



HAL
open science

Recommandations pour la pratique clinique : “ Interventions pendant la période périnatale”. Chapitre 10: Le syndrome du bébé secoué (SBS) ou traumatisme crânien non accidentel par secouement

Anne Laurent-Vannier

► To cite this version:

Anne Laurent-Vannier. Recommandations pour la pratique clinique: “ Interventions pendant la période périnatale ”. Chapitre 10: Le syndrome du bébé secoué (SBS) ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. [Rapport de recherche] Collège National des Sages-Femmes de France. 2021. hal-03283288

HAL Id: hal-03283288

<https://uca.hal.science/hal-03283288v1>

Submitted on 18 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

C10

INTERVENTIONS PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

Recommandations pour la pratique clinique - 2021



ÉDITIONS DU
COLLÈGE DES
SAGES-FEMMES
DE FRANCE

RPC 2021 - Interventions pendant la période périnatale

Chapitre 10

Le syndrome du bébé secoué (SBS) ou traumatisme
crânien non accidentel par secouement

Anne Laurent-Vannier¹

Affiliation

1. Service de rééducation des enfants après atteinte cérébrale acquise / Centre de suivi et d'insertion après lésions cérébrales acquises, Hôpitaux de Saint Maurice, 94410 Saint Maurice France.

Correspondance

Service de rééducation des enfants après atteinte cérébrale acquise / Centre de suivi et d'insertion après lésions cérébrales acquises, Hôpitaux de Saint Maurice, 94410 Saint Maurice France.

a.laurentvannier@gmail.com

Résumé

Le syndrome du bébé secoué est le plus sévère des traumatismes crâniens de l'enfant. Le secouement est un geste extrêmement violent, souvent répété. Les enfants ont moins d'un an, et dans 2/3 des cas, moins de 6 mois. Plus de 10 % des enfants meurent et plus de 3/4 des survivants gardent des séquelles. La prévention est donc essentielle. Si on est exaspéré par les pleurs qu'on n'arrive pas à calmer, le mieux est de coucher l'enfant sur le dos dans son lit et de quitter la chambre, puis de demander de l'aide.

Mots-clés : nourrisson, maltraitance, traumatisme crânio-cérébral, secouement, prévention.

1. Préambule

Le « syndrome du bébé secoué », ou « traumatisme crânien infligé par secouements » ou encore « traumatisme crânien non accidentel par secouement » est à l'origine du plus sévère des traumatismes cranio-encéphaliques de l'enfant. C'est un problème de santé publique impliquant différents champs : médical, social, juridique et judiciaire. Son pronostic est sombre, aussi tout doit être fait pour l'éviter. Des recommandations aux professionnels portant sur le diagnostic de ce syndrome ont été établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011 et actualisées en 2017.

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

et

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3136556/fr/la-has-reaffirme-l-importance-de-sa-recommandation-sur-le-diagnostic-de-syndrome-du-bebe-secoue.

Sur le plan sémantique et juridique : le mot “maltraitance” que nous employons couramment n'existe pas dans les textes de loi qui, eux, parlent de violence. Ces deux mots recouvrent la même réalité. Également lorsque nous disons à propos des blessures occasionnées par un acte « il ne l'a pas fait exprès », nous avons en tête les conséquences de l'acte et non l'acte lui-même alors que la justice distingue la volonté de l'acte de celle de ses conséquences. Ainsi, sur le plan juridique, l'acte de secouement est considéré comme un acte volontaire, indépendamment des intentions que l'adulte auteur a donné à son acte et indépendamment de ses conséquences sur l'enfant.

L'objectif principal de ce document est d'identifier le contexte et les facteurs de survenue de syndrome de bébé secoué. Les objectifs secondaires sont de proposer des mesures de prévention du syndrome de bébé secoué à destination des professionnels de santé.

2. Épidémiologie

2.1 Incidence difficile à déterminer

L'incidence du SBS est sous-évaluée de façon certaine car elle n'intègre pas les enfants dont l'atteinte n'a pas été suffisamment grave pour conduire à une hospitalisation et pour lesquels le diagnostic ne sera jamais posé ; ni les enfants hospitalisés pour lesquels le diagnostic n'est pas posé. Cette sous-évaluation est illustrée par un article ancien de 1999 [1]. Cet auteur américain a étudié le taux de mortalité de 300 cas d'enfants admis consécutivement dans un hôpital (trauma center) pour une histoire déclarée de chute. Il a distingué 3 groupes selon la hauteur alléguée de la chute. Un premier groupe de 100 enfants qui seraient tombés de moins

d'un mètre, un deuxième de 65 enfants tombés d'un à trois mètres, et enfin un troisième groupe de 118 enfants tombés de plus de 3 mètres. Chadwick a constaté que les seuls enfants décédés appartenaient au premier groupe. Aucun enfant tombé de 1 à 3 mètres n'était décédé et un seul enfant du 3^{ème} groupe était décédé après une chute de plus de 9 mètres. La seule explication possible de ce résultat totalement illogique était l'allégation par l'adulte d'une chute pour nier un acte de maltraitance et ainsi expliquer les symptômes et les lésions présentés par l'enfant.

Chaque année en France, plusieurs centaines d'enfants sont victimes de cette forme de maltraitance. L'incidence est comprise entre 15 et 56 cas pour 100 000 enfants de moins de 1 an selon les études étrangères et jusqu'à 52 cas pour 100 000 enfants selon une récente étude française [2]. Plus la méthodologie est robuste, plus l'incidence rapportée est élevée.

2.2 Violence le plus souvent répétée

Un autre élément majeur est que, contrairement aux idées reçues, l'épisode de secouement n'est pas isolé, mais répété dans plus de la moitié des cas. Ce n'est pas « un coup de tonnerre dans un ciel serein » [3]. Dans cette étude portant sur des aveux, dans 55% des cas, les secouements étaient répétés de 2 à 30 fois par enfant, et 10 fois en moyenne, parfois quotidiennement. Cette répétition a un impact majeur sur la prévention qui n'est plus seulement la prévention du premier épisode de secouements mais aussi la détection le plus tôt possible des premières manifestations de violence afin d'éviter la réitération.

3. Mécanisme et lésions induites

3.1 Violence du mécanisme

Le mécanisme de secouement est d'une extrême violence comme le rapportent les aveux d'auteurs [3, 4]. L'intensité de secouement est majeure, comparable à celle d'un accident de la voie publique à forte cinétique. Ce n'est pas un geste maladroit de la vie quotidienne, cela n'a absolument rien à voir avec le jeu, même celui consistant à lancer l'enfant en l'air ou lui faire faire l'avion. Les secouements, l'enfant face à l'adulte étant généralement tenu sous les aisselles, induisent une flexion extension, rotation de la tête par rapport au corps. Il serait plus juste de parler de syndrome de la tête secouée. Cette accélération angulaire est à différencier de l'accélération linéaire d'une chute. La tête butte violemment en hyperflexion et hyperextension contre le tronc de l'enfant. S'il est habituellement mis en avant la proportion importante de la tête par rapport au corps chez l'enfant par rapport à l'adulte, et le fait qu'il ne tienne pas ou mal sa tête, il faut surtout pointer la différence de masse, aux dépens de l'enfant, entre le nourrisson et l'adulte face à lui. L'adulte peut peser 10, 20 ou 30 fois plus que l'enfant (par exemple un enfant de 3 kg face à un adulte de 90 kilos, de 4 kilos face à un adulte de 80 kilos, ou de 7 kilos face à un adulte de 70 kilos...).

3.2 Lésions induites

Schématiquement l'accélération angulaire a deux conséquences principales : la première est, du fait de la mobilisation de l'encéphale à l'intérieur du crâne, la rupture de veines ponts qui drainent le sang veineux du cerveau vers un collecteur situé au sommet du crâne, avec alors du sang qui se répand en nappe autour du cerveau créant l'hématome sous dural « multifocal ». La deuxième, inconstante, par dysfonctionnement des centres régulateurs de la respiration et du rythme cardiaque situés à la partie basse du cerveau, est le manque d'oxygène. Cela induit des lésions cérébrales irréversibles hypoxiques ou anoxiques responsables de séquelles pour toute la vie.

3.3 Pronostic

Le pronostic est sombre : plus de 10% des enfants décèdent et plus de $\frac{3}{4}$ des enfants survivants gardent des séquelles à vie. Selon les études et, alors que le recul maximal de ces travaux n'est que de huit ans, 75 % des enfants survivants présentent des séquelles d'intensité et de nature variées, allant du polyhandicap au handicap invisible, non moins délétère, constitué de séquelles cognitives et comportementales [5]. Ces séquelles peuvent ne devenir évidentes que tardivement. Elles s'accroissent avec le temps par des difficultés d'apprentissage et ne disparaîtront pas. À long terme, l'enfant pourra ne pas devenir autonome et avoir besoin d'une tierce personne durant la vie entière.

4. Facteurs de risque et contexte de survenue

4.1 Facteurs de risque liés à l'enfant

Les victimes ont quasi constamment moins d'un an, et dans deux-tiers des cas moins de 6 mois. Ce sont le plus souvent des premiers enfants. Quelles que soient les séries rapportées, il y a toujours une prédominance de garçons sans que l'on en connaisse les raisons. Une hypothèse avancée est la possibilité d'un comportement de l'adulte selon que l'enfant est un garçon ou une fille. Les grossesses multiples, rapprochées ou non désirées, les interventions antérieures des services sociaux, les antécédents de maltraitance dans la fratrie augmentent également le risque de survenue. De même, la prématurité ou les complications médicales périnatales, la séparation mère-enfant en période néonatale, les troubles du sommeil ou les difficultés alimentaires sont des facteurs de risque. Les pleurs ne peuvent être considérés comme un facteur de risque à proprement parler, mais ils peuvent être un élément déclenchant de comportement maltraitant envers les nourrissons, en sachant que la tolérance des adultes aux pleurs de l'enfant est très variée.

4.2 Facteurs de risque liés à l'auteur des faits

Quelles que soient les études, les mères, bien qu'étant le plus souvent celles qui s'occupent le plus du nourrisson constituent le groupe le plus faible d'auteurs. Au sein du couple c'est beaucoup plus fréquemment le père plutôt que la mère qui est l'auteur.

La répartition des auteurs varie selon le mode de vie et selon le pays. Ainsi, les études américaines rapportent une prédominance d'auteurs hommes, père, beau-père ou nouveau compagnon de la mère qui ont à garder l'enfant lors de l'absence de la mère [6,7].

En France, cette nette prédominance masculine ne semble pas retrouvée si nettement. Les assistantes maternelles sont, avec les pères, les auteurs les plus fréquents [8, 9]. Une explication peut être qu'en France, les mères reprennent très tôt le travail, souvent à l'issue de leur congé maternité, et confient donc précocement en garde leur enfant, soit au père, soit à une assistante maternelle. Globalement, sauf exception, l'auteur est soit un des 2 parents, soit l'assistante maternelle. Tous les milieux socio-économiques sont concernés et l'appartenance à un milieu favorisé ne doit pas faire retarder le diagnostic. Un milieu défavorisé, une histoire de violence familiale sont plus souvent constatés lorsque l'auteur est un des parents. Il est retrouvé également fréquemment une méconnaissance des besoins de l'enfant et de ce que l'on peut attendre de lui, l'adulte pensant par exemple que l'enfant fait un caprice, lui en veut, ou fait exprès de ne pas manger, ainsi qu'un isolement social et familial.

Selon les recommandations HAS 2011 de la Haute autorité de santé « les données disponibles à ce jour, bien que parcellaires et parfois contradictoires, suggèrent que les enfants de sexe masculin, premiers-nés, âgés de moins de 6 mois, nés prématurément d'une grossesse compliquée ou multiple, vivant avec des parents ayant une histoire présente ou passée d'abus de substances psychoactives (alcool, drogues) ou de violence familiale et/ou ayant une méconnaissance des stratégies de gestion de la relation avec leur nourrisson, sont plus à risque d'être victimes du SBS. Cet acte de violence peut bien sûr survenir sans qu'il y ait de tels facteurs de risque socio-économiques et culturels. De plus, s'il peut être juste de penser que l'enfant victime de SBS appartient plus souvent au groupe à risque ci-dessus, il est faux de croire que la majorité des enfants présentant ces caractéristiques sont victimes de cette forme de maltraitance ».

4.3 Contexte de survenue

Un élément majeur est que l'épisode de secouement survient toujours au sein d'un domicile, celui des parents ou de l'assistante maternelle, et exceptionnellement voire jamais à l'extérieur, dans la rue, au square ou en crèche... Également, les secouements surviennent en présence d'un adulte seul, alors que plusieurs enfants peuvent être présents.

4.4 Les pleurs importants

Les pleurs importants sont souvent mis en avant pour expliquer le passage à l'acte du secouement [10]. Pourtant, les enfants victimes sont souvent décrits comme pleurant peu habituellement, juste quand ils ont faim ou sommeil. Alors, quelles hypothèses peut-on formuler dans ce cas ? Deux hypothèses sont possibles : la première, l'enfant se met à pleurer

beaucoup car l'adulte en face de lui n'arrive pas à satisfaire ses besoins ni à le sécuriser, possiblement par méconnaissance des besoins de l'enfant et de la manière de les satisfaire. Deuxième hypothèse : l'enfant pleure peu mais exaspère néanmoins l'adulte car celui-ci est peu disponible, par exemple s'il doit s'occuper simultanément de plusieurs autres enfants, ou bien alors parce qu'il est accaparé par une autre activité (jeux vidéo, écrans...). En conséquence, une consultation pour pleurs d'un nourrisson ne devrait pas avoir pour seul but de trouver la cause des pleurs, mais également d'évaluer le ressenti et les réactions des parents à ces pleurs.

5. Aspects cliniques

La symptomatologie initiale est très variée et les symptômes ne sont pas tous rapportés par l'adulte, ce qui participe à la difficulté du diagnostic. Le tableau clinique va de l'enfant « calmé », (trouble de la vigilance), dont l'interaction avec l'entourage est très diminuée et qui ensuite pourra être irritable, moins bien dormir, moins bien s'alimenter et même vomir sans fièvre ni diarrhée, au malaise sévère avec hypotonie (poupée de chiffon), pause ou arrêt respiratoire, coma, révulsion oculaire, voire enfin à la mort d'emblée. Un seul épisode de secouements peut suffire.

6. Diagnostic

6.1 Fréquence de diagnostic

Plusieurs articles confirment la fréquence des diagnostics manqués [11,12,13,14]. Les raisons de ces diagnostics manqués sont multiples : l'enfant victime ne peut raconter car il a presque toujours moins d'un an et il a subi un traumatisme crânio-encéphalique ; le plus souvent il n'y a aucune lésion apparente, toutes les lésions sont internes ; les auteurs avouent rarement, et les professionnels des soins souvent insuffisamment formés à la détection de la maltraitance ont des difficultés à envisager qu'un enfant puisse être victime de violence. Beaucoup d'idées reçues et de méconnaissance empêchent cette reconnaissance précoce par les professionnels [15]. Beaucoup de professionnels, professionnels de la petite enfance, magistrats, médecins, ne savent pas encore que le secouement est un geste constamment violent qui n'a rien à voir avec le jeu et qu'il y a très souvent répétition. Beaucoup confondent le fait d'avoir envie de « passer un enfant par la fenêtre » ou de le secouer, ce qui peut arriver à tous dans un contexte de fatigue et d'isolement ; et le passage à l'acte : secouer l'enfant ce qui, du fait de l'extrême violence du geste, ne concerne que certains. Beaucoup de professionnels, par ignorance de la fréquence et de l'importance des séquelles, ne mesurent pas la gravité des actes de violence et l'importance de porter le diagnostic.

6.2 Le diagnostic comporte deux étapes

La première étape, cruciale, d'alerte, concerne tous les professionnels en contact avec des nourrissons. Si cette première étape n'est pas franchie, le diagnostic ne sera pas fait et l'enfant ne sera pas protégé. Il est essentiel de savoir évoquer la maltraitance devant des signes et des symptômes pouvant la traduire : apparition de vomissements répétés sans fièvre ni diarrhée, d'une moins bonne prise alimentaire (le bébé ne finit plus ses biberons ou les refuse), et/ou de troubles du sommeil (enfant qui ne fait plus ses nuits ou qui se réveille bien plus souvent), d'un comportement douloureux (enfant geignard, douloureux qui pleure beaucoup plus), d'une stagnation des compétences de l'enfant (un enfant ne doit faire que progresser), d'une augmentation anormale du périmètre crânien avec cassure de la courbe, d'une stagnation de la courbe de poids, d'une ecchymose (un enfant qui ne se déplace pas seul ne peut se faire une ecchymose), voire d'une fracture. Évidemment, tous les enfants qui vomissent n'ont pas été secoués mais il importe d'examiner l'enfant dévêtu à la recherche d'ecchymose (cuir chevelu, face, oreilles, intérieur de la bouche, cou, torse), de mesurer soigneusement le périmètre crânien et de le rapporter à la courbe du carnet de santé, d'apprécier l'état clinique et neurologique de l'enfant et au moindre doute, de faire hospitaliser l'enfant dans un but de protection et de diagnostic.

La deuxième étape, hospitalière, indispensable, elle aussi, relève d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, comportant un radiologue pédiatrique. La méthodologie diagnostique à suivre et les critères diagnostiques à appliquer ont été précisés par les recommandations aux professionnels de la Haute Autorité de Santé (HAS)

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

Un bilan clinique et paraclinique est réalisé visant à soigner l'enfant, préciser les lésions, et éliminer tous les diagnostics différentiels. Le scanner est l'examen de première intention, de même que le fond d'œil qui doit être réalisé au plus tard dans les 72 premières heures. L'IRM est faite dès que l'état de l'enfant le permet, si possible lors de la première semaine. Les examens sanguins à pratiquer sont précisés. Les explications données par les proches (absence d'explications le plus souvent, chute, choc, intervention d'un autre enfant...) pour expliquer les symptômes et les lésions sont notées. À l'issue de ce bilan complet qui permet d'éliminer les diagnostics différentiels et d'objectiver les différentes lésions, le diagnostic est écarté, ou bien jugé probable ou certain, selon les lésions présentées par l'enfant (hématome sous-dural multifocal et/ou rupture des veines ponts, hémorragies rétiniennes, lésions médullaires ou péri-médullaires), et l'histoire rapportée par l'adulte dont on apprécie la constance et la compatibilité avec les lésions présentées par l'enfant (par exemple une chute de 40 cm ne peut expliquer un HSD multifocal et des ruptures de veines ponts) et avec l'âge de l'enfant (par exemple un enfant de deux mois n'a pas les compétences lui permettant de tomber d'une table à langer). Le diagnostic ne repose donc que sur des éléments objectifs, tangibles, opposables et ne prend pas en compte les facteurs de risque. En effet, rappelons-le, tous les facteurs de risque peuvent être présents sans que l'enfant soit secoué, et inversement, un enfant peut être secoué en l'absence de tout facteur de risque. Le diagnostic ne peut donc reposer sur les facteurs de risque.

7. Aspect juridique : le signalement, pour protéger l'enfant et ses droits

En cas de diagnostic probable ou certain, un signalement par l'équipe hospitalière au procureur de la République, avec copie au président du conseil départemental, s'impose, l'objectif prioritaire étant la protection de l'enfant. Ainsi sera enclenchée une enquête pénale, et pourront, selon le contexte, être mises en place des mesures de protection juridique (ordonnance de placement provisoire). Le signalement est un acte de protection et non un acte de délation. Le rôle de l'équipe hospitalière est d'alerter sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué et non de se préoccuper du contexte et de qui est l'auteur. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_3_bebe_secoue.pdf

Le secouement est constitutif d'une infraction pénale et à ce titre, l'enfant pourra prétendre à l'indemnisation de ses séquelles en cas d'incapacité totale de travail (ITT) supérieure à un mois ou d'une incapacité permanente partielle (IPP), même si l'auteur n'est pas identifié. Cette indemnisation par le fonds de garantie des victimes d'infraction fait suite à la saisie de la commission d'indemnisation des victimes d'infraction pénale (CIVI).

8. Prévention

8.1 Formation des différents professionnels

Une meilleure formation des différents professionnels est une étape indispensable à toute mesure de prévention. L'information doit porter en particulier sur certains points majeurs : la constante violence du geste ; la distinction très nette entre secouements et jeux en insistant sur l'innocuité du jeu (en l'adaptant évidemment à l'âge de l'enfant), son importance sur le développement de l'enfant, et donc la nécessité de promouvoir le jeu ; la grande fréquence de la répétition de la maltraitance et donc le fait que la prévention n'est pas limitée à la prévention du premier épisode de secouement mais consiste aussi en la détection la plus précoce possible de toute manifestation de violence afin d'éviter la réitération et ses effets délétères ; l'importance de l'évaluation psycho-sociale de la famille, de la recherche de facteurs de risque et de la mise en place de soutien (liaison maternité, ville, PMI), L'importance au moindre doute de faire hospitaliser l'enfant ; l'importance et la gravité des séquelles dont les coûts humains et financiers sont considérables ; la possibilité pour l'enfant d'être indemnisé par le fond de garantie des victimes en cas de séquelles.

8.2 Prévention du premier épisode de secouement

Tous les nouveaux parents sont concernés, les mères mais aussi les pères qui sont les auteurs les plus fréquents au sein du couple. Aux Etats-Unis, des campagnes de prévention ont été menées, axées sur les pleurs et les mères mais leur efficacité n'a pas été prouvée [16,17]. En France, plusieurs actions ont été menées mais sans structuration au plan national. Une étude a été menée en France axée sur l'information aux parents [18]. L'objectif était de concevoir un message simple, facile à comprendre, efficace, rapide à délivrer, ne demandant pas de moyens financiers supplémentaires pour être mis en œuvre, et pouvant être délivré par tout professionnel en contact avec de futurs ou de nouveaux parents. L'efficacité de ce message sur les connaissances des parents, sur les pleurs et le syndrome du bébé secoué a été statistiquement prouvée. Ce message, cité à la fin des recommandations HAS, est mis en annexe (Annexe 1). Des vidéos permettent également de sensibiliser les parents à ce syndrome. Elles peuvent être diffusées dans les maternités.

Compte tenu de l'importance de toucher les pères autant que les mères, l'information a été délivrée au moment où le père venait à la maternité chercher la mère et l'enfant. L'ensemble des parents ayant participé à cette étude ont trouvé l'intervention efficace et devant être proposée à tous les nouveaux parents, plutôt à la maternité. Cette information peut être donnée à la maternité, avant ou après la naissance mais aussi dans les premières semaines et mois de l'enfant.

Outre l'information aux parents sur les pleurs et le syndrome du bébé secoué, d'autres conseils peuvent être donnés : veiller à ce que toute personne, père, assistante maternelle ou autre, à qui on confie l'enfant, soit informée de l'existence du syndrome du bébé secoué, mais aussi de la possibilité de pleurs prolongés et exaspérant, des besoins de l'enfant, sache comment y faire face et soit disponible pour le faire. Il semble important aussi qu'une période d'adaptation effective ait été réalisée. Il faut enfin demander à la personne qui aura la garde de l'enfant qu'elle n'hésite pas à prévenir en cas de difficulté et à demander de l'aide en expliquant qu'il n'est pas facile de garder un enfant, et que cela peut donc arriver à tous d'être fatigué et désemparé.

Par ailleurs, il importe de considérer les facteurs de risque ci-dessus énumérés. Lors du suivi à domicile, il faut être vigilant à un domicile qui soit inadapté à l'accueil de l'enfant, à un comportement insécure des parents, à des pleurs excessifs, à une tolérance aux pleurs semblant faible, à une insuffisance de prise de poids du bébé, une insuffisance du suivi. Il faut alors en parler en équipe et se poser la question de l'aide devant être apportée. La PMI peut intervenir et assurer un soutien à la parentalité. L'aide familiale et amicale peut être sollicitée. Éventuellement, une hospitalisation de répit peut être mise en place lorsque les parents expriment leur fatigue et leur exaspération. Enfin, si l'enfant est considéré comme en danger, la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes dépendant du conseil départemental) peut être saisie dans un but préventif.

Prévention des récurrences. Pour tous professionnels de santé, il importe de détecter tout signe pouvant être une manifestation de violence : ecchymose qui, chez tout enfant ne se déplaçant pas seul, doit faire évoquer en premier lieu une maltraitance, fracture, mauvaise prise de poids ou une hypertension intracrânienne secondaire à un hématome sous-dural : vomissements répétés sans fièvre ni diarrhée, stagnation ou perte des compétences de l'enfant, diminution de l'interaction, troubles du sommeil et de l'alimentation, augmentation anormale du périmètre crânien... Après un examen soigneux de l'enfant dévêtu, au moindre doute, il convient de faire hospitaliser l'enfant afin qu'un bilan hospitalier méthodique soit réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

9. Conclusion

La sévérité du pronostic du syndrome du bébé secoué impose que tout soit mis en œuvre pour le prévenir. Le professionnel de santé doit impérativement être formé à la maltraitance et en particulier au syndrome du bébé secoué. Il peut intervenir de différentes manières, en informant systématiquement sur les pleurs et le syndrome du bébé secoué, en détectant les situations à risque et en recherchant en équipe, l'aide pouvant être apportée (en rappelant que tous les facteurs de risque peuvent être présents sans que l'enfant soit secoué et inversement), mais aussi en sachant évoquer la possibilité de maltraitance, première étape indispensable du diagnostic, et alors au moindre doute, en faisant hospitaliser l'enfant pour le protéger.

Recommandations portant sur le syndrome du bébé secoué (Accord d'experts)

Informez la mère et aussi le père :

- Il convient d'essayer toujours de calmer les pleurs du bébé.
- Malgré les mesures d'apaisement, un bébé peut pleurer plusieurs heures par jour sans que cela soit forcément anormal.
- Les pleurs peuvent exaspérer l'adulte et l'amener à secouer l'enfant pour le faire taire
- Si l'adulte est dépassé, exaspéré ou sent qu'il peut le devenir, il convient de coucher l'enfant sur le dos dans son lit, de quitter la pièce et ensuite de demander de l'aide.
- Il n'y a aucun danger à jouer avec un enfant. Le jeu, qui doit être adapté à l'âge, est nécessaire au développement de l'enfant.

S'assurer que toute personne à qui on va confier son enfant sait s'occuper d'un bébé, qu'elle est sensibilisée au syndrome du bébé secoué et à ce qu'il faut faire en cas d'exaspération.

Remerciements

Les auteurs remercient les coordonnateurs (Chloé Barasinski, Clermont-Ferrand ; Rémi Béranger, Rennes ; Catherine Salinier, Gradignan ; Cécile Zaros, Paris) et les experts du groupe de travail (Julie Bercherie, Paris ; Jonathan Bernard, Paris ; Nathalie Boisseau, Clermont-Ferrand ; Aurore Camier, Paris ; Corinne Chanal, Montpellier ; Bérénice Doray, la Réunion ; Romain Dugravier, Paris ; Anne Evrard, Lyon ; Anne-Sophie Ficheux, Brest ; Ronan Garlantézec, Rennes ; Manik Kadawathagedara, Rennes ; Marion Lecorguillé, Paris ; Cécile Marie, Clermont-Ferrand ; Françoise Molénat, Montpellier ; Fabienne Pelé, Rennes ; Brune Pommeret de Villepin, Lille ; Mélie Rousseau, Loos ; Virginie Rigourd, Paris ; Laurent Storme, Lille ; Anne Laurent-Vannier, Saint-Maurice ; Stéphanie Weiss, Chambéry), qui ont contribué aux échanges, ainsi qu'à la production et à la validation de ce texte. Les auteurs remercient également les membres du groupe de lecture qui ont relu l'ensemble des textes (liste complète présentée dans le texte de synthèse¹). Merci à Clara Liparelli et Marie-Cécile Moulinier pour leur assistance éditoriale, ainsi qu'à Bruno Enderlin pour son assistance infographique. Charte graphique : Rémy Tricot.

¹ Voir RPC "intervention pendant la période périnatale" : Synthèse (<https://hal.uca.fr/hal-03283227>)

Références

- 1 - Chadwick DL, Chin S, Salerno C, Landsverk J & Kitchen L (1991) Deaths from falls in children: how far is fatal? *J Trauma* 31: 1353-1355. DOI:10.1097/00005373-199110000-00006).
- 2 - Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N (2019) Les Enfants Victimes De Traumatismes Crâniens Infligés Par Secouement Hospitalisés : Analyse exploratoire des données du Pmsi. *BEH* 26-27 533-540
- 3 - Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N & Rey-Salmon C (2010) Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 126: 546-555. DOI: 10.1542/peds.2009-3647
- 4 - Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C (2014) Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements: Key points for imaging. *Pediatric Radiology* 44:S578–588. DOI:10.1007/s00247-014-3171-1
- 5 - Chevignard MP, Lind K (2024). Longterm outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol*44 Suppl 4: S548-558. DOI: 10.1007/s00247-014-3169-8.
- 6 - Starling SP, Holden JR, Jenny C (1995) Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 95: 259-62.
- 7 - Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotiak AP, Stronks S, Rosquist P (2004) Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158(5):454-8
- 8 - Rey-Salmon C, de Boissieu P, Teglas JP, Adamsbaum C (2020) Abusive Head Trauma in Day Care Centers. *Pediatrics*.146(6):e2020013771
- 9 - Laurent-Vannier A, Bernard J, Chevignard M. Abusive head trauma through shaking: examination of the perpetrators according to dating of the traumatic event. *Child abuse review*. In press.
- 10 - Barr, RG, Trent RB, & Cross J (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.009>
- 11 - Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE & Hay TC (1999) Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 281: 621-626. DOI: 10.1001/jama.281.7.621.
- 12 - Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M & Simpson P (2013) Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics* 131: 701-707. DOI: 10.1542/peds.2012-2780.
- 13 - Letson MM, Cooper JN, Deans KJ, Scribano PV, Makoroff KL, Feldman KW & Berger RP (2016) Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma. *Child Abuse Negl* 60: 36-45. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.09.001.
- 14 - Laurent-Vannier A, Bernard J, Chevignard M (2020) High frequency of previous abuse and missed diagnoses prior to abusive head trauma: a consecutive case series of 100 forensic examinations. *Child abuse review* 29: 231-241. DOI: 10.1002/car.2638.
- 15 - Laurent-Vannier A & Chevignard M (2019) Abusive head trauma, healthcare, and childhood professionals' lack of knowledge is detrimental to the child's interest. *Arch Pediatr* 26: 199-204. DOI: 10.1016/j.arcped.2019.01.003.
- 16 - Barr RG, Rivara, FP, Barr M, Cummings P, Taylor J, Lengua, LJ, Meredith-Benitz E (2009). 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*, 123,972–980.
- 17 - Keenan HT & Leventhal JM (2010) A case-control study to evaluate Utah's shaken baby prevention program. *Acad Pediatr* 10: 389-394. DOI: 10.1016/j.acap.2010.08.005
- 18 - Simonnet H, Laurent-Vannier A, Yuan W, Hully M, Valimahomed S, Bourennane M, Chevignard M (2014) Parents' behavior in response to infant crying: abusive head trauma education. *Child Abuse Negl* 38: 1914-1922. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.06.002

Annexes - Chapitre 10

Le syndrome du bébé secoué (SBS) ou traumatisme crânien non accidentel par secouement

Annexe 1.

Information sur les pleurs des bébés et sur le syndrome du bébé secoué

p16

Annexe 1. Information sur les pleurs des bébés et sur le syndrome du bébé secoué

« Voici une information sur les pleurs des bébés et sur le syndrome du bébé secoué :

- 1) Un bébé, ça pleure ! Un bébé peut pleurer jusqu'à 2 heures par jour, parfois d'affilée, et c'est normal. Cela ne veut pas dire que vous vous occupez mal de votre enfant ou qu'il est malade.
- 2) Le syndrome du bébé secoué, ça existe ! Les pleurs exaspérants d'un bébé peuvent conduire certains adultes qui n'en peuvent plus, à le secouer. C'est ça, le syndrome du bébé secoué.
- 3) Secouer un bébé peut le tuer ou le rendre handicapé pour toute la vie. - secouer, c'est bien plus grave qu'une chute. - secouer n'a rien à voir avec le jeu. Jouer avec un bébé ce n'est pas le secouer ! Secouer n'est pas jouer et jouer n'est pas secouer. Jouer est indispensable au bon développement de l'enfant.
- 4) Il peut suffire d'une fois ! Et c'est pour toute la vie.
- 5) Si votre enfant pleure malgré un câlin, il vous faut vérifier qu'il n'a pas faim, que sa couche est propre, qu'il n'a pas de fièvre, qu'il n'est pas trop couvert... Si malgré tout, il continue à pleurer et que vous n'en pouvez plus couchez-le sur le dos dans son lit et partez. Un enfant ne risque rien de pleurer dans son lit sur le dos alors qu'il peut risquer beaucoup d'être dans les bras d'un adulte exaspéré. Après vous être éloigné, appelez quelqu'un de proche pour vous aider. Surtout ne secouez pas votre bébé ! »

Licence :

Cet article est en accès libre et a été rédigé dans le cadre d'une licence Creative Commons : « Attribution-NonCommercial-NoDerivs ». Cette licence permet de copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats. Les auteurs doivent être cités. L'utilisation commerciale et la diffusion de matériel modifié n'est pas autorisée. © 2021 les auteurs.