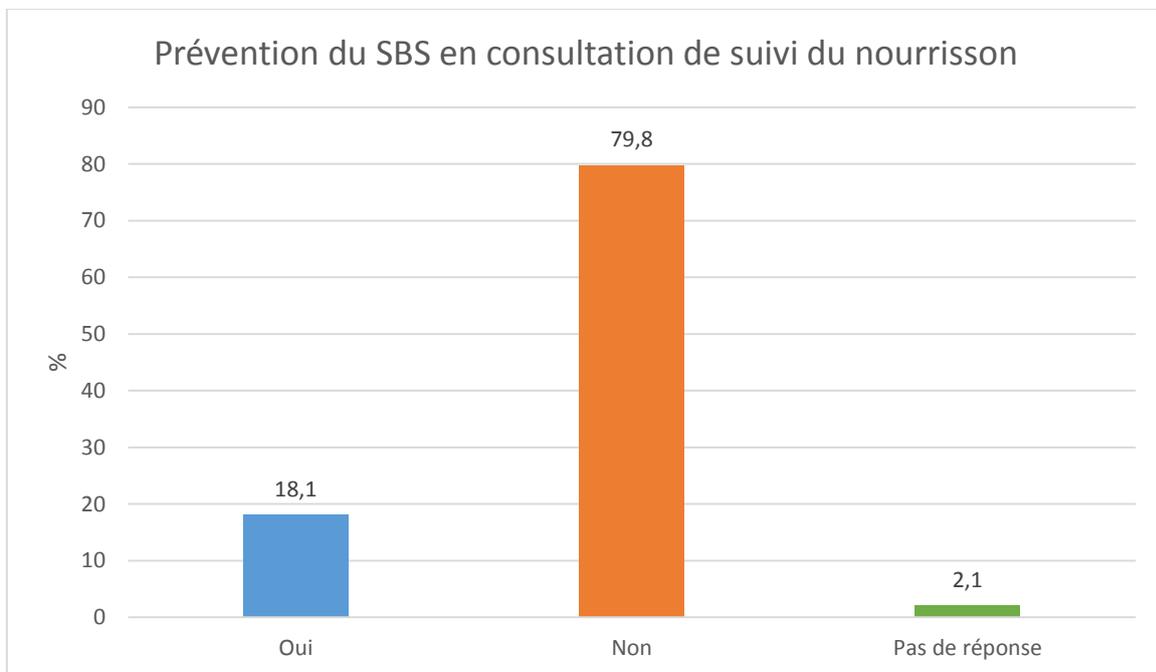


Figure 16 : Prévention du SBS en consultation de suivi du nourrisson (n=336)

## 2.20 Si non, pourquoi ?

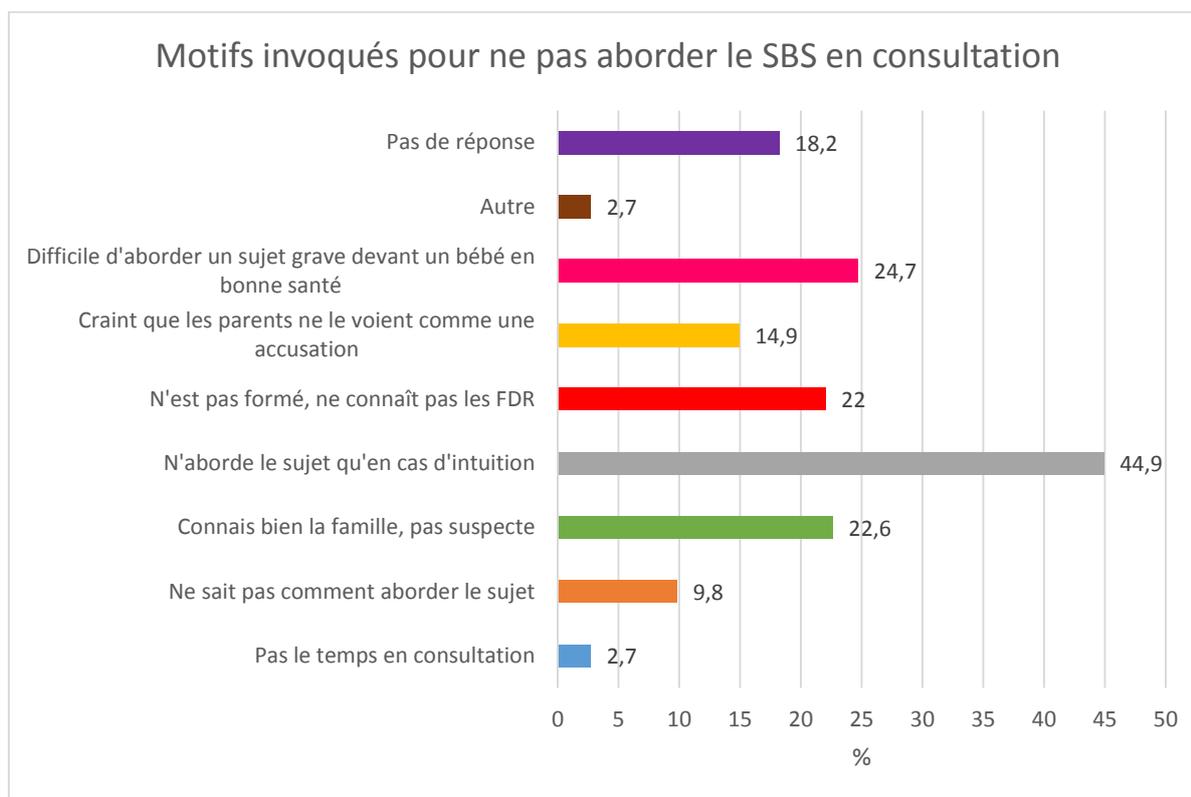


Figure 17 : Motifs invoqués pour ne pas aborder le SBS en consultation (n=336)

Parmi les 9 MG ayant répondu « Autre », soit 2.7% :

- 1 MG a répondu ne plus voir de nourrisson
- 6 MG ont répondu ne pas y penser et ne pas avoir d'automatisme
- 1 MG a répondu ne pas avoir de parents ayant le profil
- 1 MG a répondu agir selon l'attitude de l'enfant et des parents

### 2.21 Comment pourriez-vous améliorer, à votre échelle, votre prévention du SBS ?

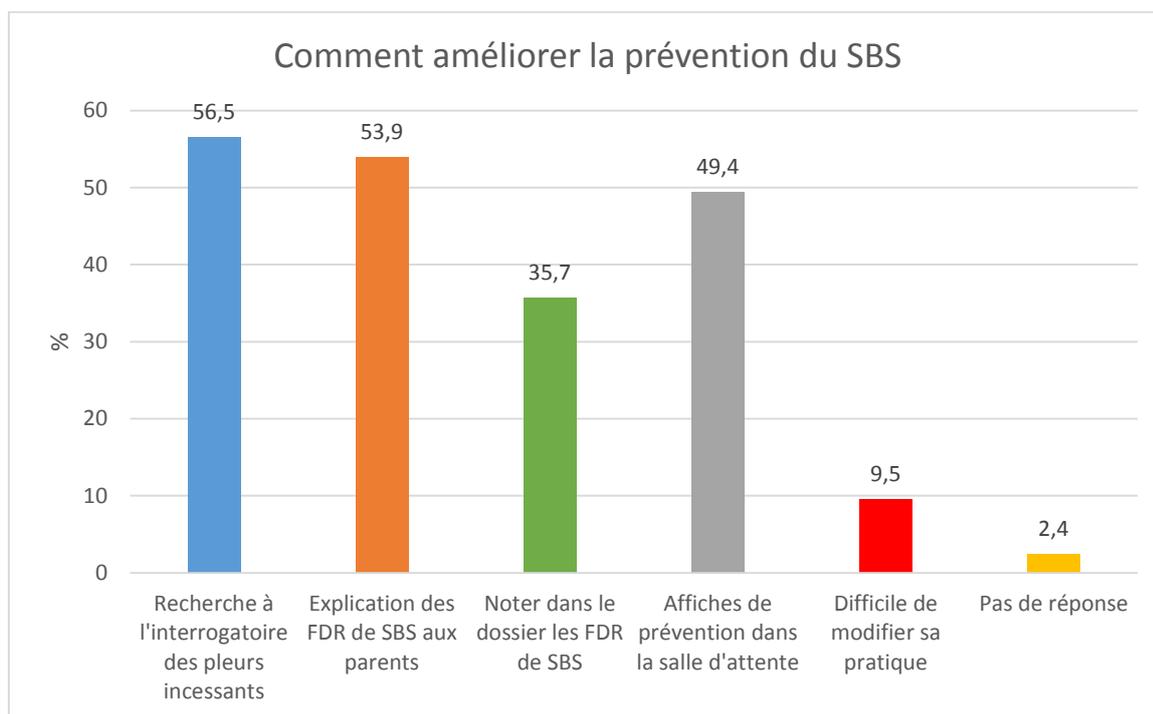


Figure 18 : Comment améliorer la prévention du SBS ? (n=336)

### 2.22 Souhaiteriez-vous participer à une soirée de formation sur le SBS ?

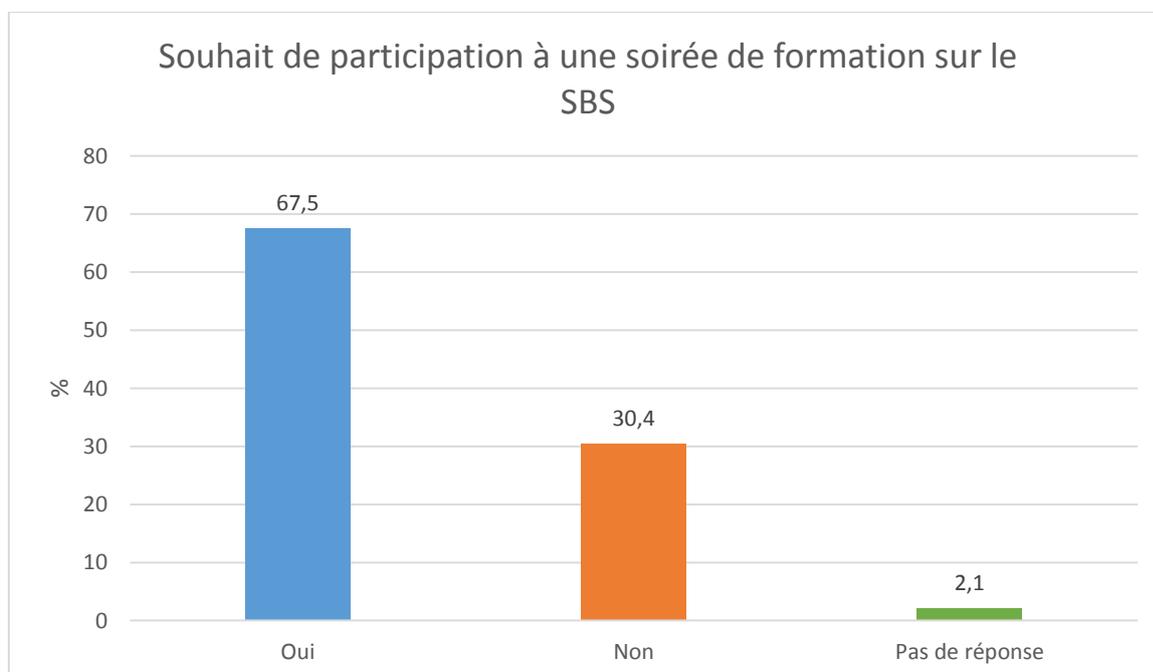


Figure 19 : Souhait de participation à une soirée de formation sur le SBS (n=336)

## **IV- DISCUSSION :**

Dans notre étude, les caractéristiques des MG inclus sont relativement conformes à la population médicale française et midi-pyrénéenne. En effet, l'âge moyen des MG en France en 2014 était de 52 ans, ce qui était également le cas en Midi Pyrénées (51 dans notre étude) [14]. La proportion de MG masculins dans notre étude est légèrement plus élevée qu'à l'échelle nationale et midi-pyrénéenne. En effet, la proportion d'hommes MG en France en 2014 était de 57 %, et de 56,4 % en Midi Pyrénées, alors que notre étude inclut 63,1 % d'hommes [14].

Notre étude confirme le manque d'informations apportées aux MG sur le SBS, ce qui est en accord avec l'étude réalisée par François Coulombel dans le département du Nord en 2011 [13], dans laquelle 90 % des MG n'avaient pas eu de formation spécifique. François Coulombel a mis en évidence une influence statistiquement significative entre l'accès à la formation et le secteur d'exercice, les MG exerçant en secteur urbain pouvant plus facilement accéder à une formation sur le SBS. Dans notre étude, il est impossible d'affirmer statistiquement ce lien, mais il s'avère que la grande majorité des MG n'ont pas reçu de formation sur le SBS, alors que plus de la moitié exercent en secteur urbain. Ceci laisse supposer que le secteur d'exercice modifierait peu la participation à une formation sur le SBS.

Néanmoins, à l'issue de notre étude, 67,5 % des MG interrogés seraient intéressés pour participer à une formation sur le SBS. Cette demande de formation et d'amélioration des connaissances traduit bien le manque d'informations véhiculées ou retenues au cours de notre cursus. Le SBS était jusque là également méconnu du grand public, mais ceci tend à changer avec l'évocation de faits divers dans les médias qui touchent l'opinion publique. Plusieurs enquêtes ont été réalisées dans des maternités en France afin d'évaluer les connaissances des parents sur le SBS. Une menée au CHU de Bordeaux en 2001 a révélé que 72 % des parents n'ont aucune notion des conséquences possibles d'un secouement [15]. Une campagne de prévention menée à la maternité de Saint Maurice en 2011 a été recommandée par les parents en ayant bénéficié [16]. Avec de meilleures connaissances et donc plus d'aisance, les MG pourraient pallier aux lacunes des parents concernant les risques des secouements et ainsi assurer une meilleure prévention. De plus, Kevin Perez montre dans son étude portant sur les MG de l'Yonne que plus de 80 % des médecins interrogés se disent sensibilisés au SBS [17]. Il existe donc un réel intérêt chez les MG pour le SBS et pour améliorer sa prévention.

Nous allons maintenant nous intéresser plus précisément aux connaissances théoriques des MG ayant participé à notre étude sur le SBS.

Les MG ont retrouvé que le SBS survenait surtout de 0 à 6 mois. Il s'agit en effet d'une donnée retrouvée fréquemment dans la littérature [7] [9] [18]. La moyenne d'âge des enfants touchés se situerait entre 2.2 et 5 mois [2]. La majorité des MG ont donc trouvé le bon intervalle d'âge, bien que la part des MG « ne sachant pas » ne soit pas négligeable.

Concernant les classes sociales touchées par le SBS, la majorité des MG a répondu toutes les classes socio-économiques, c'est-à-dire les classes supérieures, moyennes et défavorisées. Il s'agit en effet d'un des « pièges » du diagnostic du SBS. Le SBS peut survenir dans toutes les familles et tous les milieux [3], et pas seulement dans les classes défavorisées, comme l'ont affirmé 19,6 % des MG de notre étude. Cette donnée est capitale et lourde de conséquences. En effet, seulement la moitié des MG savent que toutes les classes socio-économiques peuvent être touchées, ce qui peut entraîner un biais majeur dans la prévention des familles. Les informations concernant le SBS doivent être délivrées à toutes les familles, et pas seulement à celles défavorisées, même si la prévention doit être accrue dans certains cas. Dans l'étude de François Coulombel réalisée chez les MG du Nord [13], 23 % des cas de SBS observés sont survenus dans des contextes socio-économiques défavorisés, ce qui ne représente donc pas la majorité.

Les 4 FDR les plus évoqués dans notre étude sont retrouvés dans la littérature [3]. Les pleurs excessifs représentent le principal élément déclencheur du SBS [19] [20]. La colère monte, et couplée au manque de sommeil prolongé, peut alors s'accompagner d'une perte de contrôle du « secoueur », menant parfois jusqu'à la violence [2] [21]. Selon un sondage mené en 2003 par le Centre de Recherche sur l'Opinion Publique (CROP) et la Fondation Marie Vincent, 61% des Québécois estiment avoir tendance à perdre patience après plus de 30 minutes de pleurs de leur enfant [22]. Les jeunes parents [23], la présence d'addictions [24], et une personnalité fragile, souvent associée à des attentes irréalistes envers l'enfant [19], sont des FDR fréquemment évoqués. Il faut néanmoins garder à l'esprit que le SBS peut survenir sans aucun FDR sous-jacent. Dans notre étude, les MG ont donc repéré les FDR les plus importants de survenue de SBS.

Les MG ont bien identifié les items vrais concernant le syndrome du bébé secoué, à savoir : le risque de séquelles motrices, de troubles du comportement séquellaires, d'hémorragies intra-crâniennes et de déficit cognitif séquellaire [2] [3] [9] [10] [11] [25] [26]. Cependant, une toute petite majorité des MG de notre étude a reconnu que la dangerosité du secouement était liée au

poids important de la tête [3] [27], alors qu'il s'agit d'un élément physiopathologique clé expliquant les lésions secondaires dues au SBS.

Concernant le sexe du bébé secoué, plusieurs études ont en fait démontré que les enfants secoués étaient le plus souvent des garçons, et que cette proportion variait entre 56 et 75 % [3] [7] [9] [28] [29]. Cette donnée n'est quasiment pas connue des MG de notre étude.

Concernant le profil type du bébé secoué : le SBS peut effectivement concerner n'importe quel bébé. Néanmoins, la littérature fait état d'éléments prédisposant l'enfant à être secoué. Les bébés prématurés ou handicapés seraient particulièrement à risque, du fait du surplus de travail, de pleurs fréquents et car ils ne répondraient pas aux attentes de leurs parents [30] [31]. De plus, les jumeaux présentent également un risque accru de secouement du fait du surcroît de travail engendré [32]. Ces éléments n'ont pas du tout été reconnus par les MG. Par ailleurs, le bébé secoué est plutôt un enfant unique, ce qui est retrouvé dans 60 à 92 % des cas [33] [34] [35], ce que les MG ne savaient pas non plus.

Le profil du secoueur a été mieux cerné par les MG de l'étude. Les différentes études s'accordent à reconnaître que le père est l'auteur des secousses dans 50 % des cas, suivi du beau-père ou du compagnon de la mère dans 20 % des cas [9] [11] [35] [36]. La mère représente quant à elle environ 12 % des agresseurs recensés dans le SBS [9] [11] [36]. Dans notre étude, les MG ont bien placé le père en 1<sup>er</sup> agresseur mais ont surestimé le rôle de la mère, tout en sous-estimant celui du beau-père (19,6 %). Vient ensuite la nourrice, dans 21,2 % des cas [9] [11] [35], ce que les MG de notre étude ont tout à fait retrouvé. Dans 5,5 % des cas, il s'agit de personnes qui ont la garde occasionnelle, comme les grand-parents et/ou frères et sœurs [9] [11] [36].

Quant à la conduite à tenir face à une suspicion de SBS :

Le fait d'agir avant que le bébé ne soit secoué constitue le socle de la prévention du SBS. Les acteurs de cette prévention sont représentés essentiellement par, outre le MG, le Conseil Général. Ce dernier regroupe entre autre la PMI et la Cellule enfance en danger. En cas de suspicion sans SBS avéré, le premier interlocuteur à qui demander conseil peut être effectivement la Cellule enfance en danger, aussi connue sous le nom de Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Une information préoccupante doit être adressée au Président du Conseil Général, et la Cellule enfance en danger sera alors chargée du recueil, de

l'évaluation et du traitement de ces informations [13]. En effet, la loi n° 2007-293 promulguée le 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance. Elle a aménagé le secret professionnel pour autoriser le partage d'informations entre professionnels dans le cadre de la protection de l'enfant. Cette loi a également introduit la notion nouvelle d'enfant en danger [37]. Cette notion est plus large et inclut les enfants maltraités et les enfants à risque de l'être. Une évaluation médico-sociale sera réalisée par la PMI, et différentes mesures, telles un accompagnement de la famille, voire une prise en charge partielle ou totale des mineurs, pourront être envisagées en fonction du risque et en accord avec la famille.

En cas de forte suspicion de SBS, la conduite à tenir des MG de notre étude est d'envoyer aux urgences pédiatriques après appel téléphonique : cela est conforme aux recommandations de la HAS et de l'article 44 du Code de Déontologie Médicale [6]. L'enfant bénéficiera ainsi d'une prise en charge rapide, appropriée et pluridisciplinaire.

Concernant l'obligation de signaler un SBS avéré, il persiste des MG qui ne savent pas. Or le signalement est indispensable dans un contexte de SBS probable. L'article 44 du Code de Déontologie Médicale impose au médecin d'alerter les autorités judiciaires, médicales et administratives en cas de sévices ou privation sur un mineur de moins de 15 ans. Tout manquement à cet article l'expose aux sanctions de l'article 223-6 du code Pénal [38]. Cette dernière donnée dénote les difficultés de certains MG concernant la conduite à tenir en cas de SBS avéré, et traduit donc le manque de formation sur ce sujet là. Le signalement doit se faire auprès du Procureur de la République, qui pourra alors déclencher une procédure civile (ordonnance de placement provisoire, saisie du juge des enfants) et une procédure pénale (enquête pénale). La proportion des MG connaissant l'obligation de signalement, ses modalités et l'interlocuteur reste relativement faible.

La prévention du SBS dans les cabinets de médecine générale reste largement insuffisante : le SBS n'est pas abordé durant les consultations de suivi du nourrisson. Ces résultats sont en accord avec l'étude menée par François Coulombel dans le Nord, où 83 % des MG ne prodiguaient pas d'informations aux parents sur les risques des secousses [13]. La prévention primaire est pourtant un des maillons sur lequel le MG peut agir, et pour lequel il est souvent en première position. Les raisons invoquées par les MG de ne pas aborder la prévention du SBS, sont sans doute liées aux « à priori » véhiculés sur le SBS. Le MG doit se défaire de ses préjugés et ne pas laisser l'affectif le liant à la famille du bébé altérer son

jugement. Malgré les FDR énoncés ci-dessus, le SBS peut survenir dans n'importe quel contexte social. Une idée préconçue de la famille type « secoueuse » est pourvoyeuse d'erreurs de jugement. Les MG trouvent qu'il est difficile d'aborder un sujet grave devant un enfant en apparence bonne santé, et ne savent comment le faire. Ce motif ressenti est tout à fait justifié, mais le dépistage du SBS s'inscrit justement dans ce cadre. Il faut prévenir qu'un enfant en bonne santé au moment de la consultation ne soit atteint quelques jours plus tard de graves lésions cérébrales dues à un secouement. De plus, les parents ignorent la plupart du temps la gravité des conséquences d'un secouement. Aborder la prévention du SBS devrait faire partie systématiquement de la consultation de suivi de tout nourrisson.

Les MG paraissent prêts à envisager une modification de leurs pratiques pour améliorer la prévention du SBS : en recherchant à l'interrogatoire des pleurs incessants, en expliquant aux parents les FDR de SBS, en notant dans le dossier les FDR de SBS, par des affiches et dépliants dans la salle d'attente (qui permettent une première sensibilisation des parents avant une prévention individuelle par le MG) (annexes 2 et 3). En 2002, le CHU Sainte Justine au Québec a développé un programme global de prévention du SBS, qui visait à informer tous les nouveaux parents par le Programme Périnatal de Prévention du SBS (PPPSBS). Parmi les autres objectifs, figurait le soutien des professionnels de la santé dans le dépistage et le diagnostic du SBS. Des outils d'aide étaient mis à leur disposition, comme le thermomètre de la colère (annexe 4), qui permet d'évaluer la tolérance des parents aux pleurs et d'anticiper une situation dangereuse, et un CD-Rom de formation [2]. De telles mesures pourraient également être développées en France.

Les limites de notre étude sont représentées par un faible échantillon, sur 2 départements de la région Midi Pyrénées, qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des MG. On peut également penser que les MG qui ont pris le temps de répondre au questionnaire étaient les plus sensibilisés au SBS, avec par conséquent de meilleures connaissances initiales (possible biais de sélection).

Notre étude pourrait être renforcée par d'autres études ultérieures de plus grande envergure concernant les connaissances des MG sur le SBS. Par ailleurs, d'autres études concernant l'évaluation des pratiques des MG dans le cadre du dépistage du SBS pourraient être menées.

## **V- CONCLUSION :**

Notre étude montre : que les MG de Haute Garonne et d'Aveyron ont des connaissances générales incomplètes sur le SBS, qu'ils ne maîtrisent pas ses FDR, les modalités de son dépistage, et qu'ils pratiquent très peu sa prévention.

Or, une prévention adaptée et efficace nécessite une meilleure connaissance du SBS par les MG. Cette information, qui devrait être systématique lors de chaque consultation, n'est que trop rarement délivrée aux parents.

Ces connaissances pourraient être améliorées par la participation à des soirées de formation sur le SBS, sous différentes formes, telles qu'une Formation Médicale Continue, ou un Développement Professionnel Continu. La plupart des MG de notre étude en sont demandeurs.

L'objectif des formations des MG sur le SBS pourrait être de les amener à délivrer systématiquement à tous les parents et à chaque consultation de suivi un « conseil minimal ». Cette information minimale serait renforcée et ciblée en cas de dépistage de FDR de SBS par le MG.

## **VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1 : Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*. 1974;54(9):396-403.

2 : CHU Sainte-Justine. Frappier, Fortin, Goulet & coll. (page consultée le 28/01/15). Le syndrome du bébé secoué : projet de prévention du CHU Sainte-Justine, 2007. [en ligne].

[https://www.google.fr/search?q=frappier+fortin+pr%C3%A9vention+du+b%C3%A9b%C3%A9+secou%C3%A9&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=whrJVMzQLsSyUa7rg6gK](https://www.google.fr/search?q=frappier+fortin+pr%C3%A9vention+du+b%C3%A9b%C3%A9+secou%C3%A9&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=whrJVMzQLsSyUa7rg6gK)

3 : Société canadienne de pédiatrie, section de prévention de la maturation d'enfants et d'adolescents. Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatr Child Health*. 2001;6(9): 673-7.

4 : Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(13):211-7.

5 : Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*. 2000;356 (9241) :1571-2.

6 : HAS. (page consultée le 21/01/15). Syndrome du bébé secoué : Recommandations de la Commission d'Audition, [en ligne].

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome\\_du\\_bebe\\_secoue\\_-\\_recommandations\\_de\\_la\\_commission\\_d\\_audition.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome_du_bebe_secoue_-_recommandations_de_la_commission_d_audition.pdf)

7 : Mireau E. Syndrome du bébé secoué : Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Paris : Université Paris V Faculté de médecine; 2005.

8 : Renier D. Du danger de secouer un nourrisson. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*.2001;14(4):233-234.

9 : King W.J, MacKay M, Sirnick A. Shaken baby syndrome in Canada: Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;168(2):155-159.

10 : Frasier LD. Abusive head trauma in infants and young children: a unique contributor to developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*. 2008;55(6):1269-85.

11 : Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;58(5):454-8.

12 : 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):470-7.

13 : Coulombel F. Le médecin généraliste et le syndrome du bébé secoué. Etude à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes du Nord. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2; 2011.

14 : Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consultée le 26/01/15). Atlas démographique médical 2014, [en ligne].  
[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)

15 : Tavernier M, Ganga-Zandzou P-S. Le syndrome de l'enfant secoué : enquête auprès des femmes en suites de couches. *Encycl Med Chir (Elsevier Masson, Paris), Arch Pédiatr*. 2006;13(1):87-8.

16: 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. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2011;54(1) :293.

17 : Perez Kevin. Le syndrome du bébé secoué : place du médecin généraliste. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Dijon : Faculté de médecine; 2014.

18 : Kemp AM, Stoodley N, Cobley C, Coles L, Kemp KW. Apnoea and brain swelling in nonaccidental head injury. *Arch Dis Child*. 2003;88(6):472-476.

19 : Carty H, Ratcliffe J. The shaken infant syndrome: Parents and other cares need to know of its dangers. *British medical Journal*. 1995;310(6976):344-345.

20 : Showers J. Preventing shaken baby syndrome. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*. 2001;5(1):349-365.

21 : Goldberg KB, Goldberg RE. Review of shaken baby syndrome. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2002;40(4) :38-41.

22 : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP). (page consultée le 29/01/15). Le syndrome du bébé secoué : bilan de connaissances, [en ligne].

<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1840364>

23 : Goldstein B, Kelly MM, Bruton D, Cox C. Inflicted versus accidental head injury in children. Critical Care Medicine. 1993;21(9):1328-1332

24 : Fulton DR. Shaken baby syndrome. Critical Care Nursing Quarterly. 2000;23(2):43-50.

25 : Altimier L. Shaken baby syndrome. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2008;22(1): 68-76.

26 : Barr Rg, Runyan DK. Inflicted childhood neurotrauma : the problem set and challenges to measuring incidence. American Journal of Preventive Medicine. 2008;34(4 Suppl) :106-11.

27 : Rebuffat E. Le syndrome du bébé secoué. Revue Médicale de Bruxelles [en ligne]. Septembre 2009, Vol.30, N°4, [consulté le 25 janvier 2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/le-syndrome-du-bebe-secoue-543>

28 : Dashti SR, Decker DD, Razzaq A, Cohen AR. Current patterns of inflicted head injury in children. Pediatric Neurosurgery. 1999;24(6), 292-298.

29 : Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma : the relationship of perpetrators to their victims. Paediatrics. 1995; 95(2):259-262.

30 : Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. Pediatric Neurosurgery. 1996;31(6):302-306.

31 : Kivlin JD, Simons KB, Lazowitz S, Ruttum MS. Shaken baby syndrome. Ophthalmology. 2000;107(7):1246-1254.

32 : Becker JC, Liersch R, Tautz C, Schlueter B, Andler W. Shaken baby syndrome : Report on four pairs of twins. Child Abuse and Neglect. 1998;22(9):931-937.

33 : Bourgeois M., Mansour M., Sainte Rose *et al.* Crises épileptiques et syndrome du bébé secoué. *Epilepsies* 12 (Hors série n°1). 2000;(1):51-59.

34 : Bonnier C, Nassogne M.C., Moulin D., Evrard P. Le syndrome de l'enfant secoué : revue de la littérature et de l'expérience à l'UCL. *Louvain Med.* 1996;115(7):413-420.

35 : Lapostolet-Aubert I. Le syndrome du bébé secoué à propos de 15 cas. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Nancy : Faculté de médecine Nancy 1; 2003.

36 : Starling, Suzanne P, Sirotnak, Andrew P, Heisler, Kurt W. Inflicted skeletal trauma: The relationship of perpetrators to their victims. *Child Abuse and neglect.* 2007;31(9):993-999.

37 : Legifrance. (page consultée le 9/12/14). Loi 2007-293 réformant la protection de l'enfance, [en ligne].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>

38 : Legifrance. (page consultée le 21/01/15). Code Pénal, article 223-6 relatif à la non-assistance à personne en danger, [en ligne].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779>

## VII- ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire syndrome du bébé secoué (SBS)

### 1<sup>ère</sup> partie : Vous

- 1) Quel est votre sexe ? (*1 seule réponse*)                       Femme       Homme
  
- 2) Quel est votre âge ? ..... ans
  
- 3) Quel est votre secteur d'activité ? (*1 seule réponse*)  
 Milieu urbain       Milieu semi rural       Milieu rural
  
- 4) En moyenne, combien de nourrissons (0-2 ans) recevez-vous en consultation par jour ?  
(*1 seule réponse*) :     < 5               5 à 10       11 à 15       > 15
  
- 5) Avez-vous participé à une formation concernant le SBS ?  
 Non               Oui :
  
- 6) Si oui de quel type ?               FMC               DPC               DU  
 Autre (*Précisez*) : .....

### 2<sup>ème</sup> partie : Vos connaissances sur le SBS

- 7) Le SBS touche principalement les bébés âgés de (*1 seule réponse*) :  
 0 à 6 mois     7 à 12 mois       13 à 18 mois       > 18 mois     Ne sait pas
  
- 8) Le SBS peut potentiellement toucher les classes socio-économiques (*1 ou plusieurs réponses*) :  
 Défavorisées       Moyennes     Supérieures       Ne sait pas
  
- 9) Parmi les facteurs de risque de SBS suivants, cochez les 4 qui vous apparaissent les plus  
« importants » (*4 réponses*) :  
 La personnalité fragile des parents               Les pleurs excessifs et persistants du bébé  
 Le jeune âge des parents                               Un emploi à responsabilité des parents

- Un faible niveau socio-économique ou intellectuel des parents
- Une addiction (alcool, drogues) chez un ou les parents

10) Cochez le/les items concernant le SBS qui vous paraissent justes/vrais (*1 ou plusieurs réponses*) :

- La rupture de vaisseaux cérébraux entraîne des hémorragies intra crâniennes
- Il peut exister des troubles du comportement séquellaires à long terme
- Le danger est moindre car l'importante plasticité cérébrale des bébés permet une meilleure récupération
- Il peut exister des séquelles motrices irréversibles
- La dangerosité est liée au poids important de la tête du bébé
- Il peut exister un déficit cognitif séquellaire à long terme
- Le refus alimentaire n'est pas un critère diagnostique de SBS
- Une augmentation brutale du PC ne doit faire évoquer qu'un SBS

11) Le SBS touche principalement (*1 seule réponse*) :

- Les petites filles     Les petits garçons
- Filles et garçons indifféremment     Ne sait pas

12) Le bébé secoué est le plus souvent (*1 seule réponse*) :

- Issu d'une fratrie de plusieurs enfants     Un enfant unique
- Ne sait pas
- Un jumeau, un prématuré, ou un bébé présentant un handicap
- Il n'y a pas de profil type de bébé secoué

13) Les personnes qui secouent le bébé sont le plus souvent (*2 réponses possibles*) :

- La mère     Le père     Le beau-père     Le grand père ou la grand mère
- Les frères ou sœurs aînés     La nourrice     Le mari de la nourrice
- Ne sait pas

### **3<sup>ème</sup> partie : Votre conduite à tenir devant un SBS**

14) Vous suspectez une situation à risque de SBS, mais vous doutez : téléphonez-vous à quelqu'un ? (*1 seule réponse*)     Non     Oui

15) Si oui, à qui en priorité ? (1 seule réponse)

- La PMI la plus proche
- La cellule enfance en danger du Conseil Général
- Les urgences ou les pédiatres de l'hôpital le plus proche
- Le procureur de la République

16) Vous suspectez fortement un SBS : que faites-vous préférentiellement ? (1 seule réponse)

- Vous adressez aux urgences pédiatriques sans appel téléphonique
- Vous adressez à la PMI la plus proche
- Vous adressez aux urgences pédiatriques après appel téléphonique
- Vous reconvoquez les parents le lendemain en consultation pour réévaluer
- Autre (précisez) : .....

17) Le signalement du SBS avéré est-il obligatoire ? (1 seule réponse)

- Non
- Oui
- Ne sait pas

18) Si oui, auprès de quelle instance feriez-vous ce signalement ?

.....

19) Abordez-vous souvent la prévention du SBS avec les parents, lors des consultations de suivi du nourrisson ? (1 seule réponse)

- Non
- Oui

20) Si non, pourquoi ? (3 réponses maximum)

- N'ai pas le temps en consultation
- Ne sais pas comment aborder le sujet
- Connais bien la famille, qui n'est pas suspecte
- N'aborde le sujet que si j'ai une « intuition »
- Ne suis pas formé, ne connais pas les facteurs de risque à rechercher
- Crains que les parents ne le considèrent comme une accusation
- Difficile d'aborder un problème grave devant un bébé en bonne santé
- Autre (précisez) : .....

21) Comment pensez-vous améliorer, à votre échelle, votre prévention du SBS ? (*1 ou plusieurs réponses*)

- En recherchant à l'interrogatoire des pleurs incessants du bébé
- En expliquant davantage aux parents les facteurs de risque de SBS
- En notant systématiquement dans le dossier la présence de facteurs de risque de SBS
- En mettant des affiches de prévention dans la salle d'attente
- Je trouve difficile de modifier ma pratique

22) Souhaiteriez-vous participer à une soirée de formation sur le SBS ? (*1 seule réponse*)

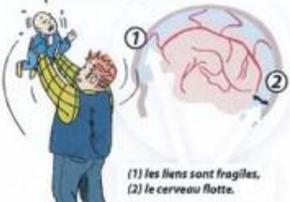
- Non
- Oui



## Annexe 3: Plaquette d'information sur le SBS

**Il arrive que :**

par jeu, mais aussi dans l'affolement lors d'un malaise ou par énervement face aux pleurs, un bébé soit secoué. Ceci peut entraîner de graves séquelles neurologiques



(1) les liens sont fragiles,  
(2) le cerveau flotte.

**Parce que :**

- la tête du bébé est plus lourde que le reste du corps.
- Les muscles du cou sont faibles
- Le cerveau « flotte » dans la boîte crânienne
- Des mouvements de secouage peuvent entraîner une déchirure des vaisseaux autour du cerveau, puis un saignement dans le crâne. Le bébé peut entrer dans le coma.
- Votre bébé risque des handicaps à vie.

**ATTENTION**  votre bébé est fragile...

!?

et hop!



**ne le secouez pas !**

Centre Hospitalier de Valenciennes

En collaboration pour la Journée du Syndrome du bébé secoué du 27 février 2008

Plaquette réalisée par l'équipe de Pédiatrie Sociale/Enfance en Danger et les membres PRIEM du CHRU de LILLE  
Maquette F. Daniel DNI/Agitation à la Communication  
Septembre 2005

  ne secouez pas votre bébé

Centre Hospitalier Régional  
Université de Lille

### Etre parent :

ce n'est pas facile. Votre bébé peut pleurer sans que vous ne sachiez pourquoi.



Il vous arrive d'être excédé, paniqué, épuisé... Sachez qu'un bébé en bonne santé peut pleurer jusqu'à 3 heures par jour.

même plus des fois !!



**Les pleurs sont un langage, si bébé pleure c'est qu'il a ses raisons :**

- il a soif ou faim
- il n'arrive pas à trouver son sommeil
- sa couche est souillée
- il a trop chaud ou a de la fièvre
- il souffre de coliques
- il a besoin d'un câlin



**Pour l'apaiser, vous pouvez :**

- lui donner du lait ou un peu d'eau
- changer sa couche
- vérifier sa température
- lui parler, le rassurer ou lui mettre une petite musique, le bercer
- lui masser doucement le ventre

**puis, le recoucher dans son lit de façon confortable sur le dos.**

**Si il continue de pleurer et que vous sentez que vous allez craquer....**

**Ne restez pas seul(e) !**

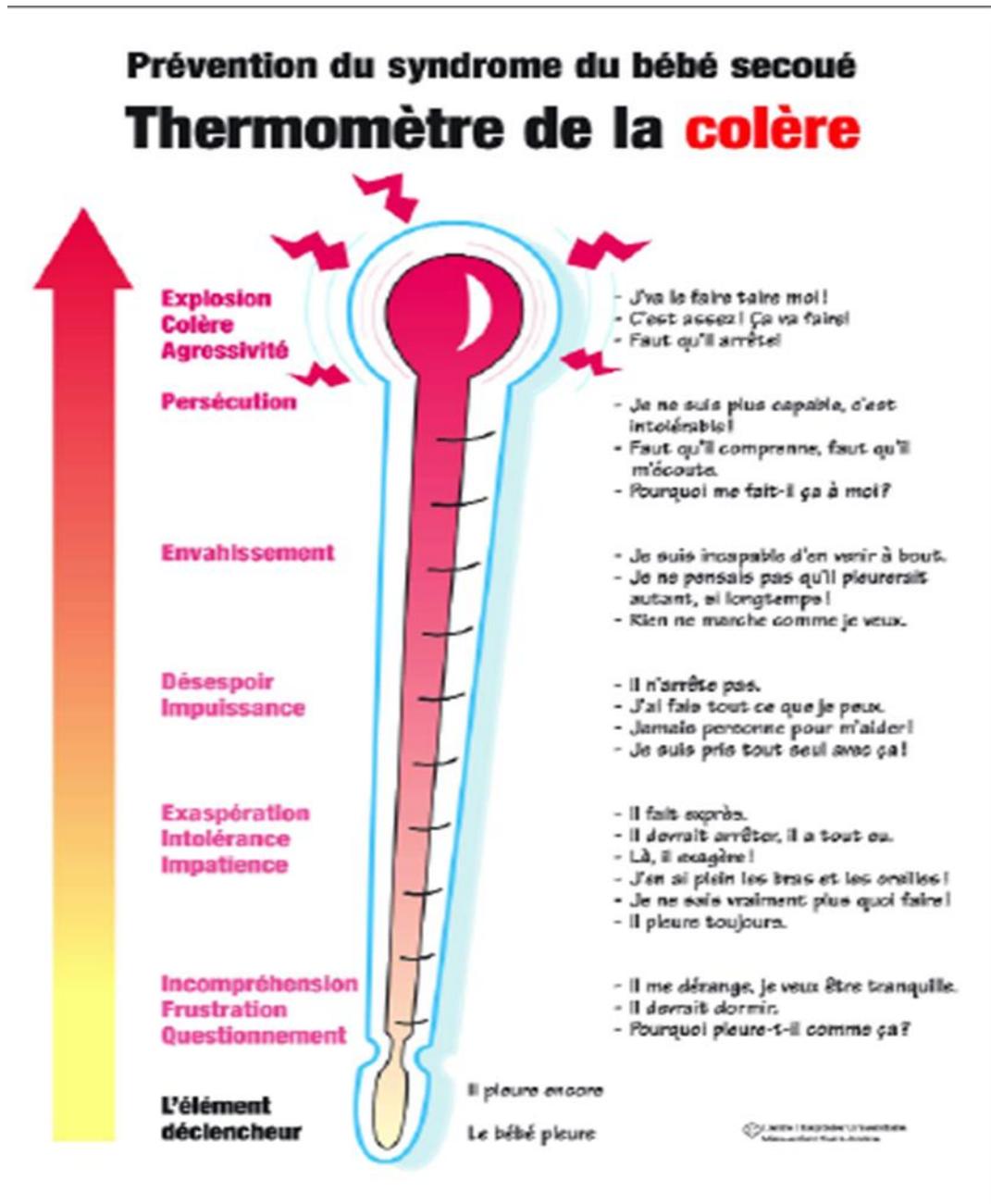
appelez un membre de la famille, un voisin, un ami, votre médecin traitant, votre pédiatre, les services de PMI demandez à une personne de confiance de vous remplacer, faites une pause.

**Si l'enfant fait un malaise,**

**s'il ne réagit pas :**

- gardez votre calme, déshabillez le.
- Stimuler l'enfant sans le secouer
- Vérifier sa respiration
- La couleur de son corps (bleu, blanc)
- Appelez le 15 et suivez les conseils du médecin régulateur
- Restez auprès de l'enfant en attendant l'arrivée des secours.





**Le syndrome du bébé secoué : étude descriptive des connaissances des médecins généralistes de Haute Garonne et d'Aveyron****Soutenance publique à Toulouse le 13/03/2015**

**Introduction :** Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une forme grave de maltraitance. Notre objectif est d'étudier les connaissances des médecins généralistes (MG) sur le SBS, nécessaires à son dépistage et sa prévention.

**Matériel et méthode :** Etude observationnelle, descriptive et transversale, menée du 6 mai au 9 septembre 2014. Inclusion de tous les MG de Haute Garonne et d'Aveyron sans orientation d'activité, après obtention de leur accord, et recueil de questionnaire sous forme électronique.

**Résultats :** Nous avons recueilli 336 questionnaires. 95,8 % des MG n'ont jamais participé à une formation sur le SBS. 53,6 % des MG de notre étude pensaient que toutes les classes socio-économiques pouvaient être touchées par le SBS. La majorité des MG (61,3 %) ont affirmé que le SBS touchait indifféremment les filles et les garçons, et qu'il n'y avait pas de profil type de bébé secoué (61,9 %). En cas de forte suspicion de SBS, 89 % des MG adressaient aux urgences pédiatriques après appel téléphonique. 70,2 % des MG ont répondu que le signalement était obligatoire dans ce cas de figure. 79,8 % des MG n'abordaient pas la prévention du SBS en consultation. 67,5 % des MG de notre étude souhaiteraient participer à une soirée de formation sur le SBS.

**Discussion :** Notre étude montre que les connaissances des MG sur le SBS peuvent être améliorées, ainsi que le dépistage de ses facteurs de risque (FDR). Une prévention minimale et systématique devrait être réalisée lors des consultations de suivi des nourrissons.

**Mots clés :** SBS, maltraitance, dépistage, prévention, connaissances MG, FDR

---

**Shaken baby syndrome: a descriptive study about general practitioners' knowledge in Haute Garonne and Aveyron**

**Introduction:** Shaken baby syndrome (SBS) represents a severe child abuse. Our objective was to study general practitioners (GP)' knowledge about SBS.

**Material and method:** Observational, descriptive and transversal survey, conducted from May 6<sup>th</sup> to September 9<sup>th</sup>, 2014. An electronic survey was sent to all GPs of Haute Garonne and Aveyron without other specialization, after agreement.

**Results:** Total, 336 surveys were answered. 95.8 % GPs never undergone a formation concerning SBS. 53.6 % of GPs in our study think all socioeconomic classes can be concerned by SBS. The majority of GPs (61.3 %) assessed SBS affected indifferently girls and boys, and that there's no shaken baby's typical profile (61.9 %). In cases of SBS's strong suspicion, 89 % of GPs directed the babies to pediatric emergencies after phone call. 70.2 % of GPs answered that reporting the case to authorities is mandatory in this situation. 79.8% of GPs have never done any prevention of SBS during consultation. 67.5 % of GPs in our study would like to participate to a SBS formation.

**Discussion:** Our study assesses that GP's knowledge about SBS can be improved, such as risk factor detection. A minimal and systematic prevention should be performed during babies ongoing consultations.

**Key words:** SBS, abuse, detection, prevention, GP knowledge, risk factor

---

**Discipline administrative :** Médecine Générale

---

**Département de Médecine Générale - Faculté de médecine Rangueil - 133, route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 4 – France**

---

**Directeur de thèse :** Dr Motoko Delahaye