



INSTITUT DE FORMATION EN KINÉSITHÉRAPIE

K4, UE 28, S8

Mémoire d'initiation à la recherche

Syndrome du Bébé Secoué : de l'accompagnement à la parentalité à la prévention primaire par le masseur-kinésithérapeute libéral : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles

DANIÈRE Audrey

N° étudiant : 081699067FG

Sous la direction de Madame MARTINEZ MAESTRE Teresa

Date : Juin 2023

« L'éducation est l'arme la plus puissante qu'on puisse utiliser pour changer le monde. »

« Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès. »

Nelson Mandela

Glossaire

Acronyme	Signification
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DE	Diplôme d'Etat
DU	Diplôme Universitaire
GI Pédiat de la SFP	Groupe d'Intérêt de la Société Française de Physiothérapie
HAS	Haute Autorité de Santé
HIC	Hypertension IntraCrânienne
HR	Hémorragie Rétinienne
L'AKPTN	L'Association des Kinésithérapeutes du Territoire Normand
MI	Maltraitance Infantile
MK	Masseur-Kinésithérapeute
MKL	Masseur-Kinésithérapeute Libéral
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIC	Pression IntraCrânienne
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PP	Prévention Primaire
PPPSBS	Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué
RGO	Reflux Gastro-Œsophagien
SBS	Syndrome du Bébé Secoué
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TCNA	Traumatisme Crânien Non Accidentel
TND	Troubles du NeuroDéveloppement

Les **références bibliographiques** de ce document sont présentées selon la norme **APA 7**.

Le « nous » de modestie est employé dans la rédaction de ce mémoire.

Remerciements

Je remercie tout d'abord les membres du jury pour leur temps accordé à la lecture et l'évaluation de ce mémoire.

Je tiens à remercier Teresa Martinez Maestre, directrice de mémoire, pour son soutien sans faille et ses précieux conseils durant la réalisation de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK, pour leur accompagnement tout au long de ces quatre années d'étude. Un grand merci tout particulier à Sylvie Mareuil, pour sa disponibilité et sa bienveillance.

Je remercie du fond du cœur Paul, mon binôme de l'aventure, pour toutes les années passées et celles à venir. Car tout ça, c'est aussi grâce à toi et sans toi, je n'en serai certainement pas là.

Je tiens à dire un grand merci à Ameline, ma Mimi, ma meilleure amie, pour tout et bien plus encore. Je ne m'épancherai pas car tu sais déjà tout, je dirai simplement que le destin fait bien les choses.

Merci à Lilian (mon bebou), Antoine (mon Rico), Adeline (ma binôme), Marie (Hlv tmtc) et Matthieu (mon Matti) d'avoir égayé ces quatre années de durs labeurs, car sans vous, rien n'aurait été pareil. Vous êtes vraiment des personnes incroyables et je suis très reconnaissante de vous compter parmi mes amis.

Enfin, je remercie ces études de m'avoir permises de rencontrer des personnes formidables, aussi bien des étudiants que des intervenants, tuteurs de stage, qui sont devenus des amis pour certains ou des inspirations pour d'autres, et sans qui, je ne serai pas la future professionnelle que je suis aujourd'hui.

Charte anti-plagiat



*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e DANIERE Audrey atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Rouen Le 3 mai 2023

Signature

1 Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

2 Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

3 Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

I.	Introduction.....	1
II.	Cadres : théorique et conceptuel.....	2
1.	La relation thérapeutique en pédiatrie.....	2
A.	La triade relationnelle	3
B.	L'accompagnement à la parentalité	4
2.	Le cas particulier du Syndrome du Bébé Secoué.....	5
A.	Les maltraitances infantiles.....	6
B.	Définition du Syndrome du Bébé Secoué.....	7
C.	Épidémiologie et étiologie	8
D.	Physiopathologie.....	10
E.	Présentation clinique.....	12
F.	Pronostic et complications	14
G.	Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en soins de l'enfant victime du Syndrome du Bébé Secoué	16
3.	La prévention du Syndrome du Bébé Secoué	17
A.	Les actions de prévention antérieures	19
B.	La prévention primaire et sélective.....	24
C.	Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du Syndrome du Bébé Secoué	25
4.	L'utilité sociale de la recherche	28
III.	Question de recherche.....	30
IV.	Dispositif méthodologique.....	31
1.	Méthode de recherche : Qualitative	31
2.	Approche : Hypothético-déductive	33

3.	Démarche : Compréhensive.....	34
4.	Critères d'inclusion.....	34
5.	Recrutement : Questionnaire de recrutement.....	35
6.	Population de l'étude	36
7.	Lieu du recueil des données.....	39
8.	Technique : Entretien individuel semi-structuré.....	40
9.	Outils d'enquête fabriqués : Guide d'entretien.....	42
10.	Méthode : Qualitative d'analyse de contenu.....	43
11.	Outils d'analyse : Analyse verticale et analyse transversale	44
V.	Résultats et Analyses	45
1.	Analyses des résultats	45
A.	La relation thérapeutique en pédiatrie.....	45
B.	Le Syndrome du Bébé Secoué	48
C.	La prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué	52
2.	Vérification des hypothèses de recherche.....	62
VI.	Discussion.....	63
1.	Apports de l'étude.....	63
A.	Le Syndrome du Bébé Secoué : un sujet tabou ? Remise en question de la santé mentale au sein de la parentalité	63
B.	Le Syndrome du Bébé Secoué en formation initiale : un non-sujet ? Remise en question de la formation globale en pédiatrie en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie	67
C.	Méconnaissance ou non-reconnaissance du rôle du masseur-kinésithérapeute au sein de la prévention primaire : vers une remise en question sociétale ?.....	68
D.	Mise en évidence de modalités de prévention primaire : outils de prévention, moyens de diffusion et adaptations éventuelles	71
2.	Limites de l'étude	72

3.	Mise en perspective de l'étude.....	73
4.	Ouverture	74
VII.	Conclusion	77
VIII.	Références bibliographiques.....	78
IX.	Table des illustrations	86
X.	Annexes.....	87

I. Introduction

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse à la Prévention Primaire (PP) du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) envisagée par le Masseur-Kinésithérapeute Libéral (MKL) dans le cadre de la prise en soins de jeunes enfants. Il s'agirait de déterminer : quel est le rôle du MKL dans la PP du SBS ? Cela sous-tend d'autres questions telles que : comment aborde-t-on le sujet de la Maltraitance Infantile (MI) ? Ou encore : quels sont les outils et les moyens à la disposition du MK pour proposer cette prévention ?

Dans un premier temps, je me suis intéressée au thème de la pédiatrie qui constitue mon thème de recherche. En effet, la pédiatrie est un domaine que j'affectionne particulièrement et j'ai d'ailleurs eu la chance d'effectuer plusieurs stages dans ce milieu. J'ai notamment évolué au sein d'un Institut d'Éducation Motrice (IEM), au cœur duquel j'ai rencontré de nombreux enfants aux pathologies diverses et variées. J'ai également eu affaire à des situations complexes telles que des cas de MI qui m'ont beaucoup touchée. Dans un second temps, j'ai donc pris le parti d'orienter mes recherches vers la MI et notamment la prévention de celle-ci. J'ai rapidement constaté qu'il y avait un type de MI dont on parlait peu et qui pourtant causait de nombreux dommages : le SBS. Il s'avère que j'avais justement été confrontée à des enfants victimes du SBS et que cela avait notablement attiré mon attention. Dans un troisième temps, j'ai donc affiné ma recherche sur un état des lieux des moyens d'intervention masso-kinésithérapique permettant de prévenir le SBS. Dans cet objectif, je me suis donc intéressée au vécu et au ressenti des MKL dans la PP du SBS. L'objectif principal de cette étude est de déterminer le rôle du MKL dans la PP du SBS, d'appréhender la complexité d'une PP par le MKL sur le thème du SBS et d'en évaluer les freins. Cela induit l'objectif secondaire qui est de proposer des pistes d'amélioration pour la PP du SBS par les MKL. Pour ce faire, je me suis appuyée sur la littérature scientifique et notamment les concepts de relation thérapeutique, de triade relationnelle, d'accompagnement à la parentalité, de MI, de PP et sélective, etc. Je me suis finalement demandé : comment le MKL met-il en œuvre la PP du SBS ? J'ai donc choisi d'utiliser une méthode de recherche qualitative par analyse des pratiques professionnelles suivant une approche hypothético-déductive basée sur des entretiens individuels semi-structurés réalisés auprès de MKL recrutés au préalable, en adoptant une démarche compréhensive.

II. Cadres : théorique et conceptuel

1. La relation thérapeutique en pédiatrie

Avant d'envisager toute prise en soins, il est important d'instaurer une relation thérapeutique.

Tout d'abord, qu'entend-on par le mot relation ? D'un point de vue **étymologique**, le terme « relation » vient du latin « *relatio* » qui signifie « rapport ». Selon le psychologue clinicien en milieu hospitalier, Alexandre Manoukian, la **relation** peut être décrite comme une « *rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...]. Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun d'en déduire un sens* » (Manoukian & Massebeuf, 2008). En complément de cette définition, nous pouvons citer l'infirmière en puériculture Monique Formarier, pour qui, « *les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* » (Formarier, 2007). Ainsi, selon la médecin et psychothérapeute Catherine Deshays, « *la relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel* » (Deshays, 2018). Or, en tant que professionnel de santé et dans le cadre de notre profession, la relation professionnelle engendrée est une relation de soin dite « **relation thérapeutique** ».

Avant de pouvoir parler de relation, il doit y avoir **rencontre**. Lors de la première rencontre entre le patient et le soignant, le contexte est particulier notamment pour le patient qui vit un moment de sa vie où il nécessite d'avoir recours aux services de professionnels de santé et donc de soins. La communication qui va découler de cette rencontre sera déterminante dans la relation qui va se créer autour du soin. En effet, la **communication** est « *l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une (ou plusieurs) personne(s)* » (Anzieu & Martin, 2013). À travers cette définition, nous pouvons constater l'aspect dynamique de ce processus. Communiquer c'est aussi « *aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre* » (Bioy et al., 2013). La communication est l'ensemble des comportements intentionnels et non-intentionnels qui nous échappe. Le non-comportement n'existe pas. Dès lors qu'il y a interaction entre deux individus,

il y a communication. La communication n'est pas seulement le fait de transmettre une information, c'est aussi le fait de partager une émotion. La qualité de l'échange entre le soignant et le soigné reposera donc également sur la volonté de communication de ces deux derniers. C'est pourquoi, en tant que professionnel de santé, il est de notre devoir d'instaurer un climat de **confiance** au sein de la relation que nous entretenons avec le patient. Effectivement, sans relation il ne peut y avoir de confiance.

À première vue, la confiance est, dans un premier temps, accordée au soignant par le patient. Par définition, le terme « **soignant** » est dérivé du verbe « soigner » qui, d'un point de vue étymologique, vient du latin « *soniare* » qui signifie « s'occuper de ». Pour le patient pris en charge, qu'importe le métier du soignant, il va remettre entre les mains compétentes, à priori, de celui-ci à la fois son corps, sa **vulnérabilité** mais aussi sa confiance. « *La vulnérabilité fait partie de la vie : la condition humaine est fragile et se déroule dans un temps limité dont nous ignorons l'étendue. Naturellement, nous feignons de l'ignorer, surtout pendant notre jeunesse folle* » (Salbreux, 2014). Dans les sociétés occidentales actuelles, le rapport à la vulnérabilité est complexe et souvent mal perçu. Dans la Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique de 2001, la vulnérabilité est définie comme un « *principe qui prescrit au fondement de l'éthique, le respect, le souci et la protection d'autrui et du vivant en général, sur la base de la fragilité, de la finitude et de la mortalité des êtres* » (Hottois & Missa, 2001).

Cependant, qu'en est-il de cette relation thérapeutique dans un contexte de prise en soins pédiatrique ? Qui plus est, auprès de nourrissons et bébés dont l'acquisition de notre mode de communication verbale n'est pas encore acquise mais en construction et qui ne sont donc pas à même d'exprimer leurs opinions ou tout simplement de déterminer ce qui est « bon » pour eux ? Cette relation thérapeutique particulière inclut un tiers : les parents (à défaut : la famille, l'entourage) et porte le nom de « **triade relationnelle** ».

A. La triade relationnelle

Comme décrit précédemment, le concept de relation thérapeutique est un terme général, son approche est centrée sur le patient et peut éventuellement inclure la famille. La triade relationnelle, quant à elle, inclut nécessairement l'enfant et sa famille (ses parents). Il s'agit davantage d'une relation triangulaire entre l'enfant, ses parents et les soignants : la triade. Les

prérequis à l'instauration de cette relation sont les suivants : celle-ci doit être basée sur la confiance et nécessite d'être de qualité (Colson et al., 2014).

De nombreux aspects culturels, sociaux, familiaux et intrapsychiques influencent la construction des relations au sein de la triade. Néanmoins, il est indéniable qu'il y a un aspect systémique des différentes relations constitutives de cette triade. En effet, on constate une influence des trois partenaires sur la relation entretenue par les deux autres et une interdépendance entre les relations parents / enfant, soignant / enfant et parents / soignant. Les représentations que chacun se fait au sujet des relations au sein de la triade présentent une grande diversité, tant du point de vue des parents que des soignants. Il semble intéressant de les interroger mais, aussi et surtout, de les prendre en compte dans un contexte de soins (Tombeur et al., 2007).

Selon Françoise Molénat, il est nécessaire que les relations au sein de la triade se fondent sur la différenciation et la lisibilité des places. Il s'agit notamment de permettre au soignant de prendre conscience de sa possible position en tant que tiers pesant au sein de la triade, de l'aider à trouver sa place et à passer progressivement le relais aux parents qui s'avère être nécessaire au bon déroulement du processus de parentalisation. Les possibilités de relais entre le soignant et les parents étant, bien entendu, tributaires de l'état de santé de l'enfant (Molénat, 2003).

Les futurs parents, même après la naissance de leur enfant requièrent tout de même l'expertise et les conseils avisés des professionnels de santé compétents. C'est dans cette perspective que **l'accompagnement à la parentalité** de la part des soignants prend tout son sens. En quoi consiste-t-il exactement ? Et à qui s'adresse-t-il particulièrement ?

B. L'accompagnement à la parentalité

Selon une communication du Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes relative à l'accompagnement à la parentalité (Gouvernement, 2016) :

« La politique d'accompagnement à la parentalité s'adresse à tous les parents pour agir en amont des situations de vulnérabilité, en particulier au moment de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant, étapes essentielles dans la construction puis l'évolution des liens intrafamiliaux. L'entrée à l'école, l'adolescence ou encore les séparations familiales mobilisent également fortement les acteurs du soutien à la parentalité ».

En réponse à cette communication, des actions sont proposées afin de répondre à plusieurs objectifs (Gouvernement, 2016) :

- La valorisation des compétences parentales avec la possibilité de s'appuyer sur cette liste non exhaustive incluant notamment les réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents, les lieux d'accueil enfants - parents, les techniciens de l'intervention sociale et familiale, les acteurs du parrainage de proximité ;
- Le renforcement des liens entre les familles et l'école par l'intermédiaire des contrats locaux d'accompagnement à la scolarité ;
- La prévention des ruptures du lien familial en favorisant la médiation familiale et les espaces rencontre ;
- L'information des familles via points info familles.

Le Gouvernement requiert une attention toute particulière vis-à-vis des familles monoparentales, qui représentent, en France, plus d'une famille sur cinq. Leur situation est révélatrice d'une précarité économique importante mais aussi d'une précarité plus globale liée à une solitude parentale avérée. En plus des mesures du plan gouvernemental contre la pauvreté, le Gouvernement a étayé les instruments de la politique de soutien à la parentalité, en étudiant des solutions d'entraide et de répit avec les associations (Gouvernement, 2016).

2. Le cas particulier du Syndrome du Bébé Secoué

La **violence** n'est considérée comme un problème de santé publique que depuis la publication par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de son « Rapport mondial sur la violence et la santé » paru en 2002 (Turkieltaub, 2012).

72. C'est le nombre d'enfants décédés des suites de violences familiales en moyenne chaque année en France selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE). Tous les ans, environ 50 000 plaintes pour violences physiques sur enfants sont déposées. Chaque jour, 90 appels sont traités par le plateau d'écoute du 119 (numéro de l'enfance en danger) et 40 informations préoccupantes sont signalées (Taquet, 2019).

La **Maltraitance Infantile** (MI) constitue donc un sujet d'actualité au cœur des enjeux de santé publique actuels d'autant plus avec la crise sanitaire de la Covid-19 qui a accentué ce

phénomène. Elle peut avoir de nombreuses conséquences et répercussions : traumatiques, physiques et psychologiques.

A. Les maltraitances infantiles

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), définit l'**Enfant** comme « *tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable* » (United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 1989).

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son rapport « Stratégie pour une politique de santé », fait état de la complexité de la période de l'enfance et de l'adolescence et de ses conséquences sur la santé de l'enfant, de l'adolescent en devenir et du futur adulte : « *L'enfance et l'adolescence sont des périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital - santé [...]* » (Haut Comité de la Santé Publique, 1992).

Selon le « *Centers for Disease Control and prevention* » (CDC), la MI inclut « *tous les actes commis directement ou par omission, par un parent ou d'une autre personne qui s'occupe de l'enfant, aboutissant à un dommage, ou à une menace de dommage pour un enfant. Ce dommage n'a pas besoin d'être intentionnel* » (Leeb et al., 2015).

La MI est à l'origine de diverses conséquences aux répercussions importantes et durables dans le temps. En effet, parmi ces dernières, on retrouve (De La Broise, 2021) :

- Le décès : qu'il soit accidentel ou attentionnel ;
- D'un point de vue individuel : des répercussions somatiques mais aussi psychologiques ;
- En termes de santé publique : des impacts sociaux et économiques.

Il n'est parfois pas évident de repérer et dépister un cas de MI. Cependant, certains signes évocateurs doivent nous alerter : ils sont regroupés sous le nom de syndrome de Silverman.

Le **syndrome de Silverman** se définit comme un ensemble de signes cliniques et radiologiques caractéristiques des enfants battus, en particulier des nourrissons et petits enfants. On peut notamment évoquer (Jlalia et al., 2016) :

- Des hématomes et ecchymoses (successifs dans le temps, de forme et de topographie suspectes) ;
- Des lésions cutanées (telles que des brûlures) ;
- Des fractures multiples (dont les âges de survenue sont différents, ces dernières sont parfois non traitées).

Ces signes cliniques doivent attirer notre attention et suspecter une maltraitance qui pourra notamment être confirmée par une radiographie de squelette révélant les fractures multiples. Devant un tel tableau clinique, il sera primordial de prendre des mesures de protection de l'enfant (hospitalisation, signalement aux services sociaux, au juge des enfants, etc.) (Jlalia et al., 2016).

Parmi les différents types de maltraitances, nous retrouvons le cas particulier du **Traumatisme Crânien Non Accidentel (TCNA)**, plus communément appelé le **Syndrome du Bébé Secoué (SBS)**. Ce dernier est récurrent puisqu'au moins un bébé par jour en est victime en France. Ses conséquences sont multiples et parfois dramatiques. Mais qu'est-ce que le SBS ?

B. Définition du Syndrome du Bébé Secoué

Le SBS « aussi appelé TCNA, traduit lorsqu'un bébé ou un jeune enfant est violemment secoué par un adulte. Ces secousses, toujours extrêmement violentes, sont produites le plus souvent lors de la saisie du bébé sous les aisselles ou par le thorax. Sa tête se balance rapidement d'avant en arrière et son cerveau heurte les parois de son crâne. Le bébé peut alors arrêter de respirer et des lésions cérébrales, oculaires et de la moelle épinière peuvent survenir. Des pertes de neurones importantes, qui impacteront l'enfant toute sa vie, peuvent aussi être occasionnées » (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2022).

Combien d'enfants en sont victimes chaque année ? Quels sont les facteurs exerçant une influence sur sa fréquence, sa distribution, son évolution ?

C. Épidémiologie et étiologie

Selon les dernières données publiées par Santé publique France, pas moins de 400 bébés en moyenne seraient victimes de secouement(s) chaque année. En raison d'un défaut de diagnostic, ce chiffre serait largement sous-estimé. En effet, le recensement de l'ensemble des cas est impossible actuellement (Paget et al., 2019).

Plusieurs raisons expliquent cette difficulté (Govindama, 2014) :

- Les données font principalement état des cas les plus graves, qui ne sont probablement pas tous répertoriés eux-mêmes ;
- Les nourrissons décédés d'une mort inattendue ne font pas systématiquement l'objet d'une autopsie, ce qui ne permet donc pas d'établir certains diagnostics ;
- La distinction entre Traumatisme Crânien Infligé (TCI) et Traumatisme Crânien Accidentel (TCA) est complexe, certaines données de l'un sont donc potentiellement imputables à l'autre.

De plus, nous faisons état d'une augmentation des secousses depuis la pandémie mondiale de Covid-19 (Palmowski, 2022). En effet, selon une étude réalisée par l'hôpital Necker en région parisienne, l'incidence du SBS est restée stable en 2020 puis a doublé en 2021 et sa mortalité a été multipliée par neuf (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Salle de Presse), 2022).

Concernant le profil du « secoueur », il s'avère qu'il n'y a pas de profil type, ce qui signifie que le bébé est susceptible d'être secoué aussi bien par une femme que par un homme, qu'importe la catégorie sociale (Haute Autorité de Santé & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation, 2017).

Néanmoins, de récentes données ont permis de mettre en évidence le lien unissant le bébé à son « secoueur » ainsi que sa répartition (Palmowski, 2022) :

- Dans 50 % des cas les auteurs des secouements sont les pères ;
- Dans 20 % des cas les auteurs des secouements sont les compagnons des mères ;
- Dans 20 % des cas les auteures des secouements sont les nounous ;
- Dans 10 % des cas les auteures des secouements sont les mères.

Cependant, des **facteurs de risques** ont été identifiés, à savoir : les parents sont souvent jeunes (en moyenne 24 ans (Franklin Carbaugh, 2004)), ces derniers font face à des facteurs de stress familiaux tels qu'une grossesse pathologique, une grossesse multiple, la prématurité et rencontrent également des situations de stress relationnel dans leur couple et / ou famille et / ou milieu professionnel. De plus, il s'agit la plupart du temps de leur premier enfant et la majorité des auteurs sont des hommes (ils représentent 70 % des cas déclarés). Si on s'intéresse au passé des parents, on constate que ce dernier a été marqué par la violence dans un grand nombre de cas (Mireau, 2008). Il est important de rappeler que le secouement est une pathologie de l'exaspération et de l'immaturité affective et témoigne d'une intolérance à la frustration (exacerbée par les pleurs du bébé). En effet, des données scientifiques font le lien avec les pleurs et soulignent le fait que les cris et les pleurs jouent un rôle déterminant (Mireau, 2008; Turkieltaub, 2012). Les mécanismes psychologiques qui poussent un individu à secouer un bébé demeurent toutefois inconnus (Palmowski, 2022).

Concernant le **profil du bébé secoué**, nous constatons que la majorité d'entre eux a moins d'un an et pour deux-tiers d'entre eux moins de six mois. Selon les dernières études, les victimes ont essentiellement entre deux et quatre mois (Haute Autorité de Santé & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation, 2017).

La Haute Autorité de Santé (HAS) fait état de « facteurs risques » pour le bébé, parmi ceux-ci nous retrouvons (Haute Autorité de Santé & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation, 2017) :

- Le sexe masculin ;
- La prématurité ou les complications médicales périnatales ;
- La séparation mère / enfant en période néonatale ;
- La grossesse multiple ou rapprochée ;
- La grossesse non désirée ;
- Les pleurs inconsolables ;
- Les difficultés d'acquisition d'un rythme de sommeil régulier et / ou les troubles du sommeil ;
- Les difficultés alimentaires ;
- Les interventions antérieures des services sociaux.

Comment cela se traduit-il d'un point de vue physiologique ? En quoi consiste le mécanisme d'action du SBS ?

D. Physiopathologie

Dans un premier temps, rappelons que le développement cérébral de l'être humain débute dès la période prénatale et se poursuit durant les premières années de vie. Le nourrisson est donc particulièrement sensible et vulnérable aux secousses. Ces secousses, pour être responsables des lésions associées au SBS, doivent être d'une extrême violence. En effet, les traumatismes de la vie quotidienne telles que les chutes de faible hauteur et même de hauteur plus importante (1,50 mètres ou moins) ou de simples jeux (l'avion étant souvent évoqué) ne peuvent engendrer de telles lésions. Ces secousses sont généralement émises pour faire cesser les pleurs de bébé en le saisissant au niveau des aisselles ou du thorax et en le secouant violemment (Flehmig et al., 1993).

➤ **Agression cérébrale primaire**

Lors du mouvement de secouement, l'extrémité céphalique décrit une courbe autour d'un axe de rotation représenté par la base du cou. La force de rotation exprimée est donc bien plus importante que celle appliquée au niveau du thorax du bébé : c'est le mécanisme du coup de fouet appelé « *whiplash* ». Cette rotation est peu freinée par le nourrisson pour plusieurs raisons : d'une part, car le poids de la tête est relativement élevé en comparaison avec le reste du corps (il représente 10 %) et, d'autre part, car la musculature du cou n'est que très peu développée et s'avère trop faible, tout ceci associé à une inactivation du contrôle postural de la tête (Roulland, 2019).

Les secouements engendrent, par leur mouvement d'accélération - décélération antéro-postérieur, des contraintes mécaniques des structures cérébrales à l'intérieur de la boîte crânienne. Il est d'autant plus important à cet âge, ceci s'expliquant par l'anatomie de la base du crâne qui est relativement plate et induit, de ce fait, des mouvements de rotation plus amples du cerveau responsable d'un phénomène de coup / contrecoup du tissu cérébral contre la boîte crânienne, à l'origine de contusions cérébrales. Ce mouvement est également pourvoyeur d'un étirement des axes vasculaires et notamment des veines ponts qui sont anatomiquement tendues entre le cortex cérébral et les méninges appliqués sur l'os et qui vont se rompre et générer des

Hémorragies Sous-Arachnoïdiennes (HSA) et des Hémorragies Sous-Durales (HSD) profondes, diffuses et périphériques. Le tissu cérébral riche en eau et pauvre en myéline, va se retrouver cisailé, entraînant ainsi des lésions axonales d'étirement (Roulland, 2019).

➤ **Agression cérébrale secondaire**

Les hémorragies consécutives aux agressions cérébrales primitives situées dans l'espace sous-dural et dans les scissures interhémisphériques viennent à la fois comprimer le cerveau et provoquer un œdème cérébral, avec pour conséquence un effet irritatif responsable de phénomènes épileptiques plus ou moins importants.

Bien que les sutures crâniennes ne soient pas encore ossifiées et que les fontanelles soient encore présentes, leur distension n'est possible qu'en cas de sollicitation progressive. Dans le cas de secouements apparentés à des lésions aiguës, la dure mère et le crâne offrent une distensibilité quasi-nulle. L'augmentation du volume intracrânien, engendre quant à elle, une augmentation exponentielle de la Pression IntraCrânienne (PIC). En cas d'augmentation de la PIC, la Pression de Perfusion Cérébrale (PPC) diminue. L'apport des nutriments essentiels au tissu cérébral n'est donc plus assuré : ceci est responsable d'une ischémie cérébrale secondaire qui constitue un facteur aggravant du pronostic neurologique de ces enfants.

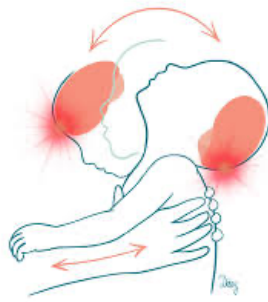
Le retentissement neurologique est variable, allant d'une simple augmentation de PIC à l'état de mort apparente (Mireau, 2008).

Par ailleurs, les secouements peuvent également être à l'origine d'atteintes extra crâniennes :

- De lésions oculaires telles que des Hémorragies Rétiniennes (HR) ou Intravitréennes (HI) (compromettant le pronostic visuel de l'enfant) ;
- De lésions médullaires cervico-thoraciques ;
- D'atteintes ostéoarticulaires telles que des fractures costales des arcs postérieurs avec ecchymoses aux points de pressions thoraciques.

La prise en charge de ces enfants victimes du SBS doit donc être précoce afin de stopper cette cascade physiopathologique (Roulland, 2019).

Figure 1 : Illustration du mouvement antéro-postérieur du cerveau dans la boîte crânienne



Et de manière concrète, que cela peut-il engendrer chez le bébé ? Quels sont les signes et symptômes évocateurs auxquels il faut être vigilant ?

E. Présentation clinique

Il existe de nombreux **signes et symptômes spécifiques évocateurs** du SBS permettant de confirmer le diagnostic. Dans les cas les plus graves, l'enfant peut être retrouvé décédé. Mais le plus souvent, l'enfant concerné est adressé aux urgences pour un malaise grave avec un trouble de la conscience plus ou moins marqué et persistant, pouvant mener jusqu'au coma, avec ou sans convulsions associées.

Certains signes sont révélateurs d'une atteinte neurologique grave dont (Laurent-Vannier et al., 2011) :

- Les malaises ;
- Les convulsions ;
- L'apnée sévère ;
- Les signes d'Hypertension IntraCrânienne (HIC) aigüe ;
- Les troubles de la vigilance voire le coma.

Cependant, d'autres signes permettent d'orienter le diagnostic vers une atteinte neurologique moins avancée tels que (Laurent-Vannier et al., 2011) :

- Une diminution du contact avec l'environnement ;
- Une irritabilité et / ou une altération du tonus (généralement une hypotonie axiale) ;
- Une macrocraînie ou une fontanelle bombée.

Enfin, d'autres signes moins évocateurs, quant à eux, peuvent également être décrits, comme (Laurent-Vannier et al., 2011) :

- Une peau pâle inhabituelle ;
- Des modifications comportementales ;
- Des pleurs ;
- Un bébé semblant algique (s'exprimant par un faciès douloureux par exemple) ;
- Des signes digestifs (tels que des difficultés alimentaires ou encore des vomissements en jet) ;
- Des pauses respiratoires.

L'anamnèse tout comme les examens ophtalmologique et neurologique sont essentiels dans l'établissement du diagnostic. L'anamnèse témoigne le plus souvent d'une histoire changeante ou incompatible avec l'âge de l'enfant et son développement moteur ou encore la gravité des lésions constatées (Laurent-Vannier et al., 2011; Pierre et al., 2010; Stoodley, 2005). L'examen clinique recherche, quant à lui, un bombement de la fontanelle, une modification de la courbe du périmètre crânien de type macrocrânie ou d'accélération de la vitesse de croissance et enfin, des lésions traumatiques sentinelles de localisation atypique et / ou de survenue inadaptée pour l'âge de l'enfant (Roulland, 2019).

Des explorations complémentaires sont réalisées, d'une part pour évaluer le retentissement sur l'enfant et d'autre part pour rechercher des lésions associées dont la seule présence plaide en faveur du diagnostic.

Les lésions vasculaires associées concernent principalement les yeux (les lésions oculaires rétiniennes sont présentes dans 65 % des cas), l'encéphale et les méninges. Dans la majorité des cas, elles associent un hématome sous-dural (bilatéral la plupart du temps) et une ou plusieurs HR. La moelle épinière, peut, elle aussi, être affectée. Le diagnostic est confirmé par l'imagerie cérébrale qui met en évidence un hématome sous-dural dans 100 % des cas (Thollon-Behar, 2008).

D'autres atteintes peuvent également être retrouvées au niveau de la musculature du cou, du rachis mais aussi de la moelle épinière localisée à la région cervicale. On décrit également des lésions cutanées telles que des ecchymoses (présentes dans 24 % des cas) ainsi que des lésions osseuses telles que des fractures osseuses au niveau des membres, des côtes ou du crâne

(présentes dans 23 % des cas). L'objectivation de ces signes s'effectue la plupart du temps grâce à l'imagerie (scanner cérébral, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale, examen ophtalmologique, électroencéphalogramme, bilan biologique sanguin, échographie abdominale, radiographies du squelette complet, scintigraphie osseuse...) (Roch, 2016; Roulland, 2019). Ces atteintes sont susceptibles d'engendrer des séquelles de natures diverses et variées, plus ou moins sévères et potentiellement évolutives dans le temps (Roch, 2016).

L'état général de ces enfants peut s'aggraver dans un second temps en raison de phénomènes irritatifs et compressifs de l'hématome sur le cerveau. Ainsi, ils sont généralement admis en service de réanimation pédiatrique, si possible en milieu neurochirurgical. En effet, plus d'un tiers d'entre eux requièrent une ventilation mécanique. Et, près de 60 % sont opérés, parfois plusieurs fois, afin d'évacuer l'hématome. Les risques liés à ces interventions ne sont pas négligeables mais l'abstention chirurgicale représenterait un risque encore plus dommageable (Mireau, 2008).

L'importante variabilité du tableau clinique rend le diagnostic compliqué (à cela s'ajoutent des symptômes insidieux témoins d'une installation progressive d'une HIC par exemple). C'est pourquoi, les chiffres d'incidence du SBS sous-estiment très certainement l'ampleur réelle de ce phénomène (Mireau, 2008).

Quel est le pronostic à la suite d'un SBS avéré et quelles sont les éventuelles complications possibles ?

F. Pronostic et complications

Un seul secouement peut suffire à tuer un enfant ou lui laisser des séquelles à vie. Cependant, nous relevons une répétition dans ces actes (Turkieltaub, 2012). En effet, le taux de récurrence est élevé puisque 50 % des enfants qui ont été secoués une première fois le sont, à nouveau, au moins une seconde fois. Dans sa campagne de sensibilisation lancée en janvier 2022, le gouvernement français indique que le bébé victime du SBS est secoué en moyenne à 10 reprises (Haute Autorité de Santé & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation, 2017).

De plus, selon les différentes études menées sur le territoire français, 1 enfant sur 10 à 1 enfant sur 5, victime du SBS, en décède (Paget et al., 2019). Parmi les enfants qui survivent, 75 %

garderont des séquelles irréversibles qui peuvent être multiples et très handicapantes (Paget et al., 2019).

Il existe deux **scores d'évaluation** de l'état de ces patients qui peuvent être utilisés afin d'évaluer la gravité initiale de leur état de santé et ainsi prédire les complications et orienter la prise en charge (Roulland, 2019) :

- La *Glasgow Coma Scale / Score* (GCS), elle permet d'évaluer l'état de conscience d'un patient en se basant sur 3 critères : les réponses oculaire, verbale et motrice. Les sociétés savantes recommandent d'effectuer son calcul à la phase initiale de la prise en charge des traumatisés crâniens puisqu'elle permet de définir leur gravité et de guider la thérapeutique ;

Figure 2 : Score de Glasgow pédiatrique, en fonction de l'âge

Score de Glasgow en fonction de l'âge.		
Échelle de Glasgow standard (> 5 ans)	Échelle de Glasgow de 2 à 5 ans	Échelle de Glasgow de 0 à 2 ans
<i>Ouverture des yeux</i>		
4 – Spontanément	4 – Spontanément	4 – Spontanément
3 – Aux stimuli verbaux	3 – Aux stimuli verbaux	3 – Aux stimuli verbaux
2 – Aux stimuli douloureux	2 – Aux stimuli douloureux	2 – Aux stimuli douloureux
1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse
<i>Réponse verbale</i>		
5 – Est orienté et parle	5 – Mots appropriés, sourit, fixe, suit du regard	5 – Agit normalement
4 – Est désorienté et parle	4 – Mots appropriés, pleure, est consolable	4 – Pleure
3 – Paroles inappropriées	3 – Hurlé, est inconsolable	3 – Hurllements inappropriés
2 – Sons incompréhensibles	2 – Gémît aux stimuli douloureux	2 – Gémissements (<i>grunting</i>)
1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse
<i>Réponse motrice</i>		
6 – Répond aux demandes	6 – Répond aux demandes	6 – Mouvements spontanés intentionnels
5 – Localise ta douleur	5 – Localise la douleur	5 – Se relire au toucher
4 – Se retire à la douleur	4 – Se retire à la douleur	4 – Se retire à la douleur
3 – Flexion à la douleur (décérébration)	3 – Flexion à la douleur (décérébration)	3 – Flexion à la douleur (décortication)
2 – Extension à la douleur (décérébration)	2 – Extension à la douleur (décérébration)	2 – Extension à la douleur (décérébration)
1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse	1 – Aucune réponse

- Le *Pediatric RiSk of Mortality* (PRISM), il est basé sur des variables physiologiques recueillies au cours des premières 24 h suivant l'admission et permet d'estimer le risque de mortalité. Il s'avère donc être un bon indicateur de la gravité des patients en pédiatrie.

Le cerveau du bébé étant en pleine période de développement, les conséquences s'avèrent bien plus graves qu'elles ne le seraient pour un adulte, ces dernières peuvent avoir des répercussions traumatiques, physiques et psychologiques à long terme.

On retrouve notamment des **séquelles** (Association Stop Bébé Secoué, 2022b) :

- Intellectuelles ;
- Comportementales ;
- Visuelles (pouvant aller jusqu'à la cécité complète) ;
- Motrices (paralysies, des crises épileptiques légères (se manifestant sous la forme de tremblements) à des crises épileptiques lourdes, etc.).

Le secouement de l'enfant est responsable de diverses séquelles neurologiques, souvent importantes et pouvant être transitoires ou définitives qui viennent fréquemment perturber le développement moteur de l'enfant. D'autres déficiences (sensibilités, sensorielles, cognitives) peuvent également survenir immédiatement ou apparaître de manière plus sournoise, à mesure que l'enfant grandit. Certaines vont s'aggraver avec la croissance, d'autres vont apparaître plus tardivement, révélant principalement des troubles de l'apprentissage et du comportement. Dans tous les cas, les apprentissages de l'enfance sont perturbés (Roch et al., 2017). Certains facteurs cliniques comme l'âge de survenue de la lésion, son étendue, sa localisation, l'intégrité ou non des tissus péri-lésionnels et hémisphériques controlatéraux, l'épilepsie ainsi que certains médicaments peuvent influencer la récupération post-lésionnelle (Hertz-Pannier, 1999).

À travers cette description, nous comprenons allégrement que le bilan des séquelles consécutives aux secouements infligés ne peut être effectué qu'à la majorité de l'enfant devenu adolescent (Association Stop Bébé Secoué, 2022b).

Après avoir présenté les différents aspects relatifs au SBS, intéressons-nous désormais au rôle du MK dans la prise en soins de l'enfant victime du SBS.

G. Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en soins de l'enfant victime du Syndrome du Bébé Secoué

Faisant partie intégrante de l'équipe pluriprofessionnelle, le MK est un acteur indispensable dans la prise en soins des enfants victimes du SBS. La vigilance quant à l'évolution des déficiences doit s'effectuer depuis le traumatisme et se prolonger sur plusieurs mois. Le MK se doit donc de bilancer régulièrement ces enfants afin de faire état d'une potentielle évolution des déficiences dans le but d'agir le plus précocement possible et d'apporter la prise en soins adaptée (Roch et al., 2017).

Le rôle du MK en Institut d'Éducation Motrice (IEM) est d'assurer la rééducation et la réadaptation des limitations fonctionnelles et orthopédiques ainsi que des déficiences motrices d'enfants et adolescents en situation de handicap moteur, dans un but de restauration de la gestuelle et d'optimisation de la fonction motrice, d'adaptation et d'apprentissage. Il travaille en collaboration avec des orthoprothésistes pour la mise en place d'orthèses adaptées aux besoins des enfants.

Dans le cadre du SBS, les MK ont un rôle dans la rééducation post-lésionnelle et notamment le traitement des séquelles. En effet, même s'il s'avère difficile actuellement de déterminer les conséquences lésionnelles, les atteintes neurologiques subies par ces bébés sont responsables d'une paralysie cérébrale et peuvent être multiples mais aussi de différentes natures comme un retard du développement, une hémiplégie, etc. Toutes ces affections doivent faire l'objet d'une prise en charge rééducative car elles nécessitent d'avoir recours à la masso-kinésithérapie afin de pallier les déficits neuro-psychomoteurs et neuro-orthopédiques de l'enfant et ainsi d'améliorer son quotidien et, de surcroît, celui de son entourage familial. La stimulation de la plasticité neuronale s'avère également primordiale (Roch, 2016). Rappelons que la plasticité cérébrale est maximale à l'âge de 10 mois. L'objectif repose sur la création de nouvelles liaisons synaptiques inter-neuronales afin de compenser les zones cérébrales touchées par la mort cellulaire. Par l'intermédiaire de nombreuses stimulations, le MK agit sur cette plasticité neuronale dans le but d'optimiser le développement de ces communications (Roch, 2016).

Après avoir exposé l'impact et les conséquences à plus ou moins long terme du SBS. Nous sommes en droit de nous demander s'il n'est pas possible d'intervenir avant que de tels drames ne surviennent ? Est-il possible d'agir avant qu'il ne soit trop tard ? Si oui, que faire ? Et de quelle manière ?

3. La prévention du Syndrome du Bébé Secoué

La **prévention** correspond à « *l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition, l'aggravation ou les conséquences des maladies ou des accidents et d'une façon plus générale, d'améliorer la santé des individus ou des populations* » (OMS, 1948).

L'OMS propose une distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire appliquée ici à la MI et plus particulièrement au cas du SBS (World Health Organization, 2022) :

- La **Prévention Primaire** (PP) a pour objectif de limiter l'incidence en instaurant une action ciblant la population générale. Elle consiste à agir en amont de la maltraitance afin d'éviter que le risque ne s'installe. Pour illustrer nos propos, nous pouvons, par exemple, promulguer des conseils de puériculture aux jeunes parents en leur expliquant les soins de base dont leur bébé a besoin tout en les aidant à décrypter ses rythmes, ses pleurs et en n'omettant pas d'aborder la gestion du stress ainsi que la fonctionnalité du couple parental (rôle de chacun, relais de l'un à l'autre). Nous pouvons également transmettre des savoirs-être et savoir-faire, tout en respectant cette nouvelle place de parent. Il s'agit donc de mesurer avec beaucoup d'intuition et de délicatesse, non seulement l'état mais aussi l'évolution de leurs compétences parentales dans le but de les soutenir dans les domaines nécessaires et uniquement ceux-là. La PP permet de rompre l'inexpérience et l'isolement par la disponibilité et l'écoute du professionnel. Elle contribue à l'instauration d'un lien fort entre les parents et leur enfant et participe à l'éducation des parents au risque du secouement de leur enfant en prévenant un éventuel passage à l'acte.
- La **prévention secondaire** a pour objectif de limiter l'incidence en instaurant une action sur une sous-population à risque. Elle s'avère délicate dans le sens où il est impossible d'effectuer une classification en séparant, d'un côté les parents potentiellement maltraitants, et, de l'autre les parents exemptés de tous risques. Il s'agit d'accompagner un risque reconnu comme pouvant favoriser la survenue de maltraitance. Cette dernière n'est pas encore avérée ni même présente, cependant nous retrouvons suffisamment d'indices inquiétants pour s'en préoccuper tels qu'une grossesse non désirée, non déclarée ou encore mal suivie, la prématurité du bébé, une naissance multiple, un handicap chez l'enfant, une mère isolée, dépressive, déficiente mentale, un conjoint absent ou violent... Ces clignotants s'associent de façon variable à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif, passant d'un risque mineur à une situation beaucoup plus grave. Afin de développer nos dires, nous avons notamment la possibilité de mettre en place des actions autour de cette parentalité fragile et de l'enfant à différents niveaux : matériel, éducatif, affectif, comportemental, relationnel voire psychique mais aussi dans différents cadres : à domicile, dans un lieu de soins ou d'écoute plus neutre ou encore

un lieu d'accueil et enfin à différents rythmes : d'un suivi pluri-hebdomadaire à domicile voire des visites plus espacées à accompagnement très rapproché comme une hospitalisation mère - enfant. L'ensemble de ces situations implique une pluridisciplinarité des intervenants afin de croiser les regards avec pour objectif de garantir le maximum d'objectivité et de pertinence dans ces situations d'une grande complexité. La prévention secondaire permet la conception et l'élaboration d'une prise en charge personnalisée et adaptée à chacun. Elle contribue donc à cibler une population d'enfants dits « en risque ».

- La **prévention tertiaire** a pour objectif d'améliorer le dépistage, de limiter le handicap et d'éviter les récurrences qui sont estimées à plus de 50 %. Dans ce type de prévention, les situations de maltraitances sont avérées. Il s'agit donc d'éviter une sur-maltraitance. Dans ce cas, il y a eu un appel officiel de l'autorité administrative et, dans les cas les plus graves, de l'autorité judiciaire. Le but étant de punir l'acte maltraitant, mais aussi et surtout, d'assurer la protection de l'enfant.
- L'accompagnement des enfants et de leur famille au long cours permet de réduire le risque de récurrence des mauvais traitements et ainsi de minimiser leurs conséquences (World Health Organization, 2022).

Existe-t-il des actions de prévention antérieures au sujet du SBS ? Si oui, quelles sont-elles et en quoi consistent-elles ?

A. Les actions de prévention antérieures

La prévention du SBS n'a été investie que récemment. En effet, le manque de connaissances associé à l'omniprésence du contexte médico-légal ont contribué au retardement de la création et de l'instauration d'actions préventives. Ce n'est qu'à partir de 1985 et notamment grâce aux travaux de Showers que les premières campagnes de prévention ont vu le jour (Nolin et al., 2010).

➤ Programmes de prévention à l'échelle internationale

Programmes de prévention

Description

« Don't shake the baby », Ohio (1985-1990)

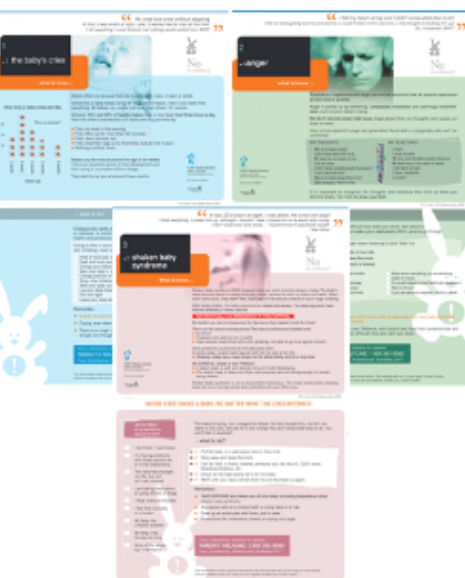
Cette campagne d'informations sur les dangers des secousses chez un nouveau-né a été promulguée aux parents précocement après l'accouchement et s'est étendue sur une période d'un an. L'élément clé de cette prévention reposait sur l'éducation des nouveaux parents au sujet des pleurs chez le nourrisson et les moyens envisageables à mettre en place pour gérer cette situation. L'objectif était d'apporter les connaissances nécessaires aux parents concernant les dangers que peuvent induire les secouements sur l'enfant et les répercussions sur sa santé (Bernier-Petitpretz, 2016; Nolin et al., 2010).

« Shaken Baby Syndrome Education Program », Pennsylvanie (1998-2004)



Ce programme préventif a été mis au point par Dias et Barthauer dans l'optique de diminuer l'incidence du SBS d'au moins 50 % par rapport aux données initiales. Les informations promulguées aux parents avant leur sortie de l'hôpital étaient sensiblement similaires à celles de la campagne « Don't shake the baby », à la différence qu'une affiche ainsi qu'une vidéo ont également été mises en place. Ce programme a, par la suite, été réutilisé dans l'État de l'Utah en ciblant spécifiquement l'éducation des parents et en s'appuyant sur une vidéo et deux affiches informatives dont une adressée exclusivement aux pères des enfants (Bernier-Petitpretz, 2016; Nolin et al., 2010).

Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué (PPPSBS), Québec (2002)



Ce projet global a été initié par le CHU de Sainte-Justine et regroupe quatre items ayant des objectifs spécifiques mais complémentaires dans le but de réduire l'incidence du SBS. Le premier objectif repose sur la sensibilisation de l'ensemble des nouveaux parents au cours de leur séjour à l'hôpital en ayant comme support le PPPSBS, lui-même basé sur trois facteurs influençant la survenue d'un secouement, à savoir les pleurs du nourrisson, la colère pouvant être ressentie par les parents face à une situation qu'ils ne maîtrisent pas ainsi que la méconnaissance au sujet du SBS. Ces notions ont chacune fait l'objet d'une fiche informative afin d'être distribuées aux parents par les professionnels de santé qui vont, par la suite, s'assurer de leur compréhension et préconiser des solutions en réponse aux pleurs incontrôlés de leur enfant. Le second objectif repose sur la sensibilisation de l'ensemble des personnes à même d'être en contact avec les enfants victimes du SBS tels que les professionnels de santé, les services sociaux, la justice ou encore la sécurité publique. Dans cette optique, un cédérom (CD-ROM) a été développé afin d'apporter une aide aux différents intervenants sur la manière de dépister et de diagnostiquer le SBS. Il regroupe des notions anatomiques, des informations générales sur le SBS mais aussi sur ses conséquences et les précautions à prendre en cas de lésions. De plus, d'après plusieurs études la colère et la maltraitance physique infantile sont intimement liées, c'est pourquoi un « thermomètre de la colère » a été créé. Il est catégorisé selon cinq niveaux et s'adresse directement aux parents dans l'objectif de contrôler leurs émotions lors d'une situation de stress face à leur enfant. Enfin, le troisième et le quatrième objectif reposent sur la sensibilisation de la population générale et les pistes envisagées concernant le développement de la recherche et des connaissances au sujet du traumatisme crânien non accidentel (CHU Sainte-Justine, 2022; Nolin et al., 2010).

« *The Period of PURPLE Crying* », Utah (2004)

The Letters in **PURPLE** Stand for



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

Le « *National Center of Shaking Baby Syndrom* » a développé ce programme basé sur les connaissances des caractéristiques propres à cette période et destiné à éduquer les parents à propos des pleurs de leur enfant. Il repose principalement sur la formation des professionnels de santé à ce sujet à l'aide de supports élaborés spécifiquement tels qu'un Digital Versatile Disc (DVD) éducatif et une brochure informative.

L'acronyme PURPLE signifie :

- *Peak of crying*, c'est-à-dire l'âge de survenue fréquente des pleurs situé généralement autour du deuxième mois post-partum ;
- *Unexpected*, c'est-à-dire qu'il peut n'y avoir aucune raison apparente ;
- *Resists soothing*, c'est-à-dire la persistance malgré les tentatives d'apaisement de la part de l'entourage ;
- *Pain-like*, c'est-à-dire l'impression d'une douleur ressentie sur le visage de l'enfant ;
- *Long lasting*, c'est-à-dire la durée importante ;
- *Evening*, c'est-à-dire le soir, autrement dit le moment de la journée où ils surviennent le plus fréquemment.

En effet, si l'on se réfère à cet acronyme et aux connaissances actuelles au sujet du SBS, des notions s'avèrent indispensables à transmettre aux parents (Nolin et al., 2010; Pierre et al., 2010; Reese et al., 2014; Stephens et al., 2014) :

- Un bébé est susceptible de pleurer jusqu'à plusieurs heures par jour sans aucune raison particulière ou apparente, d'autant plus lors des premiers mois de vie. Il semble donc important d'aider les parents à déterminer les solutions adaptées afin d'éviter le secouement de l'enfant ;
- Secouer un enfant représente un danger pour sa santé et son développement neuro-psychomoteur futur. Il semble donc important de suggérer d'autres pistes pour consoler l'enfant ;
- Il est préconisé de diffuser massivement ces informations, que ce soit au sein de l'entourage familial ou social, afin de sensibiliser le plus grand nombre de personnes.

➤ Programmes de prévention à l'échelle nationale

Programmes de prévention

Description

« *Allô Enfance Maltraîtée* » - 119, (1989)



Le 10 juillet 1989, les parlementaires, à l'unanimité, ont voté une loi relative à la prévention des mauvais traitements infligés à l'égard des mineurs. Suite à l'instauration de cette loi, le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraîtée, plus communément appelé « *Allô Enfance Maltraîtée* » a vu le jour. Il a depuis, connu certaines évolutions concernant son numéro ou bien son nom mais son utilité reste la même (Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger, 2023).

« *Il ne faut jamais secouer un bébé* », (2005)



Cette campagne de prévention primaire intitulée « *Il ne faut jamais secouer un bébé, secouer peut tuer ou handicaper à vie* » et illustrée par Philippe Geluck a été relayée auprès du grand public (Roulland, 2019).

« *Allo parents bébé* » - 0 800 00 34 56, (2008)



L'association Enfance et Partage a créé un numéro vert national, anonyme et gratuit d'aide et de soutien à la parentalité afin de répondre aux difficultés rencontrées par les parents lors des premiers mois au domicile avec un nourrisson. Leur mission hormis l'écoute et le soutien est d'orienter les parents vers les structures adaptées (Roulland, 2019).

Carnet de santé, (depuis 2018)

Ses pleurs



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

Si vous êtes déconcentré(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas et, surtout, ne le secouez pas. **Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.**

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



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

Suite à l'instauration du plan d'action interministériel de mobilisation et de lutte contre la violence faite aux enfants lancé le 1^{er} mars 2017, le carnet de santé a été réactualisé et constitue désormais un outil de prévention bien qu'incomplet. Il met brièvement en garde les parents épuisés par les pleurs de leur bébé au sujet des dangers relatifs au secouement. En complément du carnet de santé, nous retrouvons le « *Guide à l'usage des professionnels de santé* » qui aborde encore plus succinctement le sujet du SBS en omettant de décrire les signes faisant suspecter une maltraitance. Ce guide, à destination des médecins et ayant pour vocation de leur faciliter le remplissage du carnet de santé mériterait d'être davantage exploité puisqu'il constituerait justement l'occasion de sensibiliser les professionnels de santé à la maltraitance sous toutes ses formes (Turkieltaub, 2012).

Application mobile des 1000 premiers jours, (2021)



Dans le cadre de la campagne de prévention « *Les 1000 premiers jours* », un outil numérique, à savoir une application mobile a été élaborée par le Ministère des Solidarités et de la Santé en collaboration avec les professionnels de santé et les parents. Elle est disponible sur les différentes plateformes de téléchargement. Cette application se veut être le compagnon numérique privilégié des 1000 premiers jours de l'enfant en suivant les différentes étapes, allant du projet de parentalité aux 2 ans de l'enfant. Elle constitue un outil de prévention reposant notamment sur l'autodiagnostic pour évaluer le risque de la dépression post-partum chez les parents et comprend aussi une cartographie pour trouver un accompagnement adapté et géolocalisé. Elle constitue également un outil d'information centralisant des articles rédigés par des professionnels et proposés en fonction de l'étape à laquelle se trouve les parents et comprend aussi un calendrier regroupant tous les événements relatifs aux 1000 premiers jours. L'objectif principal de cette dernière repose sur « la bonne information au bon moment » (Ministère de la Solidarité et de la Santé, 2021).

Campagne nationale de sensibilisation au syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle, (17 janvier 2022)



Le gouvernement français lance une campagne de sensibilisation au SBS à destination du grand public sous l'initiative d'Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, 2022).

Sac des 1000 premiers jours, (mars 2022)



Toujours dans le cadre de la campagne de prévention « *Les 1000 premiers jours* », des sacs contenant six objets du quotidien et six invitations à adopter de bons réflexes pour la santé sont distribués aux parents lors de leur séjour à la maternité dans une perspective de soutien de la parentalité et de promotion de la santé. Ils contiennent notamment un sac, une turbulette, un savon d'origine naturelle, un album jeunesse, une crème de soin pour les parents ainsi qu'un bavoir et un guide. Ce guide, d'une trentaine de pages, évoque dans un encart de quelques lignes, la question des pleurs de bébé et prodigue des conseils notamment lorsque cela devient « *trop difficile* ». Ces conseils reposent sur le fait de « *poser le bébé en sécurité dans son lit et quitter la pièce* » mais aussi de ne « *pas hésiter à chercher de l'aide auprès de l'autre parent, d'un voisin, de l'entourage* » et de « *ne reprendre le bébé dans les bras que quand on se sent apaisé* ». Enfin, il est mentionné qu'« *il ne faut jamais secouer un bébé : il peut en mourir ou rester handicapé à vie* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022b).

Instauration de la première Journée Nationale du Syndrome du Bébé Secoué, (5 avril 2022)

L'association Stop Bébé Secoué a déposé cette date (Association Stop Bébé Secoué, 2022a).



- Le manque d'enclen à l'évaluation en France ne permet pas de savoir si les actions réalisées ont un réel impact ou non (Turkieltaub, 2012). Cependant, au vu de l'ancienneté de cette publication, nous pouvons nous interroger sur ce qu'il en est à l'heure actuelle bien qu'aucune étude n'en fasse encore état.

Selon l'OMS, des programmes de prévention se sont révélés prometteurs, il s'agit de programmes de prévention du Traumatisme Crânien (TC) imputable à de mauvais traitements habituellement organisés en milieu hospitalier à l'intention des nouveaux parents durant leur séjour à l'hôpital avant qu'ils ne regagnent leur domicile. Ces derniers reposent sur l'information des parents concernant les dangers relatifs au SBS et la préconisation de conduites à adopter face à un bébé qui pleure sans qu'on ne parvienne à le calmer (World Health Organization, 2022).

Selon la classification des différents types de prévention énoncé précédemment, quel est celui qui correspond à cette description ? Semble-t-il pertinent dans le cadre de notre étude ? Si oui, pourquoi ?

B. La prévention primaire et sélective

Selon l’OMS, il est possible de prévenir la MI. Dans cette perspective, une approche multisectorielle est nécessaire.

Il a été démontré que les programmes de prévention efficaces sont ceux qui soutiennent les parents et leur apprennent à être des parents bienveillants en leur proposant un accompagnement à la parentalité reposant notamment sur la transmission de connaissances concernant le développement de l’enfant et la promulgation de stratégies positives de régulation du comportement de l’enfant et de leurs propres émotions dans l’intérêt de leur enfant. Les actions préventives sur le SBS et les dangers qui en découlent seraient de nature à réduire l’apparition de nouveaux cas (World Health Organization, 2022).

D’après l’OMS, il s’agit donc d’une PP puisqu’elle correspond à « *l’ensemble des actes visant à diminuer l’incidence d’une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d’apparition de nouveaux cas* ». De plus, étant destinée à un sous-groupe de population spécifique, à savoir : les parents et effectuée de manière systématique, elle correspond également à une **prévention sélective** selon le modèle de Gordon (Raimondeau, 2018). En effet, bien que certains profils à risque de « secoueur » aient été établis, nous savons que cela touche tout le monde, d’où l’intérêt et surtout l’importance de faire de la prévention en systématique (Association Stop Bébé Secoué, 2022b).

De plus, les recommandations de la commission dirigée par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) et soutenue par la HAS préconisent « *d’organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et d’informations bien adaptées, sous différentes formes, et en tout lieu, en direction de toutes les personnes au contact des bébés sur les dangers du secouement pour l’enfant et les précautions à prendre* » (Haute Autorité de Santé & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation, 2017).

La prévention du SBS a très largement démontré son efficacité, c’est pourquoi elle requiert d’être connue de tous et s’impose à tous. Elle représente l’axe principal des efforts de

progression dans la prise en charge du SBS du fait du probable manque de diagnostic de la majorité des bébés secoués, des lésions et des séquelles neurologiques importantes même lorsqu'elles sont diagnostiquées et traitées précocement. Le secouement est généralement réalisé dans un contexte de colère et d'exaspération intense à l'encontre des pleurs de l'enfant. Il semble être le moyen de parvenir à faire taire l'enfant et n'est pas effectué dans le but de nuire à celui-ci. Le grand public présente de trop faibles connaissances à ce sujet qui demeurent insuffisantes alors qu'elles s'avèrent capitales pour permettre à l'adulte de ne pas passer à l'acte. Il est donc nécessaire d'informer la population quant à l'existence du SBS, les circonstances de sa survenue, de sa cause ainsi que de ses conséquences catastrophiques. La diffusion de la prévention doit être encouragée, améliorée et surtout abordée de manière systématique auprès des jeunes parents (Mireau, 2008).

Concrètement, en quoi consiste le rôle du MK dans la prévention du SBS ? Comment cela se traduit-il dans sa pratique ?

C. Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du Syndrome du Bébé Secoué

La HAS a publié en 2017 une recommandation de bonne pratique concernant le SBS ou TCNA par secouement. En 2019, cette dernière a réaffirmé l'importance de sa recommandation. En effet, elle a souligné « *l'importance de ses travaux et le rôle essentiel des professionnels de santé dans le repérage, le diagnostic et la prévention de ces maltraitances à enfant* ». De plus, elle insiste sur le fait que « *les professionnels de santé, qu'ils exercent aux urgences ou en cabinet de ville, sont des acteurs essentiels du repérage de ces actes, de leur diagnostic et de leur prévention. Ils sont les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une maltraitance ainsi que les situations à risque. Ils sont également – par le lien qu'ils établissent avec les familles – des acteurs essentiels de la prévention. Les professionnels de santé ont par ailleurs l'obligation légale et déontologique de réagir s'ils suspectent un cas de maltraitance afin de protéger l'enfant* » (Haute Autorité de Santé, 2019).

En ce sens, le 20 janvier 2023 la HAS a sollicité des représentants des associations « Stop Bébé Secoué », « Enfance et Partage National » et « Collectif des parents d'enfants victimes du Syndrome du Bébé Secoué – SBS » afin de participer à une réunion en vue de la réactualisation

de ces recommandations. Cette réunion avait pour objectif de présenter les différents axes d'amélioration. Effectivement, l'actualisation des recommandations (datant de 2017) permettrait de mettre à jour les données scientifiques, d'améliorer la prévention, l'établissement du diagnostic ainsi que la prise en charge des victimes.

Actuellement, les professionnels de santé sont davantage sollicités afin d'intervenir auprès des nouveaux parents.

Le MK, de par le temps important qu'il passe, pendant des périodes souvent longues, auprès de ses patients, noue avec eux des relations à la fois durables et de confiance qui lui permettent de faire passer des messages de santé publique et de prévention (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022b). Il fait donc partie des professionnels en première ligne pour effectuer une prévention du SBS. En effet, il a un rôle de choix puisqu'il a cette proximité avec les familles du fait des fréquentes consultations pédiatriques lorsque l'enfant est en bas-âge que cela soit dans le cadre de la bronchiolite du nourrisson ou encore lors d'asymétrie posturale ou tout autre motif le nécessitant. Les MK ont donc un rôle au niveau préventif puisque ce sont des professionnels de santé qui côtoient l'ensemble de la population, des personnes de tous âges, dans de nombreux lieux d'exercices, de l'hôpital en passant par le cabinet libéral. Cet aspect de la pratique du MK lui confère une accessibilité quant à l'instauration et la promulgation d'actions de prévention visant à transmettre des informations à un large public (Roch, 2016).

En France, la profession de MK est régie par différents codes : le Code de la santé publique, le code du travail, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et le Code de la sécurité sociale (De La Broise, 2020).

Selon la loi de 2016 du Code de la santé publique, la pratique de la masso-kinésithérapie est définie par l'article L.4321-1 comme « *comportant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : [...]. Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.* » L'article R4321-13, quant à lui, confirme que « *[...] le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement [...]* » (Légifrance,

2004, 2022). À cela s'ajoute l'article R.4321-63 du code de déontologie des MK qui stipule que le MK « *apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire* » (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022b).

De plus, en s'appuyant sur le référentiel de compétences relatif au Diplôme d'État (DE) de MK, la Compétence 3 implique de savoir : « *Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2015).

Cela confirme que le MK, par ses actions de prévention et de promotion de la santé, peut agir dans la lutte contre la MI et, par extension, du SBS. En ce sens, il pourra mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose et qu'il considère adaptés à la situation, dans le respect du code de déontologie (De La Broise, 2020). Ce dernier n'est donc pas un simple exécutant mais prend bel et bien part également à l'ingénierie des soins.

En outre, l'Union Régionale des Professions de Santé des Masseurs-Kinésithérapeutes (URPS MK) de la région Normandie prône également cet investissement des MK dans la prévention puisque cela constitue une de ses missions, à savoir : « *Réaliser des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique* » (Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs, 2019).

En pratique, cela consisterait pour le MK à informer et prodiguer des conseils de façon systématique aux parents. Ces informations et conseils porteraient sur (Philippe, 2005) :

- *La compréhension de l'origine des pleurs de bébé* : les pleurs sont le moyen pour le bébé de s'exprimer et notamment concernant ses besoins. Il se peut qu'il ait besoin d'être auprès de nous dans nos bras, qu'il y ait trop de monde ou encore trop de bruit, qu'il ait trop froid ou trop chaud, qu'il ait sommeil, que sa couche soit sale ou encore qu'il ait faim.
- *Les moyens possibles à mettre en place pour calmer les pleurs de bébé* : en fonction de l'origine des pleurs de bébé, il est possible de mettre différents moyens en place pour les calmer en choisissant ceux nous semblant le plus adaptés. Par exemple le prendre dans les bras et le bercer calmement, l'emmener dans un endroit peu fréquenté et calme, le promener, le dévêtir ou le couvrir davantage, lui offrir la possibilité de dormir,

changer sa couche, lui proposer du lait ou de l'eau ou encore lui masser le ventre ou le dos.

- *Les précautions à prendre si les pleurs de bébé persistent et que l'exaspération prend le dessus* : pour le bien du bébé, il semble judicieux de prendre certaines précautions si l'exaspération prend le dessus comme faire une pause et respirer profondément, sortir de la pièce après avoir veillé à ce que bébé soit en sécurité pour retrouver son calme, demander à quelqu'un si c'est possible de prendre le relais ou contacter quelqu'un en mesure de venir rapidement vous apporter son aide.

4. L'utilité sociale de la recherche

Symptôme d'échecs à la fois de prévention, de protection et d'éducation, la MI doit être au cœur de nos préoccupations (Taquet, 2019).

De tout temps, la HAS s'est engagée avec, à ses côtés, les professionnels de santé, dans la prévention et le repérage des maltraitances ainsi que dans la protection de l'enfance. Ces engagements sont profonds, car soigner, c'est également prévenir et protéger (Haute Autorité de Santé, 2019).

Au-delà même du cadre du SBS, une réflexion devrait être encouragée concernant l'apprentissage de la gestion personnelle de la violence. L'éducation à ce sujet devrait permettre de dissocier la pulsion de violence naturelle et inévitable du passage à l'acte de cette violence (Mireau, 2008).

Cette recherche s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, qui a pour objectif de promouvoir les comportements favorables à la santé, en répondant à l'Axe 1 : « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2017).

Elle rentre également dans le cadre de la campagne de prévention « *Les 1 000 premiers jours* » en répondant aux besoins identifiés autour de la prévention et de la promotion de la santé chez les nourrissons. Les 1 000 premiers jours, période comprise entre la grossesse et les deux ans de l'enfant, sont une fenêtre de vulnérabilités pour le bébé mais également un moment d'opportunités, pour les futurs et jeunes parents, de proposer au fœtus puis au bébé un

environnement favorable à son développement. Face à de tels enjeux, Santé publique France a développé le site 1000-premiers-jours.fr, premier site de référence sur la santé au cours de cette période des 1 000 premiers jours. Ce site destiné aux futurs parents et parents d'enfants de moins de deux ans propose des conseils pratiques et des informations scientifiquement validées autour des trois piliers fondamentaux de la santé pendant la période des 1000 premiers jours (sécurité environnementale, alimentation et sécurité affective) (Santé publique France, 2021).

Le SBS représente un coût humain considérable, ce qui en fait un enjeu majeur de notre système de santé publique. En effet, les TC ou traumatismes cérébraux, peuvent être à l'origine de séquelles psychologiques et physiques importantes voire provoquer le décès. La prise en charge consécutive nécessite de coûteux moyens (Taquet, 2019). En somme, le SBS engendre d'importants coûts, liés principalement à six domaines : le système judiciaire, les services sociaux, l'éducation, la santé, les emplois et les coûts personnels (De La Broise, 2020).

L'investissement des professionnels de santé et particulièrement des MK dans la prévention du SBS aurait pour objectif de diminuer la charge de morbidité, c'est-à-dire l'impact de cette pathologie : le SBS, sur une population spécifique (les nourrissons, bébés, enfants et futurs adultes), en termes de morbidité, mortalité et coût financier.

Cette recherche a également pour vocation d'interroger les MK sur leur point de vue quant au fait de recevoir des formations que ce soit en formation initiale ou dans le cadre de formation(s) continue(s) au sujet du SBS et de sa prévention.

III. Question de recherche

Les grandes instances ainsi que différentes études à ce sujet semblent s'accorder sur l'intérêt d'une Prévention Primaire (PP) accrue du Syndrome du Bébé Secoué (SBS). En revanche, il existe peu d'études s'intéressant à la complexité de cette prévention, aux difficultés de sa mise en œuvre du fait du manque d'outils et de moyens mis à disposition mais également au rôle du Masseur-Kinésithérapeute (MK) dans cette prévention. Ainsi, nous nous intéressons à la question de recherche suivante :

Comment le masseur-kinésithérapeute libéral, par l'intermédiaire de sa place au sein de la triade relationnelle ainsi que de son rôle dans l'accompagnement à la parentalité, s'inscrit-il dans la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué dans sa pratique ?

Pour tenter de répondre à notre question de recherche, nous émettons trois hypothèses de recherche, fondées sur des lectures scientifiques ainsi que des expériences de stages. Ces hypothèses nous serviront de guide pour le recueil des données empiriques. Leur construction a été effectuée en tenant compte des critères de clarté, de faisabilité et de pertinence.

➤ **Hypothèse de recherche n°1 :**

Le masseur-kinésithérapeute libéral, par l'intermédiaire de sa place au sein de la triade relationnelle s'avère être un acteur de choix dans la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué.

➤ **Hypothèse de recherche n°2 :**

Le masseur-kinésithérapeute libéral, bien que conscient de son rôle dans la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué, se heurte à la complexité de cette dernière ainsi que de sa mise en place et délaisse cet aspect de sa pratique.

➤ **Hypothèse de recherche n°3 :**

Le masseur-kinésithérapeute libéral, par manque de connaissances au sujet du Syndrome du Bébé Secoué et / ou par sentiment d'illégitimité à réaliser une prévention primaire à ce sujet, renonce à la prodiguer.

IV. Dispositif méthodologique

Le projet de recherche a été soumis à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et a été accepté par la commission d'évaluation scientifique des projets de recherche du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen le 19/09/2022 (**voir Annexe I**).

1. Méthode de recherche : Qualitative

Au regard du thème choisi pour ce mémoire d'initiation à la recherche, notre choix de dispositif méthodologique s'est porté sur une méthode de **recherche qualitative**. En effet, cette étude a pour objectif de déterminer comment les Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (MKL) s'inscrivent dans la Prévention Primaire (PP) du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) dans leur pratique. Au vu des difficultés méthodologiques de la littérature quantitative, du peu de littérature actuelle retrouvée ainsi que de la complexité liée à l'abord du sujet des maltraitances infantiles (MI), l'approche qualitative s'avère être la plus pertinente. Elle permet de déterminer le rôle du MKL dans la PP du SBS, d'appréhender la complexité d'une PP par le MKL sur le thème du SBS et d'en évaluer les freins. Aller à la rencontre des MKL offre la possibilité de confronter la théorie à la réalité de terrain.

Selon Catherine Marshall et Gretchen B. Rossman (Marshall & Rossman, 2016), l'approche qualitative est la plus appropriée pour tenter de répondre aux questions humanistes « Pourquoi ? » et « Comment ? ». Isabelle Aubin-Auger et al., viennent compléter cette affirmation en y intégrant la notion de démarche interprétative à partir du recueil de données verbales (Aubin-Auger et al., 2008). Elle permet de décrire et d'obtenir des explications significatives sur une problématique (Kohn & Christiaens, 2014). La méthode de recherche qualitative s'avère donc utile lorsque les facteurs observés sont subjectifs, difficilement mesurables.

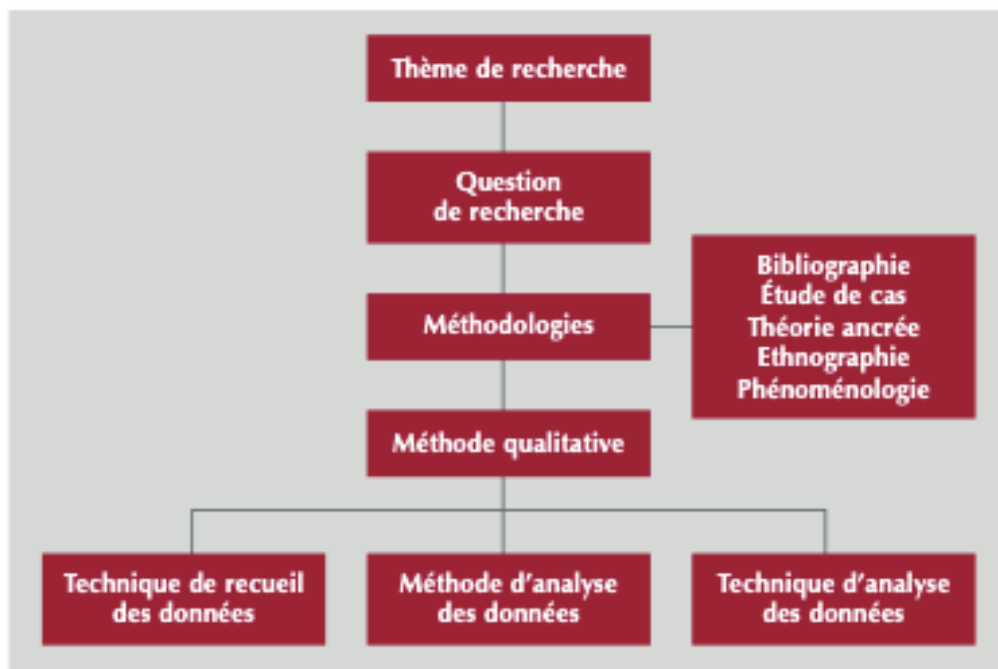
« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (Pope & Mays, 1995).

Les méthodes de recherches qualitatives couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données (Paillé & Mucchielli, 2012).

Les techniques de recherche qualitative sont principalement utilisées pour traduire « le sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux » et à des « processus d'interaction », y compris l'interprétation de ces interactions (Pope & Mays, 1995). Elle permet d'explorer leur discours, leurs caractéristiques sociales, leurs représentations (Lebeau et al., 2021). « Ils permettent aux gens de s'exprimer dans leur propre voix, plutôt que de se conformer à des catégories et les conditions qui leur sont imposées par d'autres » (Sofaer, 1999). Ce type de recherche est également approprié pour enquêter sur des phénomènes sociaux liés à la santé (Huston & Rowan, 1998). Effectivement, cette méthode étudie les participants dans leur milieu naturel, permettant un accès à leurs expériences et croyances personnelles liées à la santé (Kohn & Christiaens, 2014) ainsi qu'à leurs émotions et comportements (Aubin-Auger et al., 2008).

La méthode de recherche qualitative trouve son intérêt ici en ce sens où elle permet l'analyse du discours d'une personne, la compréhension d'un raisonnement selon un objectif d'analyse des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK).

Figure 3 : Méthode de recherche qualitative d'après Paul Van Royen et al. (Aubin-Auger et al., 2008)



2. Approche : Hypothético-déductive

Nous avons pris le parti d'aborder notre sujet en recherche qualitative selon une **approche hypothético-déductive**.

Dans les sciences expérimentales, cette approche « *consiste à formuler des hypothèses et à en déduire des conséquences testables expérimentalement* ». Le principe de ce système étant de « *permettre la vérification de l'hypothèse dans des contextes empiriques différents de ceux qui ont suggéré sa formulation* » (Carmignani, 2017).

Cela implique l'application d'une théorie ou d'un cadre préexistant aux données (Kohn & Christiaens, 2014).

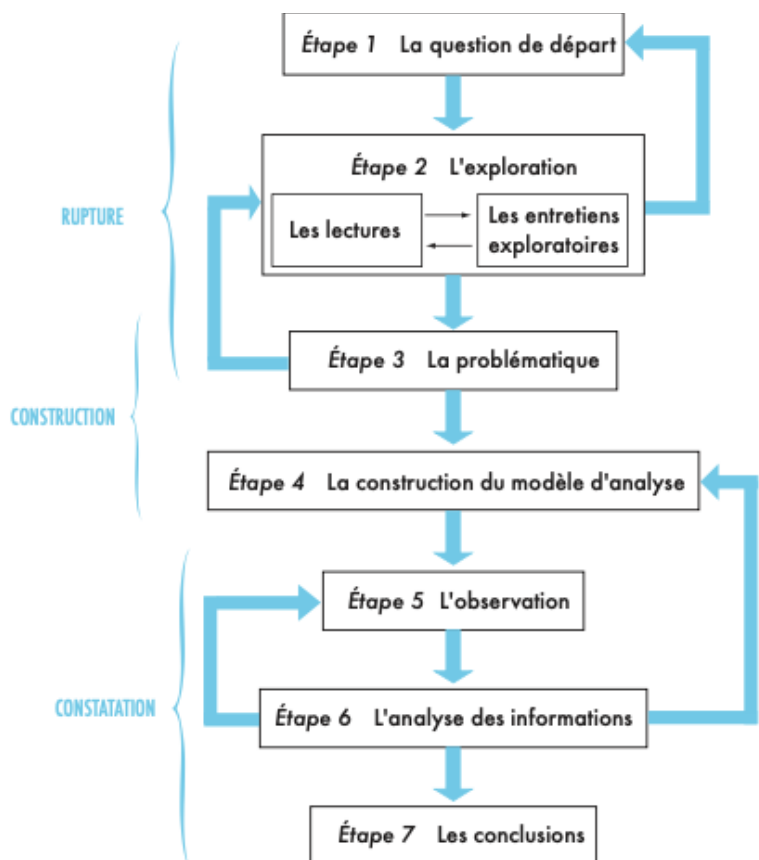
Luc Van Campenhoudt et al., ont défini trois actes épistémologiques propres à l'approche hypothético-déductive (Van Campenhoudt et al., 2017) :

- Acte 1 : La rupture ;
- Acte 2 : La construction ;
- Acte 3 : La constatation.

Ils ont également déterminé sept étapes relatives à l'approche hypothético-déductive :

- Étape 1 : La question de départ ;
- Étape 2 : L'exploration ;
- Étape 3 : La problématique (question de recherche) ;
- Étape 4 : La construction du modèle d'analyse ;
- Étape 5 : L'observation (le recueil des données) ;
- Étape 6 : L'analyse des informations ;
- Étape 7 : Les conclusions.

Figure 4 : Approche hypothético-déductive d'après (Van Campenhoudt et al., 2017)



3. Démarche : Compréhensive

Nous avons adopté une **démarche compréhensive** tout au long de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Les dimensions principales caractérisant cette démarche reposent sur le fait d' « *envisager la personne humaine en tant qu'acteur* » et de « *centrer l'analyse sur la dialectique individuel / collectif* » (Charmillot & Dayer, 2012).

Selon Marie-Noëlle Schurmans, la démarche compréhensive consiste à « *prendre en compte la spécificité de l'humain, autrement dit ne pas considérer ce dernier seulement comme un agent déterminé par des forces extérieures à lui, mais le tenir également comme un acteur qui construit des significations à partir de la place qu'il occupe dans le monde, et qui, produisant des faits sociaux, contribue à la reproduction des déterminismes* » (Schurmans, 2001).

La démarche compréhensive s'intéresse donc aux déterminants des comportements des individus plutôt qu'aux déterminants des maladies correspondant plutôt à une approche quantitative. Elle permet également d'appréhender les aspects relationnels des soins (Aubin-Auger et al., 2008).

4. Critères d'inclusion

Les participants à l'étude ont été inclus selon les **critères** suivants :

- Être Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État (MKDE) ou être titulaire d'une autorisation d'exercice sur le territoire français ;
- Être impliqué ou avoir été impliqué dans la prise en soins de patients enfants âgés de moins de deux ans dans le cadre d'un exercice libéral.

Un **nombre arbitraire** de cinq entretiens a été fixé, en tenant compte des conditions imposées par le projet universitaire d'un mémoire d'initiation à la recherche ainsi que pour allier la diversité des réponses souhaitée tout en considérant le temps et les capacités humaines d'analyse disponibles.

5. Recrutement : Questionnaire de recrutement

Le **recrutement** a été effectué via un questionnaire Google Forms® (**voir Annexe III**). Ce dernier incluant deux grandes parties : une partie sur les données socio-démographiques et une autre sur les pratiques professionnelles. À la fin de celui-ci, l'accord des participants afin de participer à l'étude a été recueilli ainsi que le recensement de leur adresse électronique pour les contacter ultérieurement. La diffusion du questionnaire a débuté à partir du 1^{er} novembre 2022. L'objectif de ce partage précoce étant de s'assurer qu'un nombre suffisant de MK acceptent de participer à l'étude, garantissant ainsi sa faisabilité. Pour cela, nous avons contacté par mail « L'Association des Kinésithérapeutes Pédiatriques du Territoire Normand » (L'AKPTN), le « Groupe d'Intérêt Pédiatrie de la Société Française de Physiothérapie » (GI Pédia de la SFP) ainsi que la Fédération « Paralyse Cérébrale France » afin de les solliciter pour relayer notre questionnaire de recrutement via leurs réseaux sociaux dans le but de pouvoir toucher un maximum de professionnels répondant aux critères d'inclusion. L'AKPTN et le GI Pédia de la SFP ont donné une suite favorable à notre demande et ont partagé notre questionnaire sur leur page Facebook®. La Fédération Paralyse Cérébrale France, nous a, quant à elle, invitée à prendre directement contact avec ses associations adhérentes.

Suite à la diffusion du questionnaire de recrutement, nous avons obtenu six réponses de MK acceptant de prendre part à l'étude et de participer à un entretien. L'ensemble de ces MK répondait favorablement aux critères d'inclusion et pouvait donc prétendre à participer à l'étude. Ils ont donc tous été recontactés personnellement (**voir Annexe IV**) afin de leur faire part de leur numéro d'anonymat et de leur transmettre la « Lettre d'informations destinée aux participants à la recherche » (**voir annexe V**) ainsi que le « Formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien destiné aux participants à la recherche » (**voir Annexe VI**).

6. Population de l'étude

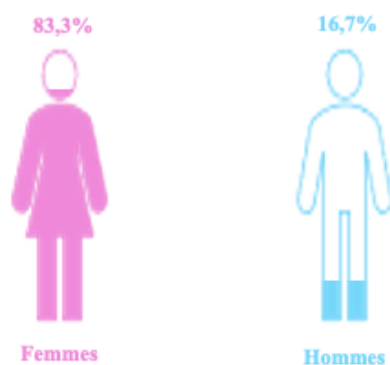
Au préalable, chaque participant a complété et nous a transmis, le formulaire de consentement libre et éclairé, dans lequel les conditions de l'étude et l'utilisation des données sont présentées.

Tableau I : Données socio-démographiques des participants de l'étude

Participant (numéro d'anonymat)	Sexe	Âge	Enfant(s)	Année d'obtention du DE	Lieu d'exercice actuel	Année(s) d'exercice libéral	Type de cabinet	Formation(s) complémentaire(s)
1	Homme	34 ans	Oui	2014	Rouen (76)	6 ans	Groupe	Oui
2	Femme	24 ans	Non	2021	Claye- Souilly (77)	1 an	Groupe	Oui
3	Femme	30 ans	Non	2014	Lyon (69)	8 ans	Groupe	Oui
4	Femme	25 ans	Non	2021	Asnières- sur-Seine (92)	1 an ½	Groupe	Oui
5	Femme	27 ans	Non	2017	Paris (75)	5 ans	Groupe	Oui
6	Femme	39 ans	Oui	2007	Pau (64)	13 ans	Groupe	Oui

Nous remarquons que 83,3 % des participants sont des femmes et 16,7 % sont des hommes. En France, selon les données de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2022, on estime qu'environ 51,4 % des MKL ou en exercice mixte sont des femmes et 48,5 % sont des hommes (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022a). Nous constatons donc qu'il y a plus de femmes parmi les participants que dans la population globale des MKL ou en exercice mixte.

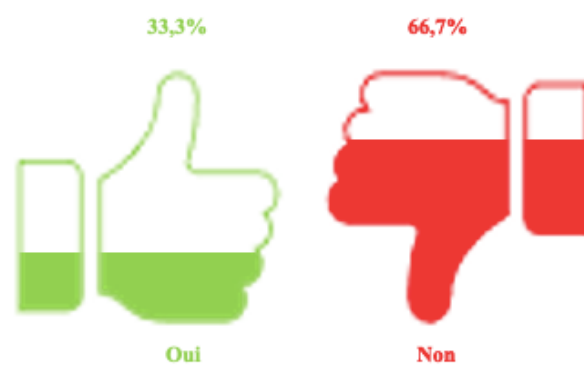
Figure 5 : Sexe



Nous relevons que l'âge moyen des participants est de 30 ans. En France, selon les données de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2022, on estime que l'âge moyen des MK était de 41,31 ans (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022a). Nous constatons donc que la population interrogée est plus jeune que la population générale des MK (**voir Tableau D**).

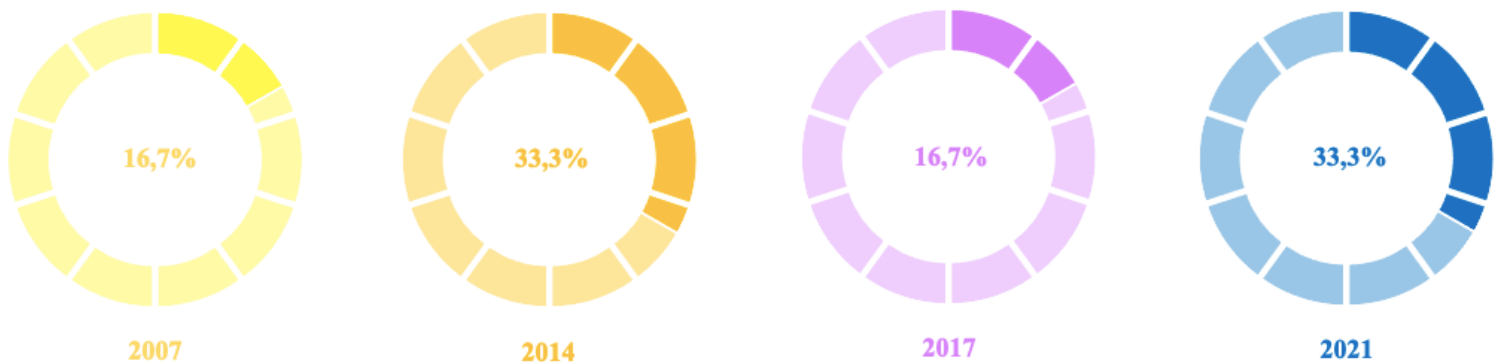
Nous observons que 66,7 % des participants n'ont pas d'enfant(s). 33,3 % des participants ont, quant à eux, un ou plusieurs enfant(s).

Figure 6 : Avez-vous des enfants ?



Nous notons que l'année moyenne d'obtention du Diplôme d'Etat (DE) est 2016.

Figure 7 : Année d'obtention du Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie



Nous constatons que les participants exercent actuellement dans des lieux variés. En effet, on retrouve les villes de Rouen (76), Claye-Souilly (77), Lyon (69), Asnières-sur-Seine (92), Paris (75) et Pau (64).

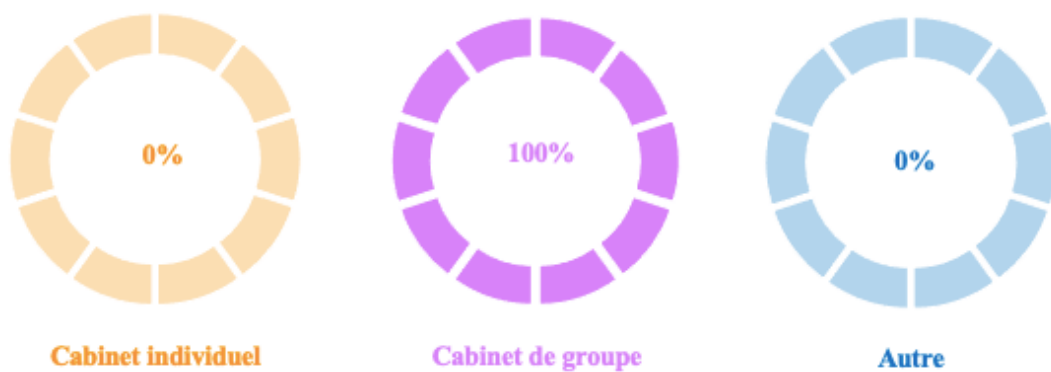
Nous notons que la moyenne d'années d'exercice en libéral est de six ans.

Tableau II : Depuis combien de temps exercez-vous ou avez-vous exercé en cabinet libéral ?

Participant (numéro d'anonymat)	Année(s) d'exercice libéral
1	6 ans
2	1 an
3	8 ans
4	1 an ½
5	5 ans
6	13 ans

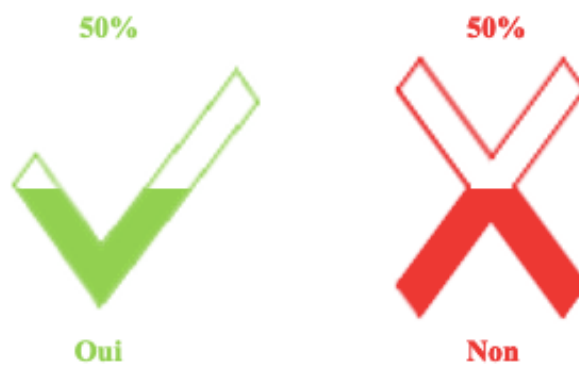
Nous remarquons que tous les participants exercent dans un cabinet libéral de groupe.

Figure 8 : Dans le cadre de votre exercice libéral, vous exercez ou avez exercé dans un :



Nous notons que 50 % des participants ont une activité mixte, c'est-à-dire qu'ils exercent à la fois en libéral et en salariat.

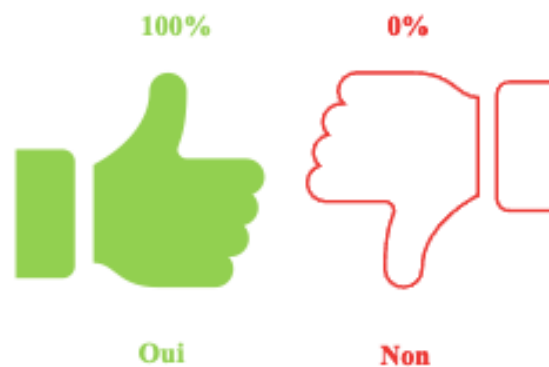
Figure 9 : Exercez-vous ou exerciez-vous dans un autre secteur que le secteur libéral en parallèle ?



Nous constatons que les autres secteurs d'activité sont : une pouponnière, un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatrique, un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et un Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées (CESAP).

Nous relevons que tous les participants ont déjà participé à une ou des formation(s) complémentaire(s).

Figure 10 : Avez-vous effectué une ou des formation(s) complémentaire(s) ?



Nous retrouvons parmi les formations complémentaires réalisées : « Débuter sa prise en charge en pédiatrie libérale », l'évaluation des mouvements généraux (*General Movements Assessment* : GMA), « Développement moteur et sensoriel du jeune enfant, évaluation et prise en charge », « Prise en charge en kinésithérapie respiratoire pédiatrique dans le cadre de la bronchiolite du nourrisson », les troubles alimentaires pédiatriques, les troubles de l'oralité, les dysfonctions linguales, les torticolis et plagiocéphalies, « Malformations et malpositions des pieds des nourrissons », « Syndromes canaux et neurodynamique », la thérapie manuelle en pédiatrie, les chaînes physiologiques bébé, NEM Module 1, le massage chez le bébé, le portage, l'Evaluation Motrice Fonctionnelle Globale (EMFG) – 88, un Diplôme Universitaire (DU) « Pédiatrie », un DU « Dépistage et prise en charge du nourrisson vulnérable – pluridisciplinarité » et un Master 2 (M2) « Ingénierie de la Neuromotricité ».

7. Lieu du recueil des données

Les entretiens se dérouleront dans différents lieux en fonction des souhaits des professionnels recrutés. Compte tenu de la large diffusion du questionnaire de recrutement et dans l'espoir

d'obtenir un maximum de réponses de praticiens de l'ensemble de la France, les entretiens vidéo seront tolérés. Ces derniers seront effectués via le logiciel Zoom®. Le lien de connexion à la réunion ainsi que l'« ID de réunion » et le « code secret » seront transmis au minimum 24 h à l'avance aux participants. Afin de ne pas être restreint avec les conditions d'utilisation standard de ce logiciel, une licence professionnelle a été souscrite.

L'accord des participants pour enregistrer l'entretien via l'application mobile « Dictaphone » aura été obtenu au préalable sous couvert du formulaire de consentement, garantissant l'anonymat. L'objectif étant de ne pas prendre de notes durant la réalisation de l'entretien afin d'être la plus disponible possible, de privilégier le dialogue et l'interaction mais aussi de pouvoir l'étudier de manière plus approfondie ultérieurement.

8. Technique : Entretien individuel semi-structuré

Afin de répondre à notre question de recherche, le recueil des données a été effectué grâce à la réalisation d'**entretiens individuels semi-structurés** aussi appelée **entretiens individuels semi-directifs** à l'aide d'un guide d'entretien conçu au préalable.

L'entretien semi-structuré constitue le format d'entretien le plus largement utilisé dans le cadre de la recherche qualitative et a pour vocation de recueillir des données en interrogeant les participants en face-à-face ou à distance par des techniques de conversation (Kohn & Christiaens, 2014). Il peut être conduit aussi bien auprès d'un individu que d'un groupe et le plus souvent, il n'est effectué qu'une seule fois pour un individu ou un groupe. Il est généralement programmé à l'avance avec une date, une heure et un lieu déterminés et dure, en moyenne, entre 30 minutes et plusieurs heures (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Selon Isabelle Aubin-Auger et al., « *les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats* » (Aubin-Auger et al., 2008). L'entretien individuel semi-structuré est mené à l'aide d'un guide d'entretien, élaboré au préalable et comprenant une liste de questions ouvertes ou de sujets à aborder au cours de la discussion (Kohn & Christiaens, 2014) auxquels viennent s'ajouter d'autres questions émergeant du dialogue entre l'enquêteur et la personne interrogée (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Il vise

à obtenir des informations à travers le point de vue des participants selon une structure par thèmes. Cela permet ainsi de répondre à des hypothèses (Desmet et al., 2010).

Le recours à ce type de procédé dans le cadre de la recherche en soins de santé est justifié lorsque « *l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants* ». Le caractère individuel, convient également lorsque « *aucune interaction entre les répondants n'est nécessaire ou recherchée, comme quand le sujet d'étude est sensible* » (Kohn & Christiaens, 2014). La personne interrogée est davantage un participant à la création de sens qu'un conduit à partir duquel l'information est extraite (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Il s'agit d'une méthode qui donne accès à la personne, à ses pensées, à ses idées, à ses représentations. Il permet à la personne questionnée de pouvoir exprimer ses propos et sa compréhension du sujet et ainsi d'explorer la réalité perçue du participant (Lebeau et al., 2021).

Le choix du recours à ce type de procédé s'explique par la volonté d'explorer les expériences des participants et la signification qu'ils leur donnent. Ce type d'entretien permet d'aller à la rencontre des MK et de rebondir sur leurs propos afin de comprendre avec précision leur vécu. Il permet une analyse des représentations des MK sur leur pratique globale et de saisir la dimension relationnelle et psychologique de la prise en soins.

Dans le cadre de cette étude, un entretien exploratoire a été réalisé au préalable le 8 février 2023 auprès d'une MK exerçant en pédiatrie et a conduit au remaniement du guide d'entretien initial. Les données issues de cet entretien n'ont pas été exploitées.

Nous avons convenu avec les participants, via leur adresse électronique, transmise dans le questionnaire de recrutement, d'un rendez-vous afin de réaliser leur entretien.

Sur les six participants recrutés initialement, cinq ont finalement participé à un entretien. Nous déplorons donc un perdu de vue au cours de cette étude.

Les entretiens ont été effectués entre le 21 février 2023 et le 1^{er} mars 2023. Leur durée moyenne est de 33 min 28 s avec une durée minimum de 27 min 39 s et une durée maximum de 43 min 23 s. L'achèvement des retranscriptions, effectuées à la main, des entretiens en vue de leur analyse a eu lieu le 1^{er} mars 2023.

Nous n'avons rencontré aucune difficulté particulière dans la réalisation des différents entretiens. Ces derniers se sont déroulés dans un climat de confiance et de bienveillance de professionnels en exercice à étudiante avec un intérêt réciproque.

9. Outils d'enquête fabriqués : Guide d'entretien

Le **guide d'entretien** « *définit l'orientation générale à explorer à partir de laquelle l'entretien peut diverger pour approfondir une réponse ou une idée* ». Cela permet d'adapter les questions pendant l'entretien selon les dires du participant (Lebeau et al., 2021).

Comme mentionné précédemment, afin de mener les entretiens, un guide d'entretien (**voir Annexe VII**) a été établi, reposant sur les trois thèmes suivants :

- **Thème 1 : La relation thérapeutique en pédiatrie :**
 - Critère 1 : Instauration d'une relation thérapeutique en pédiatrie ;
 - Critère 2 : Place au sein de la triade relationnelle ;
 - Critère 3 : Définition de l'accompagnement à la parentalité ;
 - Critère 4 : Investissement au sein de la pratique.

- **Thème 2 : Le Syndrome du Bébé Secoué :**
 - Critère 1 : Définition du Syndrome du Bébé Secoué ;
 - Critère 2 : Découverte du Syndrome du Bébé Secoué ;
 - Critère 3 : Estimation de l'incidence du Syndrome du Bébé Secoué ;
 - Critère 4 : Dernier cas connu ;
 - Critère 5 : Connaissances sur le Syndrome du Bébé Secoué.

- **Thème 3 : La prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué :**
 - Critère 1 : Prévention du Syndrome du Bébé Secoué par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
 - Critère 2 : Prévention systématique du Syndrome du Bébé Secoué par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
 - Critère 3 : Rôle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prévention primaire ;

- Critère 4 : Moment opportun pour la réalisation d'une prévention ;
- Critère 5 : Outil(s) de prévention connu(s) ;
- Critère 6 : Perception du niveau de préparation ;
- Critère 7 : Prévention réalisée dans la pratique professionnelle ;
- Critère 8 : Freins rencontrés ;
- Critère 9 : Remédiation et suggestions ;
- Critère 10 : Propositions de nouvelles modalités de prévention et d'outils à mettre en place.

Le guide d'entretien a été conçu pour une durée de passation de 30 à 45 minutes.

10. Méthode : Qualitative d'analyse de contenu

Afin d'analyser les entretiens individuels semi-structurés que nous avons réalisés, nous avons utilisé une méthode qualitative d'analyse de contenu.

La **méthode qualitative d'analyse de contenu** est un « *ensemble de techniques d'analyse des communications visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production de ces messages* » (Bardin, 2013). Elle constitue la méthode d'analyse de données la plus utilisée afin de « *rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible* ». Pour ce faire, elle suit différentes étapes : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données (Andréani & Conchon, 2005).

La **retranscription** correspond à la transformation d'un discours oral en un texte écrit appelé « *verbatim* » et correspondant aux données brutes de l'enquête. Il s'agit de prendre en « *note mot à mot tout ce que dit l'interviewé, sans en changer le texte, sans l'interpréter* ». Cela permet d'obtenir une trace écrite fidèle au discours du participant et accessible à l'analyse (Andréani & Conchon, 2005).

Le **codage des données** débute avec la construction d'une grille d'analyse en tenant compte des cadres théorique et conceptuel ainsi que des hypothèses. Cette grille est composée de critères formant des catégories d'analyse. Le choix de ces catégories est formulé d'après les

informations recueillies au fur et à mesure, contribuant ainsi à l'évolution de la grille d'analyse et permettant un codage dit ouvert. En suivant les thématiques établies lors de la construction du guide d'entretien, le codage consiste à relever dans la retranscription de l'entretien, les éléments faisant sens puis à les classer en fonction de la grille d'analyse établie, dans le but de répondre aux hypothèses (Andréani & Conchon, 2005).

Le **traitement des données** est effectué selon une analyse sémantique à partir du codage défini antérieurement. Il comprend une analyse empirique des idées des participants, une analyse lexicale des mots employés par les participants et une analyse de l'énonciation du sens donné à ces idées ou à ces mots. Il permet donc de répondre à la problématique ainsi qu'aux hypothèses posées (Andréani & Conchon, 2005).

11. Outils d'analyse : Analyse verticale et analyse transversale

Le traitement des données s'effectue par une analyse verticale suivie d'une analyse transversale.

L'**analyse verticale** correspond à l'étude individuelle entretien par entretien des éléments du « *verbatim* » grâce au codage des données (Desmet et al., 2010). Le traitement de ces entretiens n'étant pas lié à leur chronologie de passation.

L'**analyse transversale**, quant à elle, a une visée comparative des entretiens à partir des différentes analyses verticales. Elle permet de mettre en évidence les convergences et les différences de la population interrogée (Desmet et al., 2010). Elle permet de faire ressortir des thèmes communs aux différents entretiens.

V. Résultats et Analyses

Le résumé des résultats est consultable en **Annexe IX** et en **Annexe X**.

En vue de conserver l'anonymat des participants, la troisième personne du singulier avec le pronom personnel « il » est de rigueur. De plus, l'utilisation des « *guillemets* » transcrit les propos au sens littéral exprimé par les participants.

1. **Analyses des résultats**

A. *La relation thérapeutique en pédiatrie*

La relation thérapeutique en pédiatrie est définie par 80 % des participants comme une relation triangulaire entre le thérapeute, le patient et ses parents. Cela correspond donc à la définition de la triade relationnelle même si aucun participant ne l'a mentionné comme tel. Selon les éléments signifiants retrouvés dans les entretiens, elle correspond au lien professionnel qui se crée, totalement différent de celui que l'on peut retrouver avec d'autres types de patientèles, et qui repose sur la confiance mutuelle.

Cette relation nécessite l'adhésion, à la fois de l'enfant mais aussi de ses parents. En effet, cela s'avère nécessaire car « ***le soin en pédiatrie a vraiment besoin d'être relayé par le comportement parental au domicile et surtout au quotidien*** ».

➤ **Situation du masseur-kinésithérapeute au sein de la triade relationnelle**

La situation des participants au sein de la triade relationnelle est un sujet qui, de prime abord, leur a semblé complexe. L'un d'entre eux déclare spontanément qu'il ne sait pas et ne se situe pas ; un autre évoque le fait que nous n'y sommes que très peu formés, en tant que futurs Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) ou Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE), que cela soit en formation initiale (en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK)) ou ailleurs et que c'est en échangeant avec d'autres professionnels qu'il a été amené à y réfléchir davantage. Il ressort de ces réponses qu'il est nécessaire de se poser, de reprendre les bases et de réussir à mettre les « *bons* » mots. En tant que MK, nous sommes des professionnels de santé, consultés pendant une période qui peut être déterminée ou non en

fonction du motif de consultation. Il s'avère primordial d'être toujours à l'écoute ainsi que d'apprendre à être dans l'empathie et non pas dans la sympathie ; c'est-à-dire de ne pas être en « *fusion* » avec les émotions des patients et / ou de leurs parents afin de pouvoir les accompagner le mieux possible et leur apporter l'aide qu'ils requièrent.

Le MK ne constitue pas la figure d'attachement principale de l'enfant mais **s'il veut que ses soins soient efficaces, il doit tout de même représenter une figure d'attachement annexe** afin que l'enfant se sente en confiance et « *un peu attaché* ».

Selon un des participants, se placer en thérapeute consiste à être présent en soutien, en guidance et de ne pas faire à la place tout en n'étant pas à distance non plus. Pour un autre participant, il s'agit pour le MK d'être un « *donneur de savoir et de connaissances* ». Un autre participant estime que son travail repose sur le fait de rendre les parents compétents et ainsi de mettre en lumière leurs compétences afin qu'ils soient plus à l'aise dans leur rôle de parent. Il insiste également sur la notion de soutien à la parentalité. Il élargit le rôle du MK en incluant le dépistage puisqu'il estime qu'on dispose d'un temps privilégié avec les enfants mais aussi les parents.

L'aspect relationnel a été mis en avant avec cette **notion de partenariat entre le thérapeute, l'enfant et les parents au sein duquel il faut trouver le juste équilibre.**

➤ **Rôle et investissement du masseur-kinésithérapeute dans l'accompagnement à la parentalité**

L'accompagnement à la parentalité « *est quelque chose qui est important pour moi* », en effet « *il ne se passe pas une séance sans que j'en fasse* ». Il s'agit de « *vraies actions concrètes d'accompagnement* » et le MK est « *là pour les accompagner sur un petit bout de chemin* ».

L'accompagnement à la parentalité évoque aux participants le fait d'être présent pour les parents, d'être soutenant, c'est-à-dire de les accompagner et de leur montrer des pistes tout en ne faisant pas à leur place, chose que l'on a souvent tendance à faire selon eux. Or, en tant que soignant, faire « *à la place de* », c'est se positionner en tant que « *sauveur* » et cela ne s'avère pas efficace. Cet accompagnement à la parentalité se présente différemment d'un patient à

l'autre et constitue un élément primordial puisque beaucoup de parents se sentent démunis à l'arrivée de leur bébé et ont besoin d'aide pour accompagner celui-ci sereinement sans angoisses et culpabilités. Cela relève d'un domaine dans lequel le MK a un rôle à jouer.

Il s'agit pour lui d'apporter aux parents des connaissances ou des éléments théoriques mais aussi de « *contrebalancer* » certaines idées reçues et / ou conseils, avis parfois mal avisés car « *on n'apprend pas à être parent, on l'est* ». Dans tous les cas, il s'agit de transmettre du « *contenu d'utilité sur les parentalités* » et de leur offrir la possibilité de poser leurs questions afin de leur apporter l'information la plus qualitative et pertinente possible en regard de leurs besoins. Cela nécessite donc une bonne compréhension des parents de la part du soignant. Ainsi, le soignant leur offre la possibilité de parler, s'interroger notamment sur la raison de la prise en soins masso-kinésithérapique, les bénéfices attendus pour leur enfant afin qu'ils cheminent également de leur côté. Cet accompagnement à la parentalité s'avère important pour « *tous les types de parents* », qu'ils soient parents pour la première fois ou qu'ils aient déjà d'autres enfants. Dans ce cas, il faut être capable de « *jongler* » avec les habitudes prises.

L'accompagnement à la parentalité dispose de nombreuses facettes. À la naissance, le nouveau-né et ses parents apprennent à se connaître, c'est « *une rencontre, un rendez-vous* » et durant cette période, en tant que MK, il faut savoir l'aborder et être capable d'accompagner les parents. Il s'agit notamment de « *réussir à voir le potentiel de chaque parent et de chaque enfant* », le MK se doit d'ailleurs de le mettre en lumière. Il s'agit aussi de leur donner confiance. Effectivement, « *ce n'est pas forcément de modeler une parentalité mais que les parents se rendent compte qu'ils sont compétents et qu'ils se fassent confiance* ». Pour cela, un participant explique laisser la place aux parents car il estime que ces derniers constituent les premiers experts du patient, qui s'avère être leur enfant. Pour ce participant, un des leviers consiste en le fait de faire prendre conscience aux parents qu'ils constituent une figure d'attachement pour leur enfant, qu'ils sont capables d'observer de manière fine leur enfant mais aussi d'analyser de façon pertinente certaines situations. Un autre participant considère que le MK, à travers cet accompagnement à la parentalité, a un rôle à jouer dans la « *création de l'attachement des parents* ».

En tant que MK, nous faisons partie des premiers interlocuteurs des jeunes parents après les sage-femmes et pédiatres et de ce fait, les parents ont souvent beaucoup de questions auxquelles il faut être capable d'apporter des éléments de réponses.

L'accompagnement à la parentalité se décline au sein de la pratique des participants selon différentes formes. On retrouve de l'accompagnement autour de : la motricité, la station assise, le portage, le « *handling* » / « *holding* », le changement de couches, le matériel de puériculture ou encore le chaussage. Jugé comme un peu plus éloigné de notre domaine de compétences, on retrouve également le domaine de l'alimentation qui relève d'une source importante d'informations contradictoires qui viennent se heurter et mettre les parents en difficultés.

L'ensemble des participants travaillant en cabinet de groupe et pour certains au contact d'autres professionnels de santé, mentionne le travail en pluridisciplinarité : sage-femmes, pédiatres... Un participant explique, que, lorsqu'il y a des questions de la part des parents, il va chercher la sage-femme afin de faire du lien en les mettant en relation.

L'idée étant d'avoir un **espace afin de pouvoir échanger** tout en essayant pour le MK d'avoir une **écoute attentive, bienveillante, de ne faire preuve d'aucun jugement, de mettre en lumière les « belles » capacités des parents** car c'est **soutenant pour l'attachement** et d'**être capable de réorienter vers un autre professionnel** lorsque cela s'avère nécessaire.

B. *Le Syndrome du Bébé Secoué*

Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) évoque pour les participants le fait qu'un bébé soit malmené par un adulte. Ce « *truc horrible* », ces « *violences* » engendrent d'importantes souffrances au niveau du cerveau du bébé et laissent des séquelles neurologiques. En effet, un participant décrit que le cerveau se « *balade* » dans la cavité crânienne, il effectue des « *allers-retours* » d'« *avant en arrière* » et « *tape* » ainsi contre la boîte crânienne, ce qui serait à l'origine de « *traumatismes crâniens* ».

C'est souvent lié à une phase de désarroi dans laquelle on retrouve un adulte qui ne sait plus comment faire et, la plupart du temps, un bébé qui pleure. Or, « **un bébé qui pleure ce n'est pas parce qu'il fait des caprices** ».

Il s'agirait donc pour l'agresseur d'une perte de contrôle. Cela pourrait également traduire d'un épuisement parental. Un participant mentionne notamment le cas des parentalités solitaires avec des parents qui ne sont généralement pas bien accompagnés. Ce geste, qualifié de « *brutal* » serait parfois commis sans même en avoir conscience.

➤ **État des connaissances et de la formation au sujet du Syndrome du Bébé Secoué**

Les participants sont unanimes, ils n'ont pas découvert le SBS en formation initiale :

« *je ne pense pas en avoir eu en formation initiale* », « *je ne sais même pas si on a eu des infos là-dessus* », « *je n'ai pas le souvenir de l'avoir abordé en formation initiale* », « *cela ne m'a pas marqué si jamais on l'a abordé* », « *pas en formation initiale, ça c'est sûr* », « *pas en formation initiale* ».

Tableau III : Découverte du Syndrome du Bébé Secoué par les participants

Quand ?	Comment ?
Jeune	Entourage
Classe de Troisième (collégien)	Stage d'observation en centre d'éducation motrice
Adolescent	Informations à la télévision par rapport aux recommandations de la HAS
Formation initiale (étudiant)	Stage au CHU de Nantes
Formation continue (professionnel)	Formations « Luciole »

L'un d'entre eux, diplômé depuis 16 ans, explique qu'à son époque, étaient abordés en pédiatrie uniquement la neurologie avec Bobath et Le Métayer ainsi que le Pied Bot Varus Equin (PBVE) mais rien concernant les « *tout-petits* ». L'autre participant, diplômé il y a un an et demi, estime qu'en formation initiale sur la pédiatrie « *c'est un peu nul* » et déclare même « *c'est impressionnant comme on n'est pas du tout formé en fait* ». Un participant reconnaît qu'au sein de la formation initiale, sont abordés « *pleins de champs* » et qu'il est impossible d'aborder toutes les « *spécialités* » mais déplore, néanmoins, le fait de ne pas traiter « *tous les cas graves et importants* » dont le SBS avec, par exemple, un apprentissage sur « *comment palier au SBS* ».

Un autre participant revient sur le fait qu'« *on n'en parle quasiment pas en formation, que ce soit en formation continue ou en formation initiale* » et estime que « *c'est un peu un non-sujet alors que finalement ce sont des choses que l'on rencontre assez souvent* ».

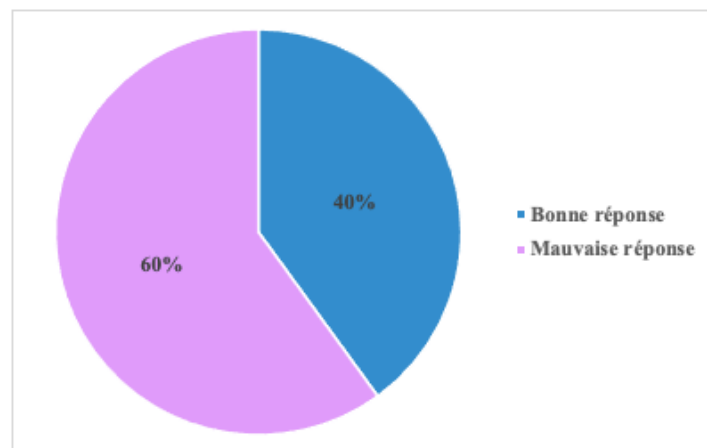
Il déclare que « *notre niveau de formation est assez bas pour ce syndrome-là* ».

De ce fait, une réflexion est portée au sujet de la **formation en pédiatrie reçue en formation initiale jugée insuffisante.**

Néanmoins, trois participants sur les cinq déclarent avoir évoqué le sujet du SBS en formation continue, dans pratiquement toutes les formations qu'ils ont réalisées en pédiatrie notamment dans l'ensemble des formations « Luciole » ou encore dans le Diplôme Universitaire (DU) « Dépistage et prise en charge du nourrisson vulnérable – pluridisciplinarité » ayant lieu à Toulouse.

À l'interrogation des participants sur l'incidence (en chiffres) du SBS en France, ils ont tous la même réaction, cela les laisse perplexes : « *aucune idée* », « *je ne sais pas* », « *je n'ai pas forcément d'idées* ». Ils ont ensuite proposé, non sans une certaine hésitation et incertitude, une réponse.

Figure 11 : Estimation de l'incidence du Syndrome du Bébé Secoué en France par les participants

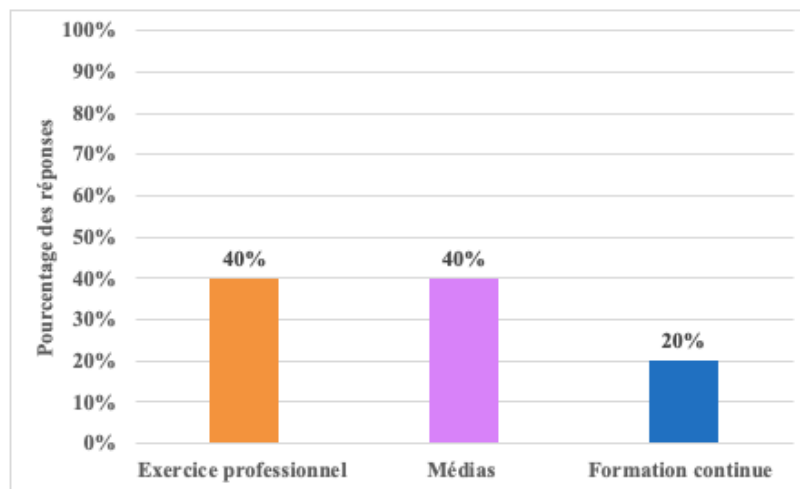


Seuls deux participants avaient la bonne réponse qui était que 400 bébés, en moyenne, seraient victimes de secouement(s) chaque année en France. Pour les autres, on retrouve « *10 pour 1 000* », « *un petit 200 000* », « *1 %* ».

Un participant estime que **l'incidence a certainement dû augmenter notamment à cause du confinement**. Un autre suggère que **l'incidence doit être largement sous-estimée**.

À l'interrogation des participants concernant le dernier cas dont ils ont eu connaissance, en ressortent les réponses suivantes :

Figure 12 : Dernier cas recensé par les participants



Ainsi, nous constatons que pour 40 % d'entre eux, le dernier cas rencontré était dans le cadre de leur exercice professionnel. Cela corrobore donc le fait que le SBS est un acte de maltraitance récurrent et qu'en tant que MKL avec une pratique, aussi infime soit-elle, orientée vers la pédiatrie, nous pouvons être amenés à prendre en soins ces bébés, enfants victimes de secouement(s).

La qualification de leurs connaissances au sujet du SBS par les participants est, dans l'ensemble, plutôt pauvre. En effet, hormis un participant qui juge ses connaissances « correctes », les autres les jugent « faibles », « *je n'ai pas beaucoup de connaissances spécifiques au SBS* », « *je n'en ai pas* ».

Un premier participant estime avoir des connaissances concernant le SBS ou plus précisément sur ses répercussions, néanmoins il ne prétend pas tout connaître et déclare qu'on a toujours à apprendre. Un second, déclarant ne pas avoir de connaissances, révèle qu'il sait que ce syndrome existe, qu'il sait comment il survient mais qu'il n'est pas certain de réussir à détecter un bébé victime de secouements. En effet, il n'est pas sûr d'être capable de repérer les signes témoignant d'un Traumatisme Crânien (TC) chez un bébé. Un troisième précise que ce n'est pas sa plus grande activité mais qu'il pourrait être amené à en prendre en soins donc il faudrait qu'il se forme un peu plus et pour cela qu'il effectue quelques recherches. Un autre participant précise que cela rentre dans la paralysie cérébrale et que, pour le coup, c'est un sujet qu'il

maîtrise plutôt bien. Il justifie son manque de connaissances au sujet du SBS notamment par le fait que les lésions, au niveau occipital et frontal, sont généralement associées à des atteintes appelées « *troubles associés* » relevant davantage de « *difficultés cognitives et relationnelles* ». Or, il estime qu'en tant que MK, nous sommes formés sur l'aspect moteur mais beaucoup moins sur les troubles associés.

C. La prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué

➤ Prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué envisagée et / ou réalisée

Les participants envisagent la prévention primaire du SBS par les MKL de différentes manières. 40 % d'entre eux déclarent que c'est un sujet « *délicat* », « *pas facile* » à aborder avec les parents, « *difficile à déposer* ». L'un d'entre eux révèle qu'il lui semble plus facile d'aborder la « *mort subite du nourrisson* » car cela ne sous-entend en aucun cas une forme de négligence de la part des parents contrairement au SBS. Il ajoute qu'il trouve difficile d'aborder le sujet du SBS avec des « *parents qui n'y ont même pas encore pensé* ». Un autre participant déclare que « *ça dépend pourquoi il vient* » (l'enfant). Un participant estime, quant à lui, « *adapter en fonction du comportement du parent en séance* » notamment sur le port de l'enfant car c'est, selon lui, le biais qui le concerne et le sujet avec lequel il se sent le plus à même de faire de la prévention même s'il ne s'imagine pas « *faire un exposé aux parents à la première séance* ». Cette prévention primaire s'effectuerait par le biais de la relation thérapeutique entretenue à la fois avec l'enfant et ses parents. Elle reposerait sur l'échange avec les parents incluant la discussion et l'écoute. Il s'agirait de savoir entendre les « *cris d'alarme* » et identifier les difficultés rencontrées par les parents (sommeil, alimentation) mais aussi les enfants « *difficiles* ». En découlerait le fait de soutenir les parents dans l'« *apaisement du bébé* » (par exemple dans le cadre d'un Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) selon un participant). Un participant explique « *beaucoup* » parler des « *difficultés de la parentalité* » dès les premiers rendez-vous, lors de séances afin que les parents comprennent qu'ils sont dans une « *safe place* », un lieu sûr et que s'ils rencontrent un problème, ils peuvent en parler librement. Il essaye de faire en sorte de « *déculpabiliser* » les parents et notamment les mamans afin qu'elles puissent « *déposer leurs souffrances et leurs phobies d'impulsion* » qui sont d'ailleurs très fréquemment présentes.

Les **phobies d'impulsion** sont le « *fait d'imaginer faire du mal à son enfant, le secouer, le jeter par la fenêtre...* », cela correspond à « **une peur de le faire et non un passage à l'acte** », ce sont donc « *des phobies, des peurs donc finalement quelque chose de sain lié au fait de devenir responsable d'un être vivant / humain* ».

Ce participant ainsi qu'un autre ayant fait référence aux phobies d'impulsion sans les nommer de la sorte, ils sont d'accord sur le fait d'expliquer aux parents à quoi elles correspondent uniquement si le sujet a été abordé par les parents en premier lieu. Un participant préconise pour les MK de conseiller les parents, de trouver des solutions et de leur montrer qu'« *on les entend* », qu'« *on les comprend* », que « *ce n'est pas que dans leur tête* » et que ce ne sont pas eux « *les responsables* ». Il suggère de rappeler aux parents qu'ils ont le droit d'« *en avoir marre* », de « *ne plus en pouvoir* », de « *craquer* » et qu'il faut aussi savoir prendre du recul, par exemple poser le bébé et s'en aller car il n'y a aucun intérêt à le garder dans les bras s'il hurle et que nous sommes dépassés. Dans ce cas-là, il faut être en mesure de demander de l'aide. Un participant révèle porter d'avantage attention aux parents et notamment aux mamans afin de « *vérifier* » qu'elles ne soient pas « *borderline* », « *au bord de la dépression post-partum* ». Il précise que, lorsqu'il voit que cela ne va pas, il « *en parle avec elles* », il leur « *propose d'appeler la périnatalité* » (qui va leur proposer de rencontrer des psychologues rapidement), d'« *appeler la PMI* » (Protection Maternelle et Infantile) (pour mettre en place une aide à domicile avec des puéricultrices qui passent) ou encore d'« *appeler la sage-femme* ». Il mentionne également des « *affiches de prévention* » présentes dans son cabinet.

Un participant stipule qu'en tant que MK, « *on accompagne vers la libération de la parole des parents* » et précise qu'il s'agit vraiment de « **donner de l'information à hauteur de ce dont ils ont besoin** ».

Il indique beaucoup travailler avec des psychologues, des psychomotriciens mais aussi préconiser des numéros d'urgence afin de soutenir les parents s'ils rencontrent des difficultés. Un participant suggère, en tant que MKL, de « *remettre une couche* » au sujet du SBS même si cela doit déjà être effectué par les pédiatres notamment. Il estime qu'« *il faut arriver à faire travailler tout le monde* » et que c'est « *ensemble que l'on doit faire de cette prévention quelque chose d'efficace* ». Cela passerait notamment par rappeler aux parents que cela « *existe* » et que cela « *peut arriver à n'importe qui* ».

La nécessité d'une prévention primaire en systématique par les MKL pose question aux participants comme en témoigne cette réponse « *je ne sais pas* ». Un premier participant déclare trouver cela difficile en pratique donc d'autant plus difficile en systématique. Il propose cependant une « *consultation systématique* » pour les « *nouveau-nés* » de « *15 jours à 1 mois de vie* » afin de mettre en place notamment le « *portage* », d'« *étayer la relation parents - enfant* », de porter attention à « *tout ce qui est troubles digestifs* » car « *on ne peut pas construire une homéostasie tranquille quand ça ne va pas dedans* ». Il estime que cela constituerait déjà de la PP du SBS mais pas que, de la « *plagiocéphalie* » et « *beaucoup de choses* » également. De plus, cela permettrait d'accompagner des parents « *inquiets* » et d'identifier « *d'autres choses* ». Il pense que, désormais, avec l'allongement du congé paternité, le risque du SBS est diminué. Un deuxième participant propose d'exposer des « *panneaux d'informations* », des « *photos* », de la « *documentation* » dans les cabinets et affirme qu'« *on pourrait très bien avoir des affiches sur le SBS* ». Selon lui, il ne faudrait « *peut-être pas l'appeler comme ça* » mais cela constituerait le meilleur moyen de toucher les parents, du moins ceux qui lisent et s'informent. En effet, cela pourrait être « *mal interprété* » d'en discuter lors des premières séances, « *on pourrait nous dire qu'on se mêle de trucs qui ne nous regardent pas* ». Un troisième participant suggère que c'est plus en lien avec la « *santé mentale* » des parents en incluant les « *papas* ». Selon lui, il faudrait faire un « *gros zoom* » sur la santé mentale des papas car il y a « *autant de dépressions post-partum chez le papa que chez la maman* » et cela n'est « *pas du tout pris en compte* ». Il souligne ainsi l'importance d'inclure dans notre bilan et notre première anamnèse la « *santé mentale des parents* » en posant une question sur le « *bien-être psychique des parents* », élément qu'il mesure systématiquement, car cela pourrait mettre en exergue le « *risque de dépression* », le « *risque suicidaire* » mais aussi le « *risque de SBS* ». Les deux derniers participants estiment que cette prévention est « *indispensable* » et « *super importante* ». Selon eux, il s'agirait de l'effectuer soit en « *préparation à la naissance, à la maternité ou par le médecin* » avec « *des nourrissons, des bébés de un à deux mois* ». Il leur semble primordial que chaque parent « *entende parler au moins une fois* » de ce syndrome, qu'ils sachent que cela « *existe* » et que « *cela n'arrive pas qu'aux autres* » ainsi que de rappeler que ce n'est « *pas un acte volontaire* » et que tout parent peut arriver, à un moment donné, à « *saturation* ». Pour cela, ils suggèrent aux MK de dialoguer avec les parents, de les « *décomplexer* », « *déculpabiliser* » afin qu'ils n'hésitent pas à demander de l'aide lorsqu'ils en ressentent le besoin.

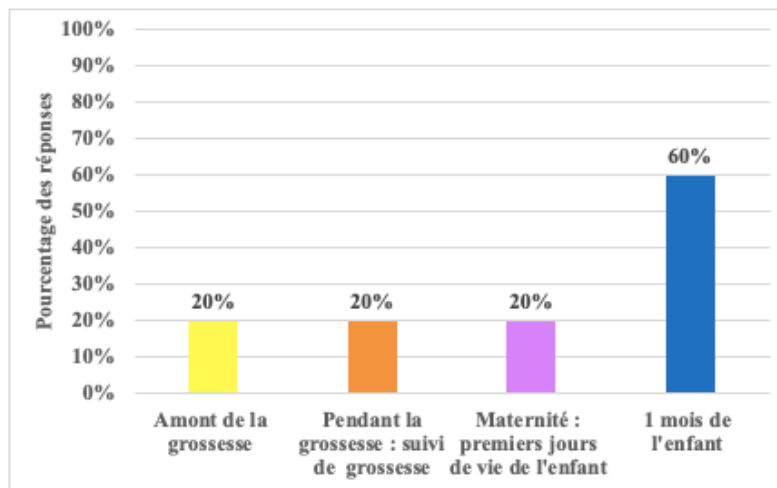
Au sujet du rôle attribué aux MKL dans la Prévention Primaire (PP), les participants sont partagés. Effectivement, en tant que MK, nous avons une place « *privilegiée* » par rapport à « *un certain nombre de domaines* ». De plus, nous passons du « *temps avec les enfants* », de « *une à trois fois par semaine* », ce qui nous offre la possibilité d'échanger, d'aborder de « *nombreux sujets de manière approfondie* » et ainsi de « *glisser des messages de prévention* » contrairement à d'autres professions telles que les « *médecins* » qui voient les enfants de manière « *plus ponctuelle* », sur des temps « *plus courts* » pendant lesquels ils n'ont pas le temps de revenir sur toutes les questions des parents. Cependant, comme le relève un participant, nous avons un « *gros rôle à jouer* » dans la prévention qui n'est « *pas du tout développé* » ni même « *reconnu* » car « *on ne nous prend pas assez au sérieux* ». Selon lui, « *il faut que ça change* » et il espère que ce sera le cas dans le futur, d'autant plus que nous sommes « *bien formés* » à ce sujet. Ces propos sont repris par un autre participant qui ajoute que nous pourrions avoir une « *belle place* » dans la PP de « *pleins de choses* » mais que la prévention demeure « *très peu mise en place dans notre système de santé global* » en dehors du « *sport santé* ». Il propose pour la pédiatrie des séances de prévention et d'accompagnements à la parentalité reposant notamment sur l'accompagnement de la motricité, « *comment stimuler un bébé* », « *comment soutenir un bébé dans son développement* ». Selon un participant, en termes de santé publique pour la pédiatrie, notre rôle de prévention repose sur la communication de tout ce que l'on peut retrouver autour du nourrisson, à commencer par le couchage, la vaccination, la motricité globale (afin de prévenir les Troubles du NeuroDéveloppement (TND) notamment), l'alimentation (notamment le diabète en abordant l'appétence au sucre), la puériculture...

Un participant évoque le cas des orthophonistes, qui ont, depuis peu, une cotation de séances sur l'accompagnement à la diversification alimentaire qui constitue de la PP. Il suggère de faire la même chose chez les MK mais déplore que « *ce n'est pas du tout présent dans notre culture* ». Un autre participant insiste sur le fait que nous ne possédons pas d'actes de prévention et que « *c'est bien dommage* » car nous pourrions faire « *tellement de choses* ».

<p>Un participant estime qu'en tant que MK, nous disposons d'un champ de compétences dont on « <i>ne peut pas complètement sortir</i> » mais qui nous offre néanmoins une certaine « <i>liberté</i> ».</p>

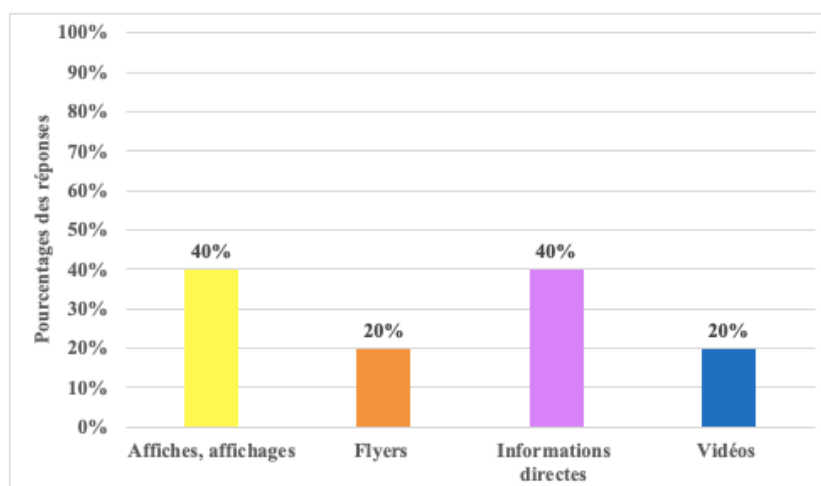
Les participants sont quasiment tous d'accord, à 80 % pour dire que le moment opportun afin de réaliser la prévention primaire du SBS n'est pas à la maternité. En effet, « on vous balance tellement d'infos que je ne suis pas sûre que vous les entendiez », « les parents reçoivent déjà tellement d'informations que c'est le bazar complet », « ce n'est pas à la maternité, quand les parents apprennent à changer la couche, à faire la douche, à donner le biberon, qu'ils ont la tête à ça ».

Figure 13 : Moment opportun selon les participants afin de réaliser la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué



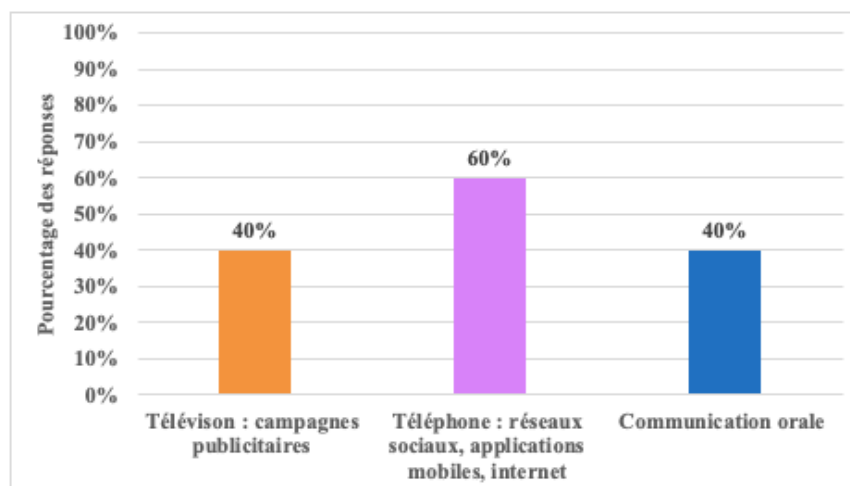
De plus, les participants semblent s'accorder au sujet des outils de prévention qu'ils connaissent ou qu'ils pourraient imaginer mettre en place.

Figure 14 : Outils de prévention



Ainsi, on retrouve les affiches, affichages et flyers pour 40 % des participants tandis que 40 % des autres participants s'en méfient cependant car ils supposent que les parents « *les voient mais ne les lisent pas* ». 40 % des participants estiment que « *le meilleur moyen reste l'information directe en consultation* », la « *communication orale* ». Un participant présente le travail réalisé par une « *unité mère - bébé* » au sein d'un « *HP* » (Hôpital Psychiatrique) qui met en place des « *groupes de paroles de papas* ». Il explique ainsi, qu'il souhaiterait mettre en place des « *groupes de paroles de parents* ». Un participant partage son retour d'expérience concernant des vidéos, à destination des parents, réalisées et diffusées durant la période de pandémie mondiale de Covid-19. Ces vidéos ne portaient pas uniquement sur de la prévention, elles contenaient également des conseils relatifs au portage, des exercices... Il indique s'en être servi « *longtemps* », « *même après le Covid* ». Cela lui permettait d'avoir un « *double effet* » puisqu'il disait certaines choses en séance au parent présent qui pouvait ensuite montrer les vidéos à son conjoint.

Figure 15 : Moyens de diffusion



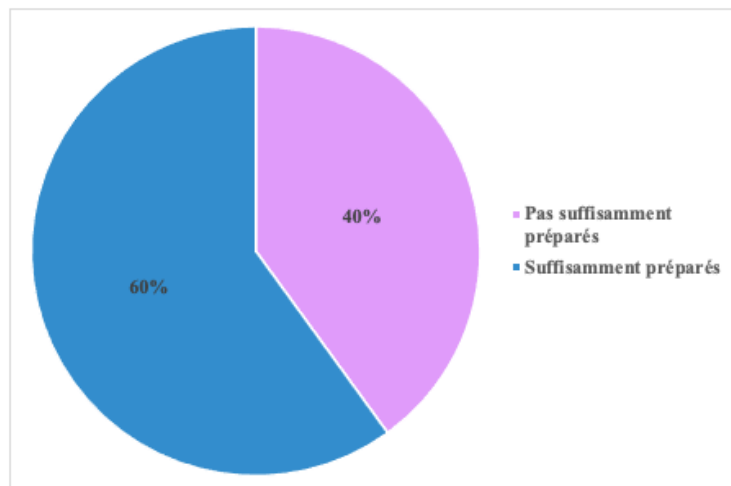
40 % des participants évoquent la télévision comme moyen de diffusion même si 20 % estiment qu'« *on en parle un peu plus* ». Un participant suggère « *un bon message* » lors des « *campagnes publicitaires* » du soir. Le « *biais de communication* » partagé par 60 % des participants est le téléphone et, par extension, les réseaux sociaux, les applications mobiles ainsi qu'internet : « *les parents sont beaucoup sur leur téléphone* », « *les femmes enceintes ont de nombreuses applications* », « *les parents vont tous sur internet* », « *c'est ce qui marque le plus* ».

Selon les participants, les outils de prévention au sujet du SBS devraient contenir des « chiffres », les « conséquences » (séquelles et troubles à la fois neurologiques mais aussi comportementaux) car cela permettrait de « bien alerter » et il s'avère que « les messages dont on se souvient vraiment, ce sont les trucs chocs ». Globalement, les participants suggèrent qu' « il faudrait en parler un peu plus librement » tout en déculpabilisant les parents.

Selon eux, le SBS est « *quelque chose qui est évitable* » dans le sens où c'est « *quelque chose qui est provoqué* ». Ils estiment donc que « *si on s'y prend bien* », « *on pourrait largement diminuer* », sous-entendu l'incidence.

➤ **Freins et limites rencontrés**

Figure 16 : Niveau de préparation pour intervenir dans le cadre de la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué



Les avis des participants sont mitigés quant à leur niveau de préparation pour intervenir dans le cadre de la prévention primaire du SBS. 60 % des participants estiment être suffisamment préparés à intervenir. Un premier déclare « *oui, par ma vie de parent mais pas tellement par ma formation professionnelle* », un second suggère « *il faudrait que je relise des articles mais oui, je pense que ça pourrait le faire* », enfin un troisième indique « *je pense mais je pourrai toujours m'améliorer* ». 40 % des participants estiment ne pas être suffisamment préparés à intervenir. Un premier dit simplement « *moi non* ». Un second affirme « *non, je n'ai pas assez de connaissances* ».

Les freins rencontrés par les participants pour effectuer cette prévention primaire sont bel et bien présents mais surtout divers et variés. Un premier participant évoque le cas des parents qui « *ne rentrent pas du tout dans la relation thérapeutique* » et qui sont « *totale­ment hermétiques* ». Dans ce cas-là, cela s'avère « *très compliqué* » car ils « *ne savent pas pourquoi ils sont là* » donc, soit ils sont perdus de vue, soit ils n'écoutent pas et n'entendent pas dans un premier temps. Un second participant explique également avoir peur que les parents « *le prennent mal* » et qu'ils « *ne reviennent pas au cabinet* » car cela aurait altéré ou détruit la « *relation thérapeutique* ». Selon lui et à son grand regret, si les parents amènent leur enfant au cabinet « *ce n'est pas pour de la prévention mais pour du soin* ». Un troisième participant mentionne également le « *temps* » comme frein puisque cela « *prend du temps pour que les parents se confient* ». Il fait également part de « *raisons différentes* » liées aux milieux socio-économiques différents dans lesquels il intervient conjointement. Pour les participants restants, « *être parent c'est un peu effrayant* » car « *on a toujours peur qu'il arrive un truc à notre enfant* ». À cela s'ajoute le fait que « *la culpabilité arrive avec le cordon ombilical* ». Pour le premier professionnel, lorsqu'il voit des bébés en soins sachant qu'ils sont déjà là pour une raison, l'idée n'est pas forcément de faire prendre conscience aux parents qu'il peut arriver énormément de choses à leur bébé mais plutôt de conserver une part d'« *innocence* », de « *naïveté* » qui lui semble importante. Il ajoute ne pas vouloir « *rajouter de l'inquiétude inutile* » et que, s'il a l'impression que la relation parents - enfant est présente et saine et qu'il y a peu de risques d'avoir un « *gros dérapage* » alors il n'évoque pas le sujet du SBS. Pour le second professionnel, les parents et particulièrement les mamans « *ont tout le temps l'impression de mal faire* » et sont « *tout le temps en train de culpabiliser* ». Il aurait ainsi l'impression que d'évoquer le sujet du SBS contribuerait à « *leur rajouter quelque chose d'hyper angoissant* ». Il déplore la solitude ainsi que le manque d'aides et d'informations auxquels les parents doivent parfois faire face.

Afin de remédier aux difficultés rencontrées, les participants ont suggéré plusieurs propositions en lien avec les freins évoqués précédemment (**voir Tableau IV**).

Tableau IV : Freins rencontrés et remédiations proposées par les participants

Freins rencontrés	Remédiations proposées
Parents	Le participant a « <i>essayé de les faire venir tous les deux</i> » puis de parvenir à ses fins grâce à la « <i>parole</i> », en illustrant ses propos avec des « <i>exemples</i> » concrets afin de leur prendre conscience de l'importance de faire telle ou telle chose pour telle ou telle raison. Après avoir échoué de cette manière, il a estimé qu'il fallait « <i>taper du poing sur la table</i> » tout en restant « <i>cordiale</i> » afin de ne pas les perdre. Il leur a ainsi dit que s'ils ne voulaient pas adopter les éléments proposés et mit en place alors ce qu'il faisait en séance ne servait à rien et qu'il n'y avait aucun intérêt pour l'enfant de revenir. C'est de cette manière que la situation s'est arrangée.
Parents	X
Temps	X
Variables selon le milieu socio-économique	X
Peur d'inquiéter les parents	Le participant veut mettre en place de la « <i>prévention ciblée</i> ».
Peur de faire culpabiliser les parents	Le participant déclare qu'il faudrait qu'il « <i>s'oblige</i> » à le faire mais qu'il ne sait pas s'il en serait capable.

Les participants ne manquent pas de propositions concernant des nouvelles modalités de PP ou encore d'idées d'outils à mettre en place :

- Des informations, affiches et affichages dans les cabinets, en salle d'attente ;
- Des « *vidéos* » qui sont « *un super outil* » ;
- Un « *bon spot publicitaire* » qui soit « *un petit peu marquant* » et qui serait diffusé sur les « *réseaux sociaux* » et la « *télévision* ». Un participant estime qu'« *actuellement les informations, les gens les trouvent quand ils les cherchent* ». Selon lui, les parents ont « *énormément de choses qui viennent à eux* » et ils voient « *plus de pubs pour les transats que d'informations vraiment utiles* ». Ainsi, il suggère d'« *aller plus vers eux* » avec des « *choses qui parlent aux générations actuelles de jeunes parents* » dans le but de leur « *faire prendre conscience que déjà ça existe et surtout que ça peut arriver à tout le monde et pas qu'aux autres* » ;
- Un site internet ;

- Un compte « *Instagram® pluriprofessionnel, pédiatrique, national* » car un participant considère que venant d' « *une seule personne ça aurait moins de sens* » alors qu' « *on a tous des pratiques différentes même si on se retrouve dans le fond* ». Selon lui, « *on a tous des sensibilités différentes et on pourrait amener les expertises de chacun* ». Il s'agirait d' « *un genre de 1000 premiers jours de l'enfant, de sa motricité et de sa prévention* » car « *on a un gros rôle de dépistage et de conseils pour les parents* » ;
- Des « *ateliers globaux* » qui consisteraient à « *refaire le point* » sur l'alimentation, le portage, la gestion des pleurs du bébé en incluant toute une partie sur comment soulager son bébé et par quel moyen. Il suggère que cela soit « *remboursé* » afin de toucher « *toute la population* », auquel cas, seules les personnes qui « *ont les moyens* » et qui « *s'intéressent à tout ça* » pourraient y participer, ce qui ne serait « *pas efficace* » ;
- Une « *formation de 2 - 3 h* » qui pourrait être réalisée auprès de personnes « *que ça intéresse* » et qui « *veulent en savoir plus sur la chose* » ;
- Une « *formation auprès de tous les professionnels qui accueillent des enfants dans les deux premières années de vie* ».

« Il faudrait essayer de trouver quelque chose qui ne fasse pas déplacer et qui soit assez simple d'utilisation ».

2. Vérification des hypothèses de recherche

Ainsi, notre **première hypothèse de recherche**, selon laquelle *le masseur-kinésithérapeute libéral, par l'intermédiaire de sa place au sein de la triade relationnelle s'avère être un acteur de choix dans la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué* est **validée**. En effet, la triade relationnelle reposant sur la notion de partenariat entre le thérapeute, l'enfant et les parents concède au masseur-kinésithérapeute un rôle dans l'accompagnement à la parentalité. Cette proximité offre au masseur-kinésithérapeute une place privilégiée dans la prévention et notamment la prévention primaire du SBS qui représente un enjeu majeur de notre système de santé publique.

Notre **seconde hypothèse de recherche**, selon laquelle *le masseur-kinésithérapeute libéral, bien que conscient de son rôle dans la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué, se heurte à la complexité de cette dernière ainsi que de sa mise en place et délaisse cet aspect de sa pratique* n'est que **partiellement validée**. En effet, le MK a bel et bien intégré son rôle majeur dans la prévention primaire du SBS permis par la liberté du champ de compétences relatif à la profession malgré l'absence de cotation(s) d'acte(s) allant en ce sens. Néanmoins, un certain nombre de freins et de limites relatifs aux parents, notamment, viennent complexifier la mise en place d'une prévention primaire du SBS et dissuade certains MK de la dispenser.

Enfin, notre **dernière hypothèse de recherche**, selon laquelle *le masseur-kinésithérapeute libéral, par manque de connaissances au sujet du Syndrome du Bébé Secoué et / ou par sentiment d'illégitimité à réaliser une prévention primaire à ce sujet, renonce à la prodiguer* n'est **pas validée**. En effet, bien que le manque d'informations au sujet du SBS en formation initiale ait été mis en évidence questionnant plus largement les enseignements reçus en pédiatrie dans les IFMK et que les MK jugent leurs connaissances plutôt pauvres au sujet du SBS, ils sont majoritaires à s'estimer suffisamment préparés à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du SBS et ne font part d'aucun sentiment d'illégitimité. Cependant, certains MK renoncent en effet à prodiguer cette prévention primaire du SBS mais pour d'autres raisons.

VI. Discussion

1. Apports de l'étude

A. Le Syndrome du Bébé Secoué : un sujet tabou ? Remise en question de la santé mentale au sein de la parentalité

En France, bien que le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) soit de plus en plus abordé dans le parcours des parents, il n'en demeure pas moins que certaines réticences persistent comme en témoignent les entretiens réalisés auprès des cinq participants. En effet, le SBS constitue un sujet « délicat », « pas facile » à aborder avec les parents, « difficile à déposer » dont on ne parle pas ou très peu de manière explicite car il revêt un caractère tabou. Effectivement, cela suggère que les parents peuvent être amenés à défaillir et en venir à faire du mal à leur bébé, ce qui relève de la maltraitance, acte inenvisageable pour tout parent (Koné, 2021).

Les « 1 000 premiers jours » (entendus au sens strict, à savoir de la période périconceptionnelle aux deux ans de l'enfant) représentent une période cruciale pour la santé psychique du bébé et de ses parents (Dugnat & Poinso, 2019). De ce fait, nous sommes amenées à nous questionner plus largement sur la problématique de la psychiatrie périnatale. La **psychiatrie périnatale** « s'est forgée autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post-partum ». De nos jours, tout en restant fidèle à cette définition, cette notion s'est inscrite dans une perspective de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Mazet et al., 1998). Cet élément s'avère être très en lien avec de potentiels craquages de parents et qui traduit, entre autres, un manque de communications et d'informations à ce sujet. Effectivement, le fait de devenir parent et de s'inscrire dans la parentalité n'est pas anodin, cela peut engendrer de grandes difficultés et sous-tendre des décompensations psychiatriques.

La **parentalité** est « un processus qui définit le lien entre un parent et son enfant » et qui implique que « le parent a la charge du soin, du développement et de l'éducation de l'enfant » (Bruni, 2016). Si l'on entend davantage parler de parentalité, comme d'un sujet devenu digne d'intérêt, c'est parce qu'on accorde désormais une importance toute particulière au bien-être de l'enfant et qu'on considère que les parents jouent un rôle déterminant dans son développement

ainsi que sa santé mentale. De ce fait, la parentalité est reconnue comme un « métier » à la fois complexe et stressant (Roskam & Mikolajczak, 2017). En effet, l'accès à la parentalité représente une situation que l'on pourrait qualifier de « traumatisme ordinaire ». Le fait de devenir parent engendre une désorganisation à laquelle succède une néo-organisation psychique (Ciccone, 2014).

Tous les professionnels qui interviennent en anténatal ou dans la petite enfance doivent se saisir de ce qui se joue durant la grossesse et après la naissance (Thollon-Behar, 2008). Ainsi, il est nécessaire de s'intéresser à la santé mentale des mamans mais aussi des papas afin de prévenir et / ou dépister un « *burn-out* » parental, une dépression post-partum, un « *baby-blues* » etc. et de leur apporter un soutien moral.

Le « ***burn-out*** » parental est « *caractérisé par la combinaison entre un épuisement physique et émotionnel dans son rôle de parent, une distanciation affective par rapport à l'enfant, la saturation vis-à-vis du rôle parental avec perte de plaisir, et le contraste entre le parent qu'on a été ou qu'on a voulu être, et le parent que l'on est* » (Nunes Tuna, 2017).

La **dépression post-partum** « *n'est pas distinguée de la dépression, il s'agit simplement d'une spécification qui vient s'ajouter au diagnostic de « trouble dépressif majeur* » ». Elle présente néanmoins une grande particularité : elle apparaît chez de jeunes mamans à la suite de la naissance d'un enfant, qu'il s'agisse du premier ou non. Mais également certaines spécificités : elle survient généralement au cours des quatre semaines suivant l'accouchement et dure pendant les neuf premiers mois voire persiste même au-delà de la première année de vie de l'enfant. À l'inverse de la dépression qui peut persister pendant plusieurs années, il n'y aurait pas de chronicité dans la dépression post-partum (Nunes Tuna, 2017).

Le « ***baby blues*** » est « *une période transitoire caractérisée par de la tristesse, des pleurs et une grande irritabilité, qui débute chez la mère quelques jours après l'accouchement* ». Bien que ces signes soient aussi caractéristiques de la dépression post-partum, une distinction doit être faite entre ces deux troubles : le « *baby-blues* » est une phase beaucoup plus brève que la dépression post-partum puisqu'il ne dure en moyenne que 10 jours (Nunes Tuna, 2017).

Selon les données actuelles, le « *baby blues* » concernerait 50 % à 80 % des femmes qui accouchent et 10 % à 20 % des mères seraient touchées par une dépression post-partum dans

les semaines suivant l'accouchement (L'Assurance Maladie, 2022). De plus, on estime que la dépression post-partum touche également jusqu'à 25 % des hommes. Malgré une prévalence aussi élevée, la plupart des études sur la dépression post-partum se focalisent sur les mères (Koch et al., 2019).

En ce sens, un entretien postnatal est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022 afin de mieux accompagner les jeunes mamans. Cet entretien précoce est à effectuer entre la quatrième et la huitième semaine suivant l'accouchement par un médecin ou une sage-femme. L'objectif de ce dernier est : de repérer les premiers signes de dépression post-partum, d'identifier d'éventuels facteurs de risques qui exposent les parents à cette dépression et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Le professionnel de santé sollicité peut également proposer un second entretien entre la dixième et la quatorzième semaine suivant l'accouchement afin de poursuivre l'accompagnement s'il le juge nécessaire ou si le ou les parents en font la demande (L'Assurance Maladie, 2022).

Ainsi, en tant que Masseur-Kinésithérapeute (MK), il semble primordial d'inclure systématiquement dans notre bilan et notre première anamnèse le sujet de la santé mentale des parents en posant notamment une question sur le bien-être psychique des parents car cela pourrait mettre en exergue le risque de dépression, le risque suicidaire mais aussi le risque de SBS.

Dans cette perspective, l'Indice de Stress Parental (ISP) ou « *Parenting Stress Index* », traduit en français et validé par les recherches de Lacharité, Éthier et Piché (1992) et de Bigras et Lafrenière (1996), constitue un outil que nous avons à notre disposition et dont l'inclusion et l'utilisation lors de notre bilan serait pertinente et simple dans les cas où la question sur la santé mentale suggère qu'il y a une altération de celle-ci ou que nous estimons qu'y avoir recours est nécessaire. Tout en sachant que nous ne sommes pas habilités à aller plus loin et qu'il s'agira ensuite de rediriger les parents vers des professionnels de santé formés et compétents. Cet instrument de mesure est utilisé dans le but de déceler, chez les dyades parent - enfant, des difficultés suffisamment importantes qu'elles pourraient requérir une intervention psychosociale. Le stress parental est « *un état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant, soit le stress du parent au moment où il élève son enfant* ». Le questionnaire comporte 101 items qui se répartissent en deux catégories de « stressseurs » :

ceux associés au domaine de l'enfant et ceux associés au domaine du parent. Les réponses sont obtenues sur une échelle de type Likert en cinq points qui représente le niveau d'accord ou de désaccord du parent à chaque proposition. La réalisation du questionnaire peut durer entre 20 et 30 minutes mais une forme brève composée de 36 questions dérivées de la forme longue est également disponible. Les personnes ciblées sont les parents d'enfants âgés de 0 à 10 ans et une attention particulière est portée aux familles ayant des enfants âgés de zéro à six ans car cette période, en plus d'être cruciale pour le développement de l'enfant, est également considérée comme étant à niveaux élevés de stress et d'exigence. Les résultats s'articulent autour de trois sous-échelles : détresse parentale, dysfonction dans l'interaction parent - enfant et difficultés chez l'enfant, en plus de fournir un score total pour le stress que génère la relation parent - enfant (Lacharité et al., 1992).

Une autre piste envisageable reposerait sur le fait d'utiliser l'application mobile des « 1 000 premiers jours » en se rendant dans l'onglet « Évaluations » afin de réaliser l'auto-évaluation intitulée « Dépression post partum, en parler c'est se soigner ! ». Ce questionnaire est utilisé par les professionnels de santé mais peut également être adopté par les parents. Depuis son lancement en juillet 2021, ce ne sont pas moins de 77 817 parents qui ont complété ce questionnaire sur leur état émotionnel, ayant ainsi permis d'accompagner et d'orienter 41 personnes par mois vers des professionnels de santé formés.

De plus, il ressort des résultats des entretiens que la parentalité et le fait de devenir ou d'être parent peut s'avérer effrayant car on s'inquiète sans cesse pour notre enfant. À cela s'ajoute le fait que « *la culpabilité arrive avec le cordon ombilical* ». De ce fait, certains professionnels, estimant que l'enfant est déjà suivi pour une raison, ont à cœur de ne pas faire prendre conscience aux parents de la quantité de choses qui pourrait arriver à leur bébé mais plutôt de conserver une part d'innocence et de naïveté dans l'optique de ne pas ajouter de l'inquiétude inutile. Il leur semble difficile d'aborder le sujet du SBS avec des parents qui n'y ont même pas encore pensé. D'autres professionnels, estimant que les parents ont tout le temps l'impression de mal faire et sont tout le temps en train de culpabiliser, ne souhaitent pas évoquer le sujet du SBS qui contribuerait à ajouter de l'angoisse aux parents. Cela soulève, encore une fois, le manque d'informations et d'aides auxquels les parents peuvent faire face notamment lorsqu'ils éprouvent des difficultés.

Une attention particulière doit être portée aux enfants possédant des Troubles du NeuroDéveloppement (TND) et particulièrement ceux à risque de Trouble du Spectre Autistique (TSA) car ce sont des enfants qui disposent de modes relationnels particuliers et qui, de ce fait, mettent plus rapidement à bout leurs parents et sont donc davantage exposés au risque de secouement(s). Il s'agit donc de repérer ces enfants qui présentent des difficultés dès la naissance et de prendre du temps notamment pour écouter les parents.

B. Le Syndrome du Bébé Secoué en formation initiale : un non-sujet ? Remise en question de la formation globale en pédiatrie en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

Comme le révèlent les entretiens réalisés auprès des cinq participants, le SBS n'est pas un sujet abordé en formation initiale : « *je ne pense pas en avoir eu en formation initiale* », « *je ne sais même pas si on a eu des infos là-dessus* », « *je n'ai pas le souvenir de l'avoir abordé en formation initiale* », « *cela ne m'a pas marqué si jamais on l'a abordé* », « *pas en formation initiale, ça c'est sûr* », « *pas en formation initiale* ». De ce fait, les connaissances acquises au sujet du SBS se basent sur la vie ou les recherches personnelles, les expériences professionnelles ainsi que la formation continue mais demeurent, dans l'ensemble, plutôt pauvres. Il s'agirait presque d'un non-sujet alors que c'est un sujet d'actualité que nous sommes amenés à rencontrer au cours de notre exercice professionnel puisqu'il traduit un acte récurrent dont les enfants portent les séquelles à vie.

Une réflexion est portée au sujet de la formation en pédiatrie reçue en formation initiale jugée insuffisante. Le référentiel de formation relatif au Diplôme d'Etat (DE) de MK datant de 2015 impose un certain nombre de modalités dont des éléments de contenu mais confère néanmoins une certaine liberté dans la dispense des différents enseignements. Ainsi, tous les champs sont abordés en formation initiale mais les interventions spécifiques, quant à elles, sont dépendantes de l'intérêt porté par les cadres formateurs sur le sujet ainsi que la présence et la disponibilité d'intervenant(s) légitime(s) et compétent(s) et qui peuvent ainsi être abordés partiellement.

Pourtant, selon le référentiel de formation et plus particulièrement l'Unité d'Enseignement (UE) 18 « Physiologie, sémiologie et physiopathologie spécifiques », ayant comme premier objectif « Pédiatrie » ainsi que l'UE 23 « Interventions spécifiques en kinésithérapie », ayant

comme premier objectif « Interventions en pédiatrie » avec comme recommandation « Éducation des parents ou des aidants », il s'agirait donc d'intégrer des notions d'accompagnement à la parentalité à notre formation initiale afin d'être capable d'y prendre part (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2015). En ce sens, le Bulletin Officiel (BO) – Protection sociale – Solidarité du 15 septembre 2015, ouvre donc la possibilité aux étudiants en masso-kinésithérapie de se former sur les différentes dimensions de la maltraitance infantile (MI) et, en particulier, la prévention. Ainsi, il semblerait pertinent et judicieux d'intégrer des enseignements en lien avec la violence et la MI en abordant notamment le sujet du SBS. Il s'agirait d'expliquer ce que c'est, en quoi cela consiste, d'aborder l'épidémiologie, l'étiologie, la physiopathologie ainsi que d'évoquer le pronostic, les complications, les séquelles et troubles associés mais aussi le rôle du MK dans la prise en soins de l'enfant victime du SBS et dans la prévention de ce dernier (relation thérapeutique induite par le soin, triade relationnelle, communication alternative, etc.).

Actuellement, nous sommes, plus ou moins, formés sur les fonctions cardio-respiratoires, les troubles orthopédiques du nourrisson ainsi que la neurologie et plus précisément la paralysie cérébrale (pathologie que nous retrouvons chez les enfants victimes de secouements) mais cela en reste là. Nous sommes formés sur l'aspect moteur mais beaucoup moins sur les troubles associés tels que les troubles des fonctions exécutives, les difficultés cognitives et relationnelles. En ce sens et après de nombreuses recherches, nous constatons qu'il n'y a pas de littérature concernant le contenu de la formation des étudiants en IFMK au sujet de la psychologie périnatale ou encore des troubles associés tels que les fonctions exécutives.

Cependant, il est nécessaire de préciser que de plus en plus de formation continue dans le domaine de la pédiatrie évoque le sujet du SBS, ce qui constitue déjà une avancée considérable.

C. Méconnaissance ou non-reconnaissance du rôle du masseur-kinésithérapeute au sein de la prévention primaire : vers une remise en question sociétale ?

Comme souligné par les entretiens réalisés auprès des cinq participants, bien qu'ayant une place privilégiée par rapport à un certain nombre de domaines et représentant ainsi un acteur de choix au sein de la prévention primaire, le rôle du MK n'est pas reconnu. Pourtant, le MK constitue

un professionnel de santé proche des familles par le temps qu'il passe au contact de l'enfant mais aussi de ses parents. Cela lui offre ainsi la possibilité d'échanger, d'aborder de nombreux sujets de manière approfondie mais aussi de glisser des messages de prévention contrairement à d'autres professions telles que les médecins qui voient les enfants de manière plus ponctuelle, sur des temps plus courts au sein desquels ils n'ont pas le temps de revenir sur toutes les questions des parents. Le MK pourrait donc jouer un rôle important dans la prévention qui n'est pas du tout développé actuellement ni même reconnu alors qu'il fait partie intégrante de son référentiel de formation et de compétences.

Une enquête du Conseil national en 2018 sur la prévention révèle que les MK, ayant largement participé à cette étude, sont bel et bien conscients de leur rôle au sein de la prévention. Parmi les 3 760 ayant répondu, 96 % d'entre eux étaient favorables à un élargissement de leur champ de compétences dans ce domaine en s'articulant autour des règles hygiéno-diététiques. Cela constitue la preuve, si tant est qu'il y en ait besoin, que les MK accordent une importance fondamentale à la prévention. Les résultats de cette enquête faisaient état du fait que, près de deux tiers des professionnels interrogés, « évoquent régulièrement avec leurs patients des thématiques de prévention » (62 %), principalement avec un public adulte (81 %) et sénior (79 %). La mobilité ainsi que les conseils relatifs à l'hygiène de vie constituent les thématiques les plus fréquemment évoquées avec les patients (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022b).

De plus, l'accès direct au kinésithérapeute dont l'expérimentation a été approuvée par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2022 constitue un facteur supplémentaire qui doit permettre de développer leurs actions en termes de prévention. L'accès direct étant effectivement possible dans de nombreux domaines comme : l'activité dans le domaine du sport, de la prévention, du bien-être (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022b).

La population générale de MK se sent suffisamment préparée à intervenir dans le champ de la prévention, il s'agirait donc de les inclure davantage dans les actions car ils constituent des référents essentiels, des acteurs de choix. En ce sens, le Conseil national, dès lors qu'il communique auprès du public, fait la promotion du rôle que les MK peuvent occuper en matière de prévention (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022b).

Néanmoins, le manque de reconnaissance du grand public concernant le rôle du MK au sein de la prévention traduit, plus largement, un manque d'investissement sociétal dans cette branche.

En effet, dans notre système de santé global actuel, malgré des dispositifs et des incitations à faire de la prévention, le constat est sans appel : la prévention demeure très peu mise en place en dehors du sport santé. Cela corrobore le fait qu'en France, nous possédons une culture de dichotomie totale entre le corps et l'esprit, à savoir le corps d'un côté et la tête de l'autre ; et le fait qu'il ne faille pas trop parler de ce qu'il se passe dans notre tête complexifie la construction de notre système de soins. À cela s'ajoute la méconnaissance du rôle majeur des professionnels paramédicaux dans la prévention, que cela soit aux yeux de la société, ou encore des corps médical et paramédical. Il semble important de s'accorder sur le rôle et les compétences de chacun ainsi que de travailler en interdisciplinarité et / ou pluriprofessionnalité. Il s'avère donc nécessaire que les médecins traitants soient informés du fait que les MK constituent des professionnels de santé formés et donc à même d'effectuer de la prévention afin qu'ils n'hésitent pas à les solliciter.

En ce sens, l'instauration du service sanitaire pour tous les étudiants en santé figurant dans les maquettes de formation en juin 2018, trouve tout son intérêt. En effet, il s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, il permet d'initier l'ensemble des futurs professionnels de santé aux enjeux que constituent la prévention primaire ainsi que la promotion de la santé mais contribue également à favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé dans la réalisation d'actions communes (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022a), tout en identifiant le rôle et les compétences de chacun.

En matière de santé globale, c'est-à-dire en incluant la santé mentale, il semble indispensable de proposer des interventions préventives en période périnatale aux parents (Dugnat & Poinso, 2019). De plus, en termes de santé publique autour de la pédiatrie, les MK pourraient prendre part et animer des séances de prévention et d'accompagnements à la parentalité reposant notamment sur la communication de tout ce que l'on peut retrouver autour du nourrisson, à commencer par le couchage, la motricité globale (afin de prévenir les TND notamment), l'alimentation (notamment le diabète en abordant l'appétence au sucre), la puériculture, etc.

La prévention du SBS pourrait, et surtout devrait, revêtir un caractère systématique que ce soit lors des cours de préparation à la naissance, du séjour à la maternité ainsi que du suivi postnatal, dans l'idéal en présence des deux parents. Une simple mention dans tous les carnets de santé,

comme c'est le cas depuis 2018, est largement insuffisante (Koné, 2021). De plus, il faudrait proposer des prises en soins qui soient davantage holistiques et lever ce tabou que constitue la difficulté mentale qui est finalement un phénomène très présent et ce chez de nombreuses personnes. Cela requerrait que les MK soient, un minimum, formés sur les possibilités et les conduites à tenir lorsqu'un parent est en dépression post-partum, a un risque suicidaire, etc., car actuellement la plupart des MK n'en ont aucune idée.

Nous pourrions peut-être nous appuyer sur l'exemple des orthophonistes, qui ont, depuis peu, une cotation de séances sur l'accompagnement à la diversification alimentaire qui constitue de la Prévention Primaire (PP). Il s'agirait de transposer cela au sein de notre profession et d'intégrer à notre référentiel de compétences des cotation(s) d'acte(s) de prévention.

Bien qu'en tant que MK, nous disposons d'un champ de compétences offrant une certaine liberté, nous ne pouvons néanmoins pas complètement en sortir et l'intégration de cotation(s) d'acte(s) de prévention dans notre référentiel de compétences constituerait une vraie reconnaissance de notre rôle au sein de la prévention et favoriserait l'implication des professionnels qui se sentiraient davantage concernés.

D. Mise en évidence de modalités de prévention primaire : outils de prévention, moyens de diffusion et adaptations éventuelles

Les entretiens réalisés auprès des cinq participants nous ont permis de mettre en évidence des modalités de prévention primaire.

Parmi les outils de prévention largement répandus et utilisés, on retrouve :

- Les informations directes ;
- Les affiches et / ou affichages ;
- Les flyers ;
- Les vidéos.

En ce qui concerne les moyens de diffusion, on relève :

- Le téléphone : réseaux sociaux, applications mobiles, internet ;
- La télévision : campagnes publicitaires ;
- La communication orale.

La mise en évidence de l'absence d'un seul genre, d'une seule classe d'âge ou encore d'une seule catégorie socio-professionnelle dans les profils d'auteurs de secouement(s) doit orienter vers des stratégies de prévention systématique qui soient à la fois diversifiées et innovantes. Les caractéristiques des environnements familiaux différenciés peuvent induire des actions de préventions spécifiques (Vellut et al., 2017).

2. Limites de l'étude

Il convient de revenir sur les principales limites méthodologiques retrouvées dans la présente étude.

Tout d'abord, la **taille de l'échantillon** est susceptible d'être questionnée, en raison de sa représentation de la population de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (MKL), jugée non significative. Cette petite taille d'échantillon peut s'expliquer par plusieurs raisons notamment : le fait que ce soit un sujet encore peu connu, bien qu'on en parle de plus en plus, le fait que ce soit un sujet jugé tabou et de ce fait que nous sommes parfois amenés à prendre en soins des enfants en ayant été victimes sans le savoir. De plus, les contraintes inhérentes à la réalisation de ce mémoire ne nous auraient pas permis d'effectuer davantage d'entretiens. Au-delà du faible échantillon étudié, nous retrouvons des différences par rapport à la population de MKL : les participants étant majoritairement des femmes, leur moyenne d'âge est plus jeune et ils exercent tous dans un cabinet libéral de groupe. L'extrapolation des résultats obtenus semble limitée par le nombre restreint de participants à l'étude, il serait donc intéressant de comparer nos résultats à d'autres qui seraient issus d'un échantillon plus important afin de mettre en lumière, de manière significative, les résultats retrouvés.

Ensuite, la posture d'apprenti chercheur ainsi que l'inexpérience dans la réalisation et l'analyse des entretiens peuvent être remis en question. Ainsi, on peut retrouver un **biais de données** dont il convient de préciser que les entretiens retranscrits n'ont pas été envoyés aux participants pour relecture ou correction éventuelle mais qu'ils ont directement été soumis à des analyses dans un souci de respect des contraintes temporelles. À cela s'ajoute le fait que les retranscriptions n'ont pas été vérifiées par un tiers et que les données n'ont pas été soumises à d'autres analyses. Cela constitue donc un biais non négligeable en termes de qualité des résultats. De plus, du fait

de la méthodologie de recherche qualitative choisie, les propos recueillis sont nécessairement emprunts de subjectivité.

Néanmoins, force est de constater que l'écriture de ce mémoire nous a impliquée dans la construction d'un parcours initiatique de la recherche. Chaque étape de la démarche nous ayant permis de construire notre savoir ainsi que de développer nos compétences.

3. Mise en perspective de l'étude

Pour la profession de MK, cette étude permet de mettre en lumière, l'importance d'une PP du SBS ainsi que notre rôle dans celle-ci. Cette recherche met en exergue l'importance d'une formation initiale et continue aussi bien sur la PP que sur le SBS.

Sur le plan personnel, cette étude s'inscrit dans le parcours scolaire et professionnalisant puisqu'il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche réalisé en fin d'études. Il m'a permis d'analyser des pratiques professionnelles et ainsi d'être au plus proche de ma future pratique en tant que MK. Ce travail représente un enrichissement personnel.

En me servant de l'expérience de mes pairs, je pourrai adapter mes prises en soins dans le domaine de la pédiatrie en y intégrant de la PP du SBS dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité. Ma prise en soins et ma posture en tant que professionnelle sera en outre adaptable à la population pédiatrique, qui présente de nombreuses spécificités, à commencer par la relation thérapeutique particulière que constitue la triade relationnelle, au sein de laquelle il faut connaître son rôle et être capable de s'y positionner.

Il sera intéressant pour moi d'intégrer les modalités de PP ayant fait leur preuve (les outils de prévention ainsi que les moyens de communication) lors de mes prises en soin afin de répondre aux attentes à la fois des enfants mais aussi de leurs parents. Je pense notamment mettre l'accent sur la communication, le partage, l'écoute bienveillante, le non-jugement au service du bien-être physique et psychique de l'enfant et de ses parents. Et, bien évidemment, je me tiendrai au courant des nouvelles recommandations de la littérature scientifique tout en répondant à l'obligation déontologique de Développement Professionnel Continu (DPC) afin de faire évoluer ma pratique professionnelle.

4. Ouverture

Pour finir, il nous semblait important et pertinent de proposer des **pistes à investiguer voire investir** suite à la réalisation de cette étude.

Nous pourrions imaginer faire bénéficier les parents d'un dispositif comme « le premier mois de vie » qui reposerait sur une « consultation de développement » en systématique pour les nouveau-nés accompagnés de leurs parents. Il s'agirait d'une séance d'accompagnement à la parentalité avec un professionnel formé aux soins pédiatriques telle qu'une séance de masso-kinésithérapie qui pourrait aboutir à l'instauration d'« ateliers globaux » dont l'avantage serait d'être remboursée afin de toucher toute la population et qui comprendrait des actions de communications d'informations et de formations autour du bébé, sur le couchage (le couchage sur le dos n'étant pas responsable de la plagiocéphalie mais plutôt l'immobilité), l'accompagnement à l'éveil de l'enfant et de sa motricité globale (afin de prévenir les TND notamment), la mise en place du portage, l'alimentation (notamment le diabète en abordant l'appétence au sucre), la compréhension et l'apaisement des troubles digestifs, le matériel de puériculture (avec la proscription des dispositifs contraignants types sièges, youpalas...) ou encore la gestion des pleurs de bébé qui peuvent être à l'origine de cette problématique du SBS. Cela constituerait déjà, indirectement, de la PP du SBS à travers l'instauration et le renforcement du lien parent - enfant et serait également l'occasion idéale pour aborder explicitement le sujet du SBS avec les parents sans sembler inquisiteur. Cela contribuerait également à prévenir d'autres troubles tels que les asymétries posturales, l'ensemble des déformations crâniennes positionnelles (avec conséquence esthétique), etc. De plus, cela pourrait permettre de faire du dépistage et ainsi de s'inscrire dans le programme national de dépistage néonatal.

Nous pourrions également imaginer prendre part à des groupes de paroles en tant que co-animateur sous la supervision d'un psychologue ou d'un psychomotricien par exemple. En effet, le dispositif de groupe fait partie intégrante du dispositif thérapeutique, en ce sens qu'il offre un cadre naturel dans lequel la « normalisation » de la souffrance parentale peut s'opérer. L'expression de regrets liés à la parentalité voire les problématiques liées à la psychiatrie périnatale peuvent engendrer honte et culpabilité. Ces émotions étant parfois si intenses qu'elles empêchent le parent de parler de sa souffrance que cela soit avec ses proches ou même des

professionnels. Ainsi, se trouver en présence d'autres parents, eux-mêmes épuisés ou ayant des pensées négatives à propos de leur parentalité confère quelque chose d'apaisant. C'est pourquoi, le dispositif de groupe devient un levier thérapeutique en lui-même (Roskam et al., 2017).

Ces dispositifs pourraient également inclure un partenariat avec d'autres professionnels de santé qui côtoient les bébés ainsi que leurs parents tels que les sage-femmes, les psychomotriciens, les psychologues (par exemple : du développement) afin de contribuer à la PP du SBS autour d'un travail collaboratif en interdisciplinarité (par exemple : par le biais d'une co-consultation qui pourrait aboutir à plusieurs rendez-vous si besoin). L'interdisciplinarité est un élément essentiel qui repose sur le fait de travailler ensemble et non pas côte à côte comme pour la pluridisciplinarité. Cela reposerait notamment sur le fait de connaître le rôle et les compétences de l'autre professionnel ainsi que d'essayer de le comprendre afin de proposer un projet qui soit le plus adapté possible, à la fois à l'enfant, mais aussi à ses parents, pour répondre à leurs besoins et de les accompagner au mieux.

Il semblerait également judicieux d'inclure un module de prévention du SBS au sein des formations de tout professionnel de la petite enfance, ce qui n'est pas le cas à ce jour dans la formation des assistantes maternelles, par exemple. Ces professionnels de la petite enfance se sentent fréquemment pointés du doigt dans les médias relayant les affaires de SBS dans lesquelles ils sont mis en cause. Il est, de ce fait, important d'attirer leur attention sur le fait qu'ils peuvent, effectivement, parfois être les auteurs de ces secouements mais qu'ils ont aussi et surtout un rôle de prévention à occuper auprès des parents des bébés dont ils s'occupent (Koné, 2021).

Enfin, l'idée d'un compte Instagram® pluriprofessionnel pédiatrique national nous semblait adaptée et judicieuse. En effet, il existe actuellement un certain nombre de comptes de MK et autres professionnels de santé pédiatriques qui publient du contenu de qualité en effectuant de la prévention via la promulgation de très bons conseils. Néanmoins, venant d'une seule et même personne, cela confère moins de sens car même si chaque professionnel se retrouve dans le fond, les pratiques diffèrent. L'idée serait donc de regrouper les informations sur un même compte afin de faciliter l'accès via la centralisation de la communication autour d'informations, de conseils, etc. en incluant l'expertise de chacun. Cette idée semble d'ailleurs également partagée par les fondateurs et membres de l'Association Française de Kinésithérapie

Pédiatrique (AFKP) crée le 24 janvier 2023. Effectivement, ces derniers ont créé un site internet, un profil LinkedIn® et ont ouvert une page Facebook® et Instagram® avec pour missions de :

- Fédérer les kinésithérapeutes exerçant sur le territoire français ;
- Favoriser le partage des initiatives et des expériences dans les différents territoires (associations locales, analyse des pratiques, formation continue) ;
- Promouvoir les intérêts, bénéfices et limites de la réhabilitation en pédiatrie ;
- Encourager et soutenir les activités de recherche scientifique ;
- Répertorier et diffuser les recommandations de bonnes pratiques nationales et internationales ;
- Participer et collaborer aux projets de santé publique.

L'ensemble de ces actions, en plus de prévenir le SBS, préviendraient également les troubles du lien et contribueraient à favoriser l'attachement dans la relation qu'entretiennent le parent et son enfant.

En lien avec cette relation parent - enfant, il semble primordial que la société opère une évolution en regard de la parentalité et plus singulièrement de la place qu'occupent les papas auprès de leur bébé, et ce, dès la grossesse. Effectivement, la méconnaissance des besoins mais aussi des compétences et des comportements « normaux » des bébés a été identifiée comme étant un facteur de risque de passage à l'acte. Il s'avère donc essentiel que les papas s'investissent et s'impliquent, et que, tout un chacun le leur permette, afin qu'ils puissent occuper pleinement la place qui leur revient auprès de leur bébé. Une évolution des mentalités est encore attendue sur ce point car on entend bien trop souvent que, seules les mamans savent s'occuper de leur bébé, le comprendre et avoir un lien fort avec eux. Le 1^{er} juillet 2021 marque un tournant avec l'allongement du congé paternité, passé de 14 à 28 jours et constitue une avancée qui facilitera probablement la création de la relation entre le papa et son bébé (Koné, 2021).

VII. Conclusion

Dans notre société actuelle qui connaît de profondes évolutions, doit-on parler de Prévention Primaire (PP) du Syndrome du Bébé Secoué (SBS) ou tout simplement d'accompagnement à la parentalité ? En tant que professionnel de santé, devons-nous nous substituer à l'étayage familial défaillant ou vaut-il mieux simplement continuer à stigmatiser les parents qui font du mieux qu'ils peuvent et qui craquent ? Certes, ils ne sont pas excusables mais qu'en est-il de notre responsabilité ou plutôt de notre « non-assistance » ? Ce sont autant de questions qui ont émergé lors de la réalisation de ce mémoire et auxquelles nous avons tenté de répondre.

Sans jamais remettre en question la bonne volonté de chacun face aux difficultés que rencontrent les jeunes parents, si l'ensemble des acteurs de la périnatalité ne forment pas les maillons d'une chaîne solidaire dans la prise en soins des bébés de leur conception jusqu'à après leur naissance, il n'y aura que des actions ponctuelles ou trop tardives qui s'avèreront inefficaces. Pour qu'il y ait un soutien continu, une PP ainsi qu'un dépistage précoce, rien ne pourra remplacer la concertation entre les différents acteurs ainsi que le passage de relais entre les différentes équipes. Actuellement, seuls certains réseaux périnataux (exemple : PCO) se sont mis en place mais il est urgent de faire circuler l'information en favorisant les interactions entre les différentes institutions et professionnels de santé, dans un but unique : le bien-être du bébé mais aussi de ses parents. À l'ère du numérique, nous n'avons plus aucune excuse pour ne pas communiquer entre nous, tout en sachant que rien ne remplacera le contact direct.

Le masseur-kinésithérapeute, professionnel de santé à la fois acteur de la rééducation mais aussi de la prévention constitue un maillon essentiel dont il ne s'agit plus d'ignorer l'existence ou de remettre en cause la place mais plutôt de l'inclure davantage dans la chaîne. Sa proximité avec les familles ainsi que la polyvalence de son champ de compétences lui offrent de nombreuses possibilités de pistes exploitables en termes d'actions de prévention, qu'il prendra soin de choisir selon les caractéristiques des environnements familiaux, de manière à ce qu'elles soient spécifiques, sans oublier son aisance à les prodiguer et plus largement à s'y inscrire.

Finalement, ce que nous retenons de cette étude est que le SBS est un sujet dont il faut parler afin de lever le tabou qui l'entoure et surtout essayer de mieux le comprendre pour mieux le prévenir.

VIII. Références bibliographiques

1. Andréani, J.-C., & Conchon, F. (2005). *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: État de l'art en marketing* [Actes du 4e Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe].
2. Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (2e édition). Presses Universitaires de France.
3. Association Stop Bébé Secoué. (2022a). *Stop Bébé Secoué*. stopbebesecoue.fr. <https://stopbebesecoue.fr/>
4. Association Stop Bébé Secoué. (2022b). Syndrome du Bébé Secoué. *stopbebesecoue.fr*. <https://stopbebesecoue.fr/sbs/>
5. Aubin-Auger, I., Mercler, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. 19(84), 142–145.
6. Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
7. Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné repères et pratiques* (3e édition). Bréal.
8. Bruni, C. (2016). Questions et enjeux autour des nouvelles formes de parentalité. *Empan*, 102(2), 11–17. <https://doi.org/10.3917/empa.102.0011>
9. Carmignani, P. (2017). *Initiation à la recherche*.
10. Charmillot, M., & Dayer, C. (2012). *La démarche compréhensive comme moyen de construire une identité de la recherche dans les institutions de formation*. 14, 163–176.
11. Ciccone, A. (2014). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé* (2e édition). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cicco.2014.01>
12. Colson, S., Gentile, S., Côté, J., & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2014). Spécificités pédiatriques du concept d'éducation thérapeutique du patient: Analyse de la littérature de 1998 à 2012: *Santé Publique*, Vol. 26(3), 283–295. <https://doi.org/10.3917/spub.139.0283>
13. De La Broise, L. (2020). *Le masseur-kinésithérapeute face à l'enfant en danger: La difficile mais nécessaire décision d'alerter* [Mémoire de recherche]. Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alençon.

14. De La Broise, L. (2021). *L'influence de la prise en soins d'enfants en danger sur l'identité professionnelle des soignants spécialisés: Une recherche clinique d'inspiration psychanalytique* [Mémoire de recherche]. Université de Rouen.
15. Deshays, C. (2018). *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel: Être attentif sans se faire envahir, ferme sans être rejetant* (3e édition). InterEditions.
16. Desmet, H., Lescouarch, L., & Pourtois, J.-P. (2010). *Méthodes qualitatives* [Cours Licence Sciences de l'éducation]. Université Lyon 2, Université de Rouen.
17. DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
18. Dugnat, M., & Poinso, F. (2019). « À cause des bébés »: Soigner les parents, prendre soin des bébés... et inversement ? *Spirale*, 92(4), 15–21. <https://doi.org/10.3917/spi.092.0015>
19. Flehmig, I., Polge d'Autheville, F., & Brackrock, W. (1993). *Le développement normal du nourrisson et ses variations: Diagnostic précoce et traitement* (Vol. 1). Masson.
20. Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33–42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
21. Franklin Carbaugh, S. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 4(2), 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2004.01.004>
22. Gouvernement. (2016, April 27). *Compte rendu du Conseil des ministres du 27 avril 2016*. gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/compte-rendu-du-conseil-des-ministres-du-27-04-2016>
23. Govindama, Y. (2014). Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant: *Devenir*, 26(4), 261–290. <https://doi.org/10.3917/dev.144.0261>
24. Haut Comité de la Santé Publique. (1992). *Stratégie pour une politique de santé* (p. 109) [Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire]. Haut Conseil de la santé publique.
25. Haute Autorité de Santé. (2019, December 19). *La HAS réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué*. has-sante.fr. 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

26. Haute Autorité de Santé, & Société Française de Médecine physique et de Réadaptation. (2017, September 29). *Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement*. has-sante.fr. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement
27. Hertz-Pannier, L. (1999). Plasticité au cours de la maturation cérébrale: Bases physiologiques et étude par IRM fonctionnelle. *Journal of Neuroradiology*, 26(SUP 1), 66.
28. Hottois, G., & Missa, J.-N. (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: Médecine, Environnement, Biotechnologie*. De Boeck Université.
29. Huston, P., & Rowan, M. (1998). Qualitative studies. Their role in medical research. *Canadian Family Physician*, 44, 2453–2458.
30. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Salle de Presse). (2022, August 31). L'incidence du syndrome du bébé secoué a doublé et la mortalité associée a décuplé en région parisienne pendant la pandémie de Covid-19. *presse.inserm.fr*. <https://presse.inserm.fr/lincidence-du-syndrome-du-bebe-secoue-a-double-et-la-mortalite-associee-a-decuple-en-region-parisienne-pendant-la-pandemie-de-covid-19/65627/>
31. Jlalia, Z., Znaigui, T., & Smida, M. (2016). Le syndrome des enfants battus: Aspects cliniques et radiologiques. *The Pan African Medical Journal*, 24(68). <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.68.8543>
32. Koch, S., Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L., & Arteché, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father–infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Mental Health Journal*, 40(2), 263–276. <https://doi.org/10.1002/imhj.21769>
33. Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67–82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
34. Koné, M. (2021). La nécessaire prévention du syndrome du bébé secoué. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 42(322), 32–34. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2021.07.010>
35. Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: Validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 183–203. <https://doi.org/10.7202/502077ar>

36. L'Assurance Maladie. (2022). *Prévention des dépressions post-partum: Un entretien postnatal précoce est désormais obligatoire* [Santé et prévention]. L'Assurance Maladie. <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/medecin/actualites/prevention-des-depressions-post-partum-un-entretien-postnatal-precoce-est-desormais-obligatoire>
37. Laurent-Vannier, A., Nathanson, M., Quiriau, F., Briand-Huchet, E., Cook, J., Billette de Villemeur, T., Chazal, J., Christophe, C., Defoort-Dhellemmes, S., Fortin, G., Rambaud, C., Raul, J. S., Rey-Salmon, C., Sottet, F., Vieux, E., Vinchon, M., & Willinger, R. (2011). A public hearing “Shaken baby syndrome: Guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff”. Guidelines issued by the Hearing Commission. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(9–10), 600–625. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.10.002>
38. Lebeau, J.-P., Aubin-Auger, I., Cadwallader, J.-S., Gilles de la Londe, J., Lustman, M., Mercier, A., Peltier, A., & Frappé, P. (2021). *Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire* (Wolters Kluwer Health France). Global media santé.
39. Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2015). *Surveillance de la maltraitance des enfants: Définitions uniformes pour la santé publique et éléments de données recommandés* [Commentaire].
40. Légifrance. (2004, August 8). *Article R4321-13—Code de la santé publique—Légifrance*. [legifrance.gouv.fr. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995?init=true&page=1&query=L%E2%80%99article+R4321-13&searchField=ALL&tab_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995?init=true&page=1&query=L%E2%80%99article+R4321-13&searchField=ALL&tab_selection=all)
41. Légifrance. (2022, March 4). *Article L4321-1—Code de la santé publique—Légifrance*. [legifrance.gouv.fr. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293687](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045293687)
42. Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e édition). Lamarre.
43. Marshall, C., & Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (6th edition). SAGE.

44. Mazet, P., Lebovici, S., & Simonnot, A.-L. (1998). *Psychiatrie périnatale: Parents et bébés du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Presses Universitaires de France.
45. Ministère de la Santé et de la Prévention. (2017, December 20). *Stratégie nationale de santé*. sante.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/>
46. Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022a). *Le service sanitaire: Les formations en santé au service de la prévention*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
47. Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022b, March 23). *Une bébé box pour les 1000 premiers jours*. sante.gouv.fr. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/une-bebe-box-pour-les-1000-premiers-jours>
48. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (2015). *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute* (Arrêté No. 8; p. 134).
49. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2022, January 17). *Syndrome du bébé secoué: Une maltraitance qui peut être mortelle*. solidarites.gouv.fr. <http://solidarites.gouv.fr/syndrome-du-bebe-secoue-une-maltraitance-qui-peut-etre-mortelle>
50. Mireau, É. (2008). Maltraitance du nourrisson: Le syndrome du bébé secoué. *Centre Laennec*, 56(1), 18–25. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0018>
51. Molénat, F. (2003). Ce que nous ont enseigné les parents. *Enfances & Psy*, 21(1), 130–139. <https://doi.org/10.3917/ep.021.0130>
52. Nolin, P., Stipanivic, A., & Fortin, G. (Eds.). (2010). *Le syndrome du bébé secoué (traumatisme crânien non accidentel): Vers une convergence des interventions*. Presses de l'Université du Québec.
53. Nunes Tuna, A. (2017). Chapitre 4. Le diagnostic différentiel: Burn-out parental dépression, dépression post-partum. Comment faire la différence? In *Le burn-out parental* (pp. 63–76). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0063>
54. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2022a). *Observatoire de la démographie du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes* (p. 74) [Observatoire].

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

55. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2022b, February 27). Les kinésithérapeutes, acteurs majeurs de la prévention. *ordremk.fr*. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-acteurs-majeurs-de-la-prevention/>
56. Paget, L.-M., 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* (Article No. 26–27; p. 8). Santé publique France. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_4.html
57. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e édition). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
58. Palmowski, A. (Director). (2022). *Bébés secoués, la violence inavouable* [Documentaire]. LCP / Public Sénat.
59. Philippe, G. (2005). *Il ne faut jamais secouer un bébé: Secouer peut tuer ou handicaper à vie*.
60. Pierre, M., Bouvet, R., Treguier, C., Abondo, M., Balençon, M., Roussey, M., & Le Gueut, M. (2010). La datation des lésions neurologiques centrales des bébés secoués. Discussion sur la sémiologie radiologique. *La Revue de Médecine Légale*, 1(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2010.02.004>
61. Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996), 42–45. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
62. Raimondeau, J. (2018). *L'épreuve de santé publique: Concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social* (3e édition). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
63. Reese, L. S., Heiden, E. O., Kim, K. Q., & Yang, J. (2014). Evaluation of Period of PURPLE Crying, an Abusive Head Trauma Prevention Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(6), 752–761. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12495>
64. Roch, M. (2016). *Le syndrome du bébé secoué: De l'information préventive aux actions du masseur-kinésithérapeute* [Mémoire]. Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Lorrain de Nancy.

65. Roch, M., Paci, E., Ferring, V., & Buatois, S. (2017). Syndrome du bébé secoué et masseur-kinésithérapeute: Comment se positionner face à cette prise en charge pédiatrique ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(184), 90. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.102>
66. Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Chapitre 15. La prise en charge structurée du burn-out parental. In *Le burn-out parental* (pp. 245–284). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0245>
67. Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2017). Introduction. In *Le burn-out parental* (pp. 17–20). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roska.2017.01.0017>
68. Roulland, C. (2019). *Prise en charge des nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué admis en réanimation pédiatrique au CHU de Caen de 2009 à 2019* [Thèse, Université de Caen Normandie]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02495815>
69. Salbreux, R. (2014). 2. Vulnérabilité, de la haine inapparente à la violence caractérisée. In *Handicap et violence* (pp. 27–43). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2014.01.0027>
70. Santé publique France. (2021). *1000 premiers jours—Là où tout commence*. 1000-premiers-jours.fr. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/node>
71. Schurmans, M.-N. (2001). La construction sociale de la connaissance comme action. In J.-M. Baudouin & J. Friedrich, *Théories de l'action et éducation* (pp. 157–177). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.baudo.2001.01.0157>
72. Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2019). *Les URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes*. snmkr.fr. <https://www.snmkr.fr/urps-mk>
73. Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: What are they and why use them? *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1101–1118.
74. Stephens, A., Kaltner, M., & Liley, W. (2014). Infant abusive head trauma prevention: Acceptability of the Period of PURPLE Crying® program in far North Queensland, Australia. *Rural and Remote Health*, 14, 2603.
75. Stoodley, N. (2005). Neuroimaging in non-accidental head injury: If, when, why and how. *Clinical Radiology*, 60(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2004.06.023>
76. Taquet, A. (2019, October 15). *La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences: Un enjeu de santé publique* [Bulletin]. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_0.html

77. Thollon-Behar, M.-P. (2008). Les bébés secoués. *Spirale*, 48(4), 157–162. <https://doi.org/10.3917/spi.048.0157>
78. Tombeur, M., Lempereur, E., & Durieux, M.-P. (2007). Le soignant, tiers dans la construction du lien parent – bébé prématuré hospitalisé. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 221–238. <https://doi.org/10.3917/cpc.028.0221>
79. Turkieltaub, S. (2012). Le syndrome du bébé secoué: Comprendre, prévenir et protéger. *Journal du droit des jeunes*, 314(4), 31–37. <https://doi.org/10.3917/jdj.314.0031>
80. United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). (1989). *Convention internationale des droits de l’enfant* (p. 32) [Convention relative aux droits de l’enfant]. Assemblée générale des Nations Unies.
81. Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition). Dunod.
82. Vellut, N., Cook, J., & Tursz, A. (2017). Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ? *Recherches familiales*, 14(1), 135–148. <https://doi.org/10.3917/rf.014.0135>
83. World Health Organization. (2022, September 19). *Child maltreatment*. who.int. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

IX. Table des illustrations

Figure 1 : Illustration du mouvement antéro-postérieur du cerveau dans la boîte crânienne ..	12
Figure 2 : Score de Glasgow pédiatrique, en fonction de l'âge.....	15
Figure 3 : Méthode de recherche qualitative d'après Paul Van Royen et al. (Aubin-Auger et al., 2008)	32
Figure 4 : Approche hypothético-déductive d'après (Van Campenhoudt et al., 2017).....	33
Figure 5 : Sexe	36
Figure 6 : Avez-vous des enfants ?	37
Figure 7 : Année d'obtention du Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie.....	37
Figure 8 : Dans le cadre de votre exercice libéral, vous exercez ou avez exercé dans un :.....	38
Figure 9 : Exercez-vous ou exerciez-vous dans un autre secteur que le secteur libéral en parallèle ?	38
Figure 10 : Avez-vous effectué une ou des formation(s) complémentaire(s) ?	39
Figure 11 : Estimation de l'incidence du Syndrome du Bébé Secoué en France par les participants.....	50
Figure 12 : Dernier cas recensé par les participants	51
Figure 13 : Moment opportun selon les participants afin de réaliser la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué	56
Figure 14 : Outils de prévention	56
Figure 15 : Moyens de diffusion.....	57
Figure 16 : Niveau de préparation pour intervenir dans le cadre de la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué	58
Tableau I : Données socio-démographiques des participants de l'étude.....	36
Tableau II : Depuis combien de temps exercez-vous ou avez-vous exercé en cabinet libéral ?	38
Tableau III : Découverte du Syndrome du Bébé Secoué par les participants.....	49
Tableau IV : Freins rencontrés et remédiations proposées par les participants.....	60

X. Annexes

Annexe I : Accord du comité de qualification des projets de recherche.....	I
Annexe II : Planning prévisionnel (selon le diagramme de Gantt).....	II
Annexe III : Questionnaire de recrutement.....	III
Annexe IV : Mail adressé aux participants suite à leur réponse au questionnaire de recrutement.....	IX
Annexe V : Lettre d'informations destinée aux participants à la recherche.....	X
Annexe VI : Formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien destiné aux participants à la recherche.....	XIII
Annexe VII : Guide d'entretien.....	XV
Annexe VIII : Grille d'analyse.....	XVIII
Annexe IX : Résumé vertical des entretiens.....	XXVIII
Annexe X : Résumé transversal des entretiens.....	LII

Annexe I : Accord du comité de qualification des projets de recherche



Délégation Hospitalo-universitaire à la recherche
Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche
CHU de Rouen-Hôpitaux de Rouen • Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen
Hôpital Charles Nicolle - 76031 ROUEN Cedex

COMITE DE QUALIFICATION DES PROJETS DE RECHERCHE

Membres : Fabienne TAMION, Gilles GARGALA, Marie-Pierre TAVOLACCI, Thierry LEQUERRE, Guillaume SAVOYE, Jeremy BELLIEU

Membres de la DRCI à titre permanent : Julien BLOT, Delphine PICOCHÉ

Adresse de contact : eleonore.bouyer1@univ-rouen.fr

Le Comité de Qualification des Projets de recherche a été saisi d'une demande d'avis pour le projet suivant :

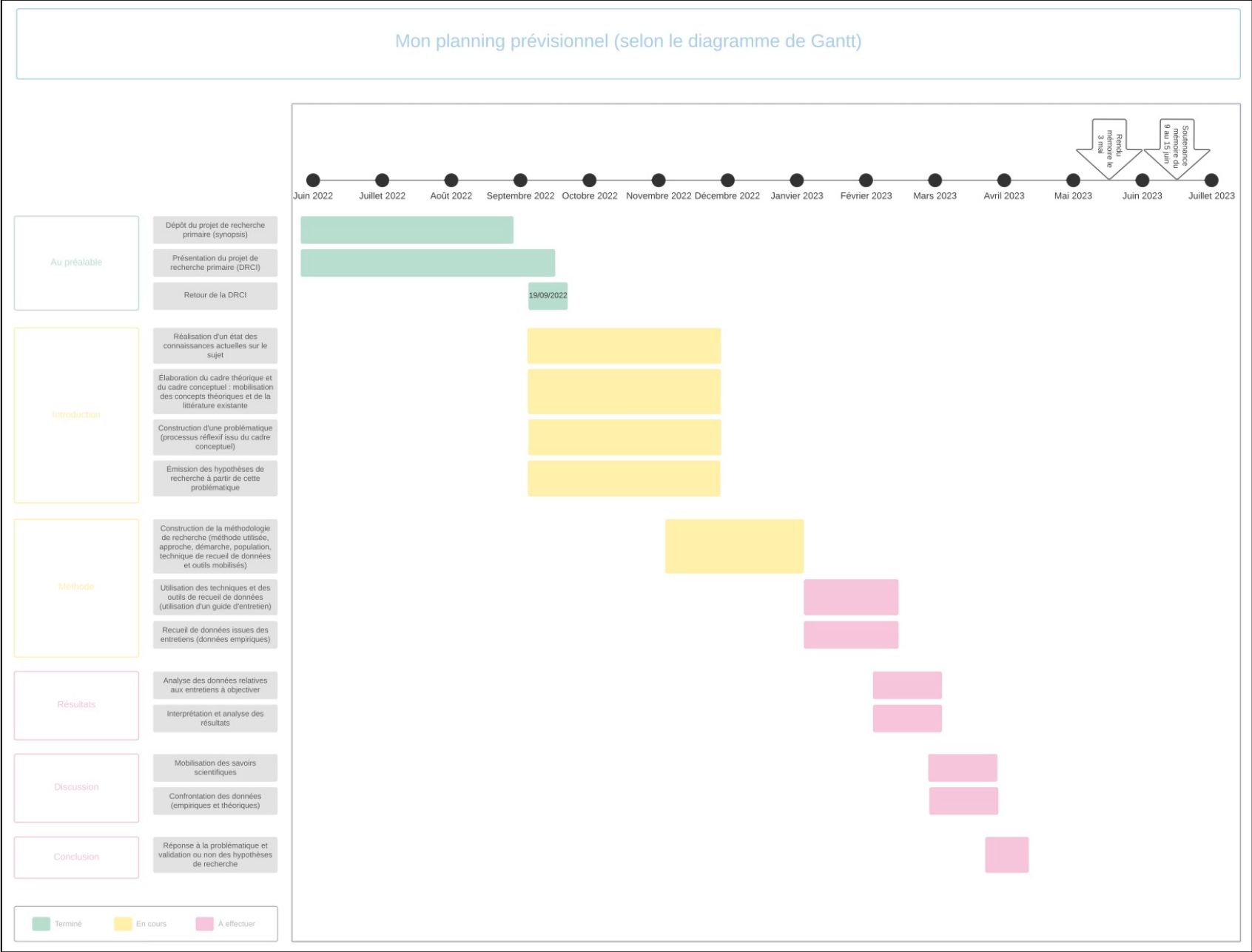
Investigateur principal	DANIERE Audrey
Service / Etablissement / Ecole de Formation	IFMK – CHU de Rouen
Titre du projet	La mise en oeuvre d'une prévention du syndrome du bébé secoué par le masseur-kinésithérapeute : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles
N° d'enregistrement	1050

Le Comité de qualification a procédé à l'examen de ce dossier le 19/09/2022 et a émis l'avis final suivant :

Recherche ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé au titre du Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, partie II.2° « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé »

Avant la mise en œuvre d'une recherche Hors Loi Jardé, Il revient au porteur de projet de contacter la DRCI pour vérifier la conformité vis-à-vis de la CNIL et du règlement général européen sur la protection des données (« RGPD »)

Annexe II : Planning prévisionnel (selon le diagramme de Gantt)



Questionnaire de recrutement : Prévention des maltraitances infantiles

Présentation

Bonjour,

Je m'appelle Audrey DANIÈRE et je suis actuellement étudiante en 4ème année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) du CHU de Rouen Normandie (76).

Je vous adresse ce **questionnaire de recrutement** dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur la prévention des maltraitances infantiles.

Les **prérequis** pour répondre à ce questionnaire sont les suivants :

- Être Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État ou être titulaire d'une autorisation d'exercice sur le territoire français ;
- Être impliqué(e) ou avoir été impliqué(e) dans la prise en soins de patients enfants âgés de moins de 2 ans dans le cadre d'un exercice libéral.

La durée de ce questionnaire est estimée à **moins de 5 minutes**.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accorderez.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez la moindre question, remarque, suggestion à l'adresse mail suivante : audreydaniere11@gmail.com.

Respectueusement,

Audrey DANIÈRE

Données socio-démographiques

Informations à votre sujet

Nom et Prénom *

Votre réponse

Sexe *

- Femme
- Homme
- Je ne souhaite pas le préciser

Âge *

Votre réponse

Avez-vous des enfants ? *

- Oui
- Non

Année d'obtention du Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie *

Votre réponse _____

Lieu d'exercice actuel *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps exercez-vous ou avez-vous exercé en cabinet libéral ? *

Votre réponse _____

Dans le cadre de votre exercice libéral, vous exercez ou avez exercé dans un : *

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Autre

Exercez-vous ou exercez-vous dans un autre secteur que le secteur libéral en parallèle ? *

Oui

Non

Si oui, dans quel autre secteur et à quelle proportion ?

Votre réponse _____

Avez-vous effectué une ou des formation(s) complémentaire(s) ? *

Oui

Non

Si oui, laquelle / lesquelles ?

Votre réponse _____

Pratiques professionnelles

Concernant vos pratiques professionnelles

Prenez-vous ou avez-vous pris en soins des patients enfants âgés de moins de 2 *
ans dans le cadre de votre exercice libéral ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous cocher la ou les case(s) suivante(s) correspondante(s) : *

- J'en prends en soins actuellement
- J'en ai pris en soins au cours de cette année civile (depuis janvier 2022)
- Autre

Pouvez-vous me donner un ordre d'idée de combien de patients cela représente *
par an ?

Votre réponse _____

Pouvez-vous me donner un ordre d'idée de combien de patients cela représente *
en termes de pourcentage par rapport à votre patientèle totale ?

- 0 - 25 %
- 25 - 50 %
- 50 - 75 %
- 75 - 100 %

Si votre profil correspond à ma recherche, acceptez-vous d'être recontacté(e) *
ultérieurement afin de participer à un entretien anonymisé d'une durée de 30 à 45
minutes réalisable en présentiel ou en distanciel selon votre convenance sur la
période de janvier à février 2023 à la date de votre choix ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez m'indiquer votre adresse mail : *

Votre réponse _____

Merci beaucoup pour votre aide précieuse !

Si vous avez la moindre question, remarque, suggestion, n'hésitez pas à me le
faire savoir ci-dessous :

Votre réponse _____

Annexe IV : Mail adressé aux participants suite à leur réponse au questionnaire de recrutement

Mémoire : Participation à la recherche

6 messages

Audrey Danière <audreydaniere11@gmail.com>

2 janvier 2023 à 13:02

À :

Bonjour

Je me permets de vous contacter pour donner suite à votre accord afin de participer à la recherche intitulée "La mise en œuvre d'une prévention du syndrome du bébé secoué par le masseur-kinésithérapeute : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles".

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre participation.

Voici votre numéro d'anonymat dans le cadre de cette recherche : 1.

Ce dernier constitue une information confidentielle que nous vous recommandons de ne pas divulguer.

Vous trouverez, en pièces jointes, la lettre d'informations destinée aux participants à la recherche ainsi que le formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien destiné aux participants à la recherche.

Vous pouvez, dès à présent, télécharger la lettre d'informations et me renvoyer le formulaire de consentement complété à l'adresse mail suivante : audreydaniere11@gmail.com.

Pouvez-vous, s'il vous plaît, me confirmer votre adresse mail en m'envoyant, à votre tour, un mail ou en répondant à celui-ci afin de valider votre participation au protocole ?

Je vous invite également à me proposer des créneaux sur la période de janvier à février 2023 afin de convenir de notre entretien.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez la moindre question, remarque, suggestion.


Je vous remercie sincèrement pour votre investissement, précieux pour la réalisation de mon projet.


Audrey DANIÈRE

Étudiante K4 à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie du CHU de Rouen Normandie

audreydaniere11@gmail.com

2 pièces jointes

 **Lettre d'informations destinée aux participants à la recherche.pdf**
194K

 **Formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien destiné aux participants à la recherche.pdf**
134K

Annexe V : Lettre d'informations destinée aux participants à la recherche

LETRE D'INFORMATIONS DESTINÉE AUX PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

Titre de la recherche impliquant la personne humaine non-interventionnelle : La mise en œuvre d'une prévention du syndrome du bébé secoué par le masseur-kinésithérapeute : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles

Investigateur principal de la recherche : Audrey DANIÈRE, étudiante K4 à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) du CHU de Rouen Normandie, audreydaniere11@gmail.com

Sous la direction de : Teresa MARTINEZ MAESTRE

- *Masseur-kinésithérapeute, titulaire d'une autorisation d'exercice*
- *Salariée à l'Institut d'Education Motrice (IEM) APF France Handicap « François Xavier Falala » à Hérouville-Saint-Clair*
- *Intervenante à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) du CHU de Rouen Normandie et de La Musse*
- *Titulaire d'un Master Universitaire en Physiothérapie du Système Musculo-Squelettique (Physiothérapie Manuel Orthopédique), École Universitaire de Physiothérapie de l'ONCE (Madrid, Espagne)*
- *Titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) en Kinésithérapie Pédiatrique, Paris Descartes (France)*
- *Titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire Paralysie Cérébrale (IMC et Polyhandicap) & Pathologies associées, Université Jean Monnet (France)*

N° d'enregistrement à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) : 1050

Madame, Monsieur,

Étudiante en 4^e année, je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Celui-ci porte sur le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

En votre qualité de masseur-kinésithérapeute et dans le cadre d'un exercice libéral, nous vous proposons de participer à cette étude.

Cette lettre d'informations a pour objectif de vous expliquer les différents aspects de cette recherche.

Pourquoi réaliser cette recherche ?

La HAS a publié en 2017 une recommandation de bonne pratique concernant le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) ou Traumatisme Crânien Non Accidentel (TCNA) par secouement. En 2019, cette dernière a réaffirmé l'importance de sa recommandation. En effet, elle a souligné « l'importance de ses travaux et le rôle essentiel des professionnels de santé dans le repérage, le diagnostic et la prévention de ces maltraitances à enfant ».

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressées au vécu et au ressenti des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention du syndrome du bébé secoué. L'objectif principal est de déterminer le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du syndrome du bébé secoué, d'appréhender la complexité d'une prévention par le masseur-kinésithérapeute sur le thème du syndrome du bébé secoué et d'en évaluer les freins. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration pour la prévention du syndrome du bébé secoué par les masseurs-kinésithérapeutes.

Déroulement et suivi :

Cette étude se déroulera dans différents lieux en fonction des souhaits des professionnels recrutés. Compte tenu de la large diffusion du questionnaire de recrutement et dans l'espoir d'obtenir un maximum de réponses de praticiens de l'ensemble de la France, les entretiens vidéos seront tolérés.

L'accord des participants pour enregistrer l'entretien via l'application « Dictaphone » aura été obtenu au préalable, sous couvert d'anonymat. Pour cela, un numéro d'anonymat vous sera attribué.

L'entretien d'une durée de 30 à 45 minutes sera réalisé en présentiel ou en distanciel selon la convenance des participants sur la période de janvier à février 2023 à la date choisie par les praticiens.

Les entretiens seront retranscrits sur Word puis stockés sur une clé USB dédiée durant le temps nécessaire à l'exploitation et l'analyse des données. Les données seront strictement confidentielles, elles ne seront donc pas divulguées et garantiront l'anonymat des participants. Une fois ce travail achevé, ces dernières seront supprimées.

Bénéfices attendus et risques prévisibles :

Rares sont les études qui ont fait état de l'investissement actuel des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention du syndrome du bébé secoué. L'objectif premier est donc d'enrichir les connaissances autour de ce sujet et d'apporter une vision holistique du rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

De plus, ce mémoire d'initiation à la recherche pourrait servir :

- Aux étudiants en masso-kinésithérapie, puisque, si l'étude met en exergue le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du syndrome du bébé secoué alors il pourrait être partagé et exploité par l'étudiant dans son parcours de professionnalisation ;
- Aux cadres formateurs en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie dans l'abord de certaines notions telles que la maltraitance infantile, le syndrome du bébé secoué ou encore la prévention de ceux-ci dans une démarche de professionnalisation de l'étudiant.

Le principal risque identifié porte sur la délicatesse du sujet abordé. Si le professionnel se trouve en difficulté à l'évocation de certains éléments, il est invité à prendre les mesures qu'il jugera nécessaires afin de faire état de ses difficultés et de se voir proposer des solutions de soutien dans la résolution de ce problème.

Participation à l'étude :

Vous pourrez participer à cette étude si et seulement si :

- Vous êtes Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État (MKDE) ou être titulaire d'une autorisation d'exercice ;
- Vous êtes impliqué ou avait été impliqué dans la prise en soins de patients enfants âgés de moins de 2 ans dans le cadre d'un exercice libéral.

Vos droits :

Dans le cadre de cette recherche à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement informatique des données recueillies va être mis en œuvre pour analyser les résultats au regard de l'objectif visé. Ce traitement sera conforme à la Méthodologie de Référence MR-003 de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Les données vous concernant seront anonymisées et confidentielles aux collaborateurs de l'étude.

Vous disposez à tout moment :

- D'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant ;
- D'un droit de rectification ou d'opposition à la transmission des données ;
- D'un droit de ne pas répondre à une question.

À la fin de l'étude, en juin 2023, le document portant sur vos données personnelles associées à votre numéro d'anonymat sera détruit. Ainsi, il sera rendu impossible d'identifier les participants. Les entretiens, anonymisés de manière irréversible, seront conservés pendant deux ans pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre d'autres recherches.

Vous avez la liberté de prendre part à l'étude ou non. Si vous prenez part à la recherche, vous pourrez à tout moment demander des informations complémentaires à propos de cette étude auprès de M^e Audrey DANIÈRE. Par ailleurs, vous aurez la possibilité de la quitter à tout moment et sans motif. Cela n'aura aucun impact, de quelque nature que ce soit pour l'avenir.

Maintenant que vous avez connaissance de cette recherche et de ces objectifs, vous avez le choix d'y participer. Si vous souhaitez participer à notre étude, nous vous invitons à compléter le formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien mis à votre disposition.

Merci de l'attention et du temps que vous consacrerez à la lecture de ce projet. Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude.

Audrey DANIÈRE

Annexe VI : Formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement audio de l'entretien destiné aux participants à la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO DE L'ENTRETIEN DESTINÉ AUX PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

Titre de la recherche : La mise en œuvre d'une prévention du syndrome du bébé secoué par le masseur-kinésithérapeute : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles

N° d'enregistrement à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) :
1050

Je soussigné _____ (NOM Prénom), né(e) le _____ à _____, certifie avoir lu et compris la lettre d'informations concernant la recherche intitulée « La mise en œuvre d'une prévention du syndrome du bébé secoué par le masseur-kinésithérapeute : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles » qui m'a été transmise par mail ce jour.

J'ai eu la possibilité de poser les questions nécessaires pour la bonne compréhension de la recherche et de recevoir des réponses claires et précises par la personne qui mène l'étude, qui m'a expliquée par le biais de la lettre d'informations, la nature, les objectifs, les bénéfices attendus, la durée, les risques et les contraintes liés à ma participation à ce protocole.

Il m'a clairement été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et, dans le cas où j'accepte, je suis libre de me retirer à tout moment sans devoir en justifier le motif.

J'ai pris connaissance que cette recherche a reçu un avis favorable de la DRCI le 19/09/2022, et fait l'objet d'un engagement de conformité à la Méthodologie de Référence MR-003 de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Mon consentement ne décharge pas les personnes qui dirigent la recherche de leurs responsabilités de confidentialité à l'égard de mes données personnelles et je conserve tous mes droits garantis par la loi. J'ai compris que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données me concernant.

J'ai connaissance que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche pourront être utilisées lors d'autres recherches ultérieures à des fins scientifiques.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à la personne qui mène ce mémoire d'initiation à la recherche, M^e Audrey DANIÈRE (audreydaniere11@gmail.com).

Les résultats globaux de la recherche vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom.
J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision,

- J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche présentée.
- Je n'accepte pas de participer à la recherche présentée.

Fait le _____ à _____,

Nom et Prénom

Adresse mail

Signature

Nous vous remercions de bien vouloir parapher ce document.

Annexe VII : Guide d'entretien

Thème 1 : La relation thérapeutique en pédiatrie

Thème 2 : Le syndrome du bébé secoué

Thème 3 : La prévention primaire du syndrome du bébé secoué

→ *Au préalable du Thème 3 : Présenter les différents types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) afin de s'assurer de la compréhension de tous les participants*

En complément de la définition de la « santé » établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948, ont émergé en parallèle de la notion de « prévention » les distinctions de primaire, secondaire et tertiaire.

- *Prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) : Elle correspond à « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence (nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée) d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux ».*
 - *Prévention secondaire (au tout début de la maladie) : Son but est de « diminuer la prévalence (mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné) d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque ».*
 - *Prévention tertiaire (une fois la maladie installée) : Elle intervient à « un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique ».*
-

Comment définiriez-vous la relation thérapeutique en pédiatrie ?	Spontanément, qu'évoque pour vous le syndrome du bébé secoué ?	Comment envisagez-vous la prévention primaire du syndrome du bébé secoué par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ?
Comment vous situez-vous au sein de la triade relationnelle ?	Comment avez-vous découvert ce syndrome du bébé secoué ? (formation initiale, formation continue, vie personnelle, exercice professionnel, etc.)	Comment évaluez-vous la nécessité d'une prévention primaire en systématique par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ?
Spontanément, qu'évoque pour vous l'accompagnement à la parentalité ?	À combien, estimez-vous, en chiffres, l'incidence du syndrome du bébé secoué en France ?	Pouvez-vous développer le rôle que vous attribuez aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prévention primaire ?
Comment y prenez-vous part au sein de votre pratique ?	Pourriez-vous me parler du dernier cas dont vous avez eu connaissance, que ce soit à travers les médias, dans votre exercice professionnel ou dans votre vie personnelle ?	Selon vous, quel est le moment le plus opportun afin de réaliser cette prévention ?
	Comment qualifiez-vous vos connaissances au sujet du syndrome du bébé secoué ?	Quel(s) outil(s) de prévention connaissez-vous ou imagineriez-vous mettre en place ? (information orale, support vidéo, dépliant informatif, affiche, document écrit, etc.)

Estimez-vous être suffisamment préparé à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du syndrome du bébé secoué ?

Pouvez-vous me parler de la prévention primaire que vous réalisez dans votre pratique professionnelle et si ce n'est pas le cas m'expliquer pourquoi ?

Pouvez-vous développer les freins que vous rencontrez (ou non) pour effectuer cette prévention primaire ?

Comment pourrait-on remédier à ces difficultés ? Avez-vous des suggestions ?

Auriez-vous des propositions pour des nouvelles modalités de prévention primaire ?
Des idées d'outils à mettre en place ?

Annexe VIII : Grille d'analyse

Thème(s)	Critère(s)	Indicateur(s)	Question(s) ouverte(s)	Hypothèse(s)
Thème 1 : La relation thérapeutique	Critère 1 : Instauration d'une relation thérapeutique en pédiatrie	Particulière Triade relationnelle Influence des trois partenaires Interdépendance entre les relations	Comment définiriez-vous la relation thérapeutique en pédiatrie ?	Question de contexte
	Critère 2 : Place au sein de la triade relationnelle	Position de tiers pesant Possibilités de relais entre le soignant et les parents Expertise et conseils avisés	Comment vous situez-vous au sein de la triade relationnelle ?	Hypothèse 1
	Critère 3 :	Valorisation des compétences parentales	Spontanément, qu'évoque pour vous	Hypothèse 1

	Définition de l'accompagnement à la parentalité	Prévention des ruptures du lien familial Information des familles	l'accompagnement à la parentalité ?	
	Critère 4 : Investissement au sein de la pratique	L'accompagnement à la parentalité	Comment y prenez-vous part au sein de votre pratique ?	Hypothèse 1
		Violence Maltraitance infantile (Syndrome de Silverman)		
Thème 2 : Le syndrome du bébé secoué	Critère 1 : Définition du syndrome du bébé secoué	Secouement(s) Décès Répercussions somatiques et psychologiques	Spontanément, qu'évoque pour vous le syndrome du bébé secoué ?	Question de contexte

	Impacts sociaux et économiques		
	Lésions cérébrales, oculaires et de la moelle épinière		
	Pathologie de l'exaspération		
	Rôle déterminant des cris et des pleurs		
Critère 2 :	Formation initiale	Comment avez-vous découvert ce syndrome du bébé secoué ?	Hypothèse 3
Découverte du syndrome du bébé secoué	Formation continue		
	Vie personnelle		
	Exercice professionnel		
Critère 3 :	Épidémiologie	À combien, estimez-vous, en chiffres, l'incidence du syndrome du bébé secoué en France ?	Hypothèse 3
	Incidence (chiffres)		

Estimation de l'incidence
du syndrome du bébé
secoué

Critère 4 :	Utilité sociale de la recherche	Pourriez-vous me parler du dernier cas dont vous avez eu connaissance ?	Question de contexte
Dernier cas connu	Médias Exercice professionnel		
	Vie personnelle		

Critère 5 :	Excellentes	Comment qualifiez-vous vos connaissances au sujet du syndrome du bébé secoué ?	Hypothèse 3
Connaissances sur le syndrome du bébé secoué	Très bonnes		
	Bonnes		
	Moyennes		
	Pauvres		
	Insuffisantes		
	Inexistantes		

Thème 3 :
La prévention du
syndrome du bébé
secoué

Critère 1 :
Prévention du syndrome
du bébé secoué par les
masseurs-
kinésithérapeutes libéraux

Action ciblant la
population générale

Limiter l'incidence

Agir en amont de la
maltraitance

Conseils de puériculture

Explications des soins de
base

Aide à décrypter les
rythmes et pleurs

Aborder la gestion du
stress

Transmettre des savoirs-
être et savoirs-faire

Mesurer l'état et
l'évolution des
compétences parentales

Comment envisagez-vous
la prévention primaire du
syndrome du bébé secoué
par les masseurs-
kinésithérapeutes
libéraux ?

Hypothèse 1

afin de soutenir les
parents

Rompre l'inexpérience et
l'isolement

Disponibilité et écoute

Instauration d'un lien
fort entre les parents et
leur enfant

Prévention d'un éventuel
passage à l'acte

Attention portée à la
santé mentale des parents

Critère 2 :	Indispensable	Comment évaluez-vous la	
Prévention systématique	Très importante	nécessité d'une prévention	Hypothèse 1
du syndrome du bébé	Importante	primaire en	Hypothèse 2
secoué par les masseurs-	Sans opinion	systematique par les	Hypothèse 3
kinésithérapeutes libéraux		masseurs-kinésithérapeutes	
		libéraux ?	

	Possible		
	Impossible		
	Inutile		
	Compétence 3 du référentiel de compétence		
Critère 3 :	Promotion de la santé	Pouvez-vous développer le rôle que vous attribuez aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prévention primaire ?	Hypothèse 1
Rôle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prévention primaire	Éducation thérapeutique		
	Prévention		
	Dépistage		
	Ingénierie des soins		
	Jamais		
Critère 4 :	Prénatal	Selon vous, quel est le moment le plus opportun afin de réaliser cette prévention ?	Hypothèse 1
Moment opportun pour la réalisation d'une prévention	Suites de couches immédiates		Hypothèse 2
			Hypothèse 3

	Post-partum		
	Tout le temps		
	Les actions de préventions antérieures		
Critère 5 : Outil(s) de prévention connu(s)	Information orale	Quel(s) outil(s) de prévention connaissez- vous ou imagineriez-vous mettre en place ?	Hypothèse 1
	Support vidéo		Hypothèse 2
	Dépliant informatif		Hypothèse 3
	Affiche		
	Document écrit		
	Absolument		
Critère 6 : Perception du niveau de préparation	Certainement	Estimez-vous être suffisamment préparé à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du syndrome du bébé secoué ?	Hypothèse 3
	Plutôt		
	Ne sait pas		
	Relativement		
	Éventuellement		

Pas du tout

	Informations au sujet du syndrome du bébé secoué		
Critère 7 :	Compréhension de l'origine des pleurs de bébé	Pouvez-vous me parler de la prévention que vous réalisez dans votre pratique professionnelle et si ce n'est pas le cas m'expliquer pourquoi ?	Hypothèse 1
Prévention réalisée dans la pratique professionnelle	Moyens possibles à mettre en place pour calmer les pleurs		Hypothèse 2
	Précautions à prendre si les pleurs persistent et que l'exaspération prend le dessus		Hypothèse 3
Critère 8 :	Illégitimité	Pouvez-vous développer les freins que vous rencontrez (ou non) pour	Hypothèse 1
Freins rencontrés	Manque de connaissances		Hypothèse 2
			Hypothèse 3

	Sujet délicat Gêne Parents réticents Manque de temps	effectuer cette prévention primaire ?	
Critère 9 : Remédiation et suggestions	En discuter en collaboration avec d'autres professionnels Se renseigner davantage Aborder le sujet avec délicatesse	Comment pourrait-on remédier à ces difficultés ? Avez-vous des suggestions ?	Hypothèse 2 Hypothèse 3
Critère 10 : Propositions de nouvelles modalités de prévention et d'outils à mettre en place	Réseau(x) social(ux) Application(s) Groupe(s) de parole	Auriez-vous des propositions pour des nouvelles modalités de prévention primaire ? Des idées d'outils à mettre en place ?	Hypothèse 1

Annexe IX : Résumé vertical des entretiens

A. Entretien n°1

Le participant définit la relation thérapeutique en pédiatrie comme une relation de confiance qui repose, la plupart du temps sur un triptyque regroupant le thérapeute, le patient et ses parents car « *complètement nécessaire parce que le soin en pédiatrie a vraiment besoin d'être relayé par le comportement parental au domicile et au quotidien* ». Au sujet de sa place dans la triade relationnelle, il estime que c'est une question extrêmement complexe à laquelle ils sont « *très peu formés, en IFMK et ailleurs* ». Il suggère qu'« *il faut apprendre à se mettre dans l'empathie et non pas dans la sympathie* ». Le thérapeute doit ainsi être en soutien, en guidance, ne pas faire à la place et ne pas non plus être à distance tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'« *être une figure d'attachement annexe* ». En effet, pour que les soins fonctionnent, il faut entrer en relation avec la famille et l'enfant et que celui-ci ait confiance en nous et soit un peu attaché à nous. Lorsque j'aborde le sujet de l'accompagnement à la parentalité, il me signifie faire en ce moment un Diplôme Universitaire (DU) sur le développement cognitif et affectif du nourrisson et travailler actuellement sur ce sujet. L'accompagnement à la parentalité évoque pour lui d'être présent, de soutenir, d'accompagner et de montrer mais de ne pas faire à la place ; ce que l'on peut parfois avoir tendance à faire. Il s'agit par exemple, face à des parents un peu défaillants, de ne pas forcément solliciter une aide extérieure, comme les services sociaux, mais réussir à trouver en chaque parent et enfant leur potentiel et le mettre en lumière. Faire à la place de, jouer le rôle de sauveur n'est pas efficace. Dans sa pratique professionnelle, c'est une approche très importante pour lui d'autant plus qu'il est formé en entretien motivationnel. Il précise qu'il donne aux parents la place qui est la leur : ils sont les premiers experts du patient. Il les laisse parler, s'interroger sur la raison pour laquelle ils sont en kinésithérapie, à quoi ça va servir pour leur enfant afin que ça les fasse cheminer de leur côté. Pour ce faire, il propose des podcasts ou encore des livres, du contenu d'utilité sur la parentalité puis leur indique qu'ils peuvent revenir vers lui, lors des prochaines séances, pour poser des questions et en parler. Il laisse avant toute chose la place à la réflexion et ne donne pas trop d'informations de suite car certaines n'ont pas d'utilité pour eux. S'il veut leur donner l'information la plus qualitative et la plus pertinente au regard de leurs besoins, il faut qu'il les comprenne et qu'il leur laisse poser leurs questions. C'est réellement une idée de « *timing* ».

Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) évoque des souvenirs chez le participant car il a travaillé quatre ans en hôpital, intervenait parfois en réanimation, auprès d'enfants, pour soutenir ses collègues. Il se souvient plus précisément d'un petit garçon de quatre mois qui était en mort cérébrale suite à un papa qui l'avait secoué et qui soutenait que son enfant faisait des caprices ! Il se remémore cette violence inouïe de voir un enfant qui allait bien et qui ne va plus bien à cause de son parent. Il a découvert ce syndrome lors de son stage de classe de Troisième réalisé en centre d'éducation motrice. Il accueillait un petit garçon qui avait été secoué par sa nounou et avait des séquelles. Dans le cadre de sa formation initiale, il ne se souvient pas si le SBS a été abordé car cela ne l'a pas marqué. Concernant son estimation du SBS en France, il confie ne pas forcément avoir d'idée mais pense qu'il y en a plus que de morts inattendues, que c'est bien sous-estimé. Il annonce entre 300 et 400 par an.

Lorsque je lui demande de me parler du dernier cas dont il a eu connaissance, il s'agit de parents, sur un média internet, Brut ou Konbini, qui décrivaient leur parcours et celui de leur enfant secoué par sa nounou et qui en est décédé. Il trouve qu'on en parle un peu plus et mentionne un podcast s'intitulant « État de choc » qu'il écoute beaucoup. Dans un épisode qui s'appelle « Trop militant pour être honnête », le SBS est abordé et il est dit qu'aujourd'hui, on a un nombre de données scientifiques pour valider que, concrètement, c'est ce traumatisme-là qui fait ces séquelles-là au niveau cérébral. Cependant, on ne peut pas, déontologiquement, secouer un bébé pour voir ce que ça fait au niveau cérébral. Aussi, des limites et des réserves sont à poser par rapport aux données de ce syndrome.

Le participant, questionné sur son avis quant à la couverture médiatique autour du SBS, indique que ce n'est pas la problématique du bébé secoué qui le questionne mais le problème de la psychiatrie périnatale parce que c'est très en lien avec des « *craquages* » de parents en ajoutant que c'est quand même plus fréquent chez la nounou. Il mentionne que le manque d'informations sur la psychiatrie périnatale le dérange beaucoup car devenir parent n'est pas anodin et que cela sous-tend des décompensations psychiatriques, des grandes difficultés. Aujourd'hui la parentalité, étant quelque chose d'extrêmement culpabilisant et d'extrêmement violent pour certaines personnes et notamment pour des mamans, il déplore le « *manque d'informations et de communication sur les difficultés psychiatriques liées à la naissance d'un enfant* ».

Pour ce qui relève de ses connaissances au sujet du SBS, il regrette qu'il ne soit quasiment pas abordé en formation initiale et continue et que « *c'est un peu un non-sujet alors que finalement ce sont des choses que l'on rencontre assez souvent* ». Le SBS s'inscrit globalement dans la paralysie cérébrale, domaine qu'il connaît très bien. Mais, au regard de la spécificité de ce syndrome, il pense finalement ne pas avoir beaucoup de connaissances car les lésions, relevées au niveau occipital et frontal, entraînent des troubles associés donc plutôt des difficultés cognitives et relationnelles pour lesquelles les MK sont beaucoup moins formés. Ils le sont sur l'aspect moteur mais beaucoup moins sur les troubles associés. Aussi, il estime que le niveau de formation des MK est assez bas pour ce syndrome.

Le participant, au sujet de la Prévention Primaire (PP) du SBS effectuée par les Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (MKL), pense qu'elle est bien mise en œuvre dans son cabinet. En effet, il est beaucoup question des difficultés de la parentalité lors des premières séances afin que les parents comprennent qu'ils sont dans un lieu sûr, une « *safe place* » où la parole doit être libérée. Avec ses collègues, ils essaient de faire déculpabiliser les mamans afin qu'elles puissent déposer leurs souffrances, déposer leurs phobies d'impulsions qui sont très présentes chez les parents et notamment chez elles. Les phobies d'impulsion, c'est s'imaginer faire du mal à son enfant, le secouer, le jeter par la fenêtre etc. Il s'agit d'une peur de le faire et non un passage à l'acte. Cette phobie a finalement quelque chose de sain car en lien avec le fait de devenir responsable d'un être humain, vivant. Si les mamans signifient qu'elles en ont, il est très important de leur apprendre à faire la différence entre une violence qui monte et donc un risque de passage à l'acte et une phobie d'impulsion. L'idée sous-jacente étant « *on accompagne vers la libération de la parole des parents* ». Cependant, si une maman n'évoque pas ce type de phobie, il ne va surtout pas l'aborder avec elle au risque de développer de l'anxiété et de l'angoisse : « *c'est vraiment de donner de l'information à hauteur de ce dont elles ont besoin* ». Il travaille beaucoup avec des psychologues et des psychomotriciennes et dispose aussi de tous les numéros d'urgences qui lui permettent de soutenir au mieux les mamans.

À la question sur l'évaluation de la nécessité d'une PP en systématique par les MKL, il pense que c'est plus en lien avec la santé mentale des parents. Il souligne qu'une attention particulière doit être portée sur la santé mentale des papas car il y a autant de dépressions post-partum chez le papa que chez la maman, donnée non prise en compte. Aussi, il précise qu'il est extrêmement

important d'inclure dans le bilan et dans la première anamnèse, la santé mentale des parents au risque du bébé secoué mais aussi de suicide chez une maman et de dépression chez un papa : « *il faut qu'on pose une question sur le bien-être psychique des parents à ce moment-là* ». Il le mesure à 100 % en pédiatrie et insiste sur l'impérativité de l'inclure dans les questions.

En ce qui concerne le rôle qu'il attribue aux MKL dans la PP, il déclare que c'est une profession qui pourrait y avoir une belle place et un rôle important à jouer mais, pour le moment, la prévention est quelque chose qui est très peu mis en place dans notre système de santé global en dehors du sport-santé. Il lui semblerait judicieux d'instaurer en pédiatrie des accompagnements à la parentalité : proposer des séances d'accompagnement de motricité, sur comment stimuler un bébé, comment le soutenir dans son développement. Les orthophonistes ont obtenu une cotation de séances sur l'accompagnement à la diversification alimentaire, ce qui constitue une grande avancée en termes de prévention primaire. Il souhaiterait qu'il en soit de même pour les MK mais ça n'est pas le cas.

Concernant le moment le plus opportun pour mener cette prévention, il ne s'agit pas, pour lui, de la maternité, lieu où ils les parents reçoivent beaucoup trop d'informations diverses et variées. Ce qui serait très pertinent et intéressant, c'est que les médecins traitants sachent que les MK ont cette possibilité de PP et qu'ils orientent les parents vers eux aux alentours des un mois ou deux de l'enfant, période pendant laquelle il commence à prendre un micro rythme à la maison. C'est aussi le moment où les parents commencent un petit peu à se sentir seuls et notamment les mamans. Avec beaucoup d'enthousiasme, il déclame que ce serait « *chouette* » d'être présent sur ce temps pour répondre aux questions et accompagner au mieux les familles : « *on aurait alors un super rôle !* ». Il pense cet accompagnement en termes de co-consultation avec d'autres professionnels (psychomotricienne et / ou psychologue du développement) sur un ou deux rendez-vous.

Au sujet des outils de prévention connus ou envisagés à mettre en place, il indique ce qui est fait dans son cabinet : des affiches dans la salle d'attente avec différents numéros verts et tout particulièrement le numéro d'appel sur la violence faite aux femmes et aux enfants (3919). La communication orale est également un point d'appui. Il évoque son souhait de créer des groupes de paroles de parents comme les groupes de paroles de papa qui existent au sein d'une unité mère - bébé d'un HP (Hôpital Psychiatrique) avec lequel il travaille.

Lorsque je lui demande s'il estime être suffisamment préparé à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du SBS, il me répond par la négative mais qu'il a la chance d'avoir un cabinet avec des psychomotriciens et des psychologues et que ces derniers pourront animer ce groupe de paroles.

Pour ce qui relève des freins rencontrés, il évoque, avant toute chose, le temps car les parents en mettent beaucoup avant de pouvoir à se confier. Puis, il fait référence aux milieux socio-économiques des familles :

- Dans le milieu socio-économique « *plutôt haut* », il est confronté au déni de la difficulté car « *il faut faire bonne figure* », les apparences sont très importantes pour les parents et surtout pour les papas qui ont des difficultés à avouer qu'ils sont en difficulté, qu'ils dépriment et qui n'osent pas montrer qu'ils ne vont pas bien ;
- Dans le milieu socio-économique « *bas* », c'est le manque d'informations des parents qui est criant. Ils n'ont pas forcément cette culture de la prise en charge psychique, de ce qui peut se passer et de parler de tout ça. Parler de difficultés psychiatriques chez les personnes qui y sont le plus confrontés, c'est très compliqué.

Pour remédier à ces difficultés, il pense ne pouvoir faire grand-chose en tant que MK car il y a un travail à effectuer sur les inégalités globales de la société et cela ne relève pas de son champ de compétences. C'est une éducation globale à dire qu'en France on est sur une dichotomie totale entre le corps et l'esprit : « *c'est encore dans la culture actuelle que de penser que le corps est d'un côté et la tête de l'autre et il ne faut pas trop parler de ce qu'il se passe dans notre tête* ». Cet état de fait s'avère être très compliqué dans la construction de notre système de soins. Il suggère des prises en charge qui soient beaucoup plus holistiques et de lever ce tabou de la difficulté mentale qui est finalement quelque chose de très présent chez de nombreuses personnes. Les MK devraient être un minimum formés pour agir et réagir face à une maman qui est à deux doigts de craquer, face à un risque de suicide chez un papa etc. car la plupart des MK n'en ont aucune idée.

Il envisage des nouvelles modalités de PP et d'outils à mettre en place comme la consultation de développement pour les enfants qui sont à risque. Il souhaiterait la mettre en œuvre à l'hôpital de Lyon avec sa collègue « *psychomot* » en le faisant tous les deux en interdisciplinarité : travailler ensemble et ne pas travailler l'un à côté de l'autre pour se

comprendre et proposer un projet le plus adapté possible aux parents et de les accompagner le mieux possible. Il suggère également, dans la formation continue, plus d'interventions sur le SBS et précise qu'il faut savoir qu'il y a plus de bébés secoués chez les enfants qui ont des Troubles du NeuroDéveloppement (TND) et notamment chez les enfants qui sont à risque de Troubles du Spectre Autistique (TSA) ; ce sont des enfants qui ont des modes relationnels particuliers qui mettent beaucoup plus vite à bout leurs parents que ceux dont les bébés n'ont pas de soucis. Il s'agirait donc de repérer les enfants avec des difficultés présentes dès la naissance et prendre du temps avec les parents et les écouter.

Il se remémore le nombre de fois où il a reçu des parents (surtout des mamans) lui disant que leur bébé pleurait toute la journée et que leur pédiatre ne les écoutait. Il s'en insurge en rappelant qu'il faut arrêter de dévaloriser les parents, essayer de les écouter et prendre du temps avec eux. C'est ce à quoi répondraient les « *consultations de développement* ». D'un point de vue global, cela reposerait sur de la « *formation auprès de tous les professionnels qui accueillent des enfants dans les deux premières années de vie* ».

B. Entretien n°2

Le participant définit la relation thérapeutique en pédiatrie comme une relation fonctionnant en triade entre le MK, les parents et le patient. Il s'agit d'une véritable relation de partage durant laquelle le MK est à l'écoute des parents car il doit se baser sur leurs ressentis, sur ce qu'ils apportent et sur le partage de conseils. Au sein de la triade relationnelle, il déclare être toujours à l'écoute. Rendre les parents compétents (sachant qu'ils analysent plutôt bien la situation) et mettre en lumière leurs compétences (qu'ils remettent souvent en cause) fait partie de son travail. Il veille à les mettre plus à l'aise, à les guider dans leur rôle de parent et précise que « *c'est hyper important d'avoir ce rôle de soutenant par rapport à la parentalité* ». Il estime qu'il a un rôle de dépistage vraiment très important qui concerne autant l'enfant que les parents notamment sur la dépression post-partum. Il observe les attachements et peut repérer si les enfants sont en danger car les voyant une à deux fois par semaine pendant un temps court : « *on a vraiment ce temps privilégié avec les enfants mais aussi avec les parents* ». Il qualifie son rôle de dépistage « *plus fin* » que celui mené par les médecins, par exemple, car ils ne les voient qu'une demi-heure avec des tas de choses à gérer.

Selon lui, l'accompagnement à la parentalité « *ce n'est pas forcément de modeler une parentalité mais que les parents se rendent compte qu'ils sont compétents et qu'ils se fassent confiance* ». Il confie qu'au fil du temps, il prodigue des conseils qui sont, selon lui, en dehors de son champ de compétences, comme la diversification par exemple. Formé à l'oralité, domaine qu'il maîtrise, il offre des « *espaces libre de parole pour que les parents puissent poser leurs questions et moi d'y répondre* ». Avoir ces consultations deux fois par semaine de 30 à 45 minutes laisse du temps à la parole et les parents peuvent « *tout déposer* ». Il a d'ailleurs installé un fauteuil dans son cabinet, fauteuil dans lequel les parents peuvent s'asseoir et il a régulièrement des mamans qui pleurent dedans. Il s'arrête alors pour les entendre et les écouter. Parfois, des parents s'y assoient pour poser leurs questions et d'autres s'y endorment ! Dans cet espace qu'il consacre aux échanges, il pose une oreille attentive et non jugeante, il n'oriente vers rien lorsque cela ne relève pas de ses compétences et qu'il y a besoin d'une aide d'un autre professionnel. Il veille ainsi être « *à l'écoute, bienveillant qui met en lumière leurs belles capacités et c'est soutenant pour l'attachement* ».

Lorsque je l'interroge sur la manière dont il procède dans sa pratique, il mentionne avoir vraiment un rôle à jouer dans la création de l'attachement des parents. Avec sa collègue, ils disent souvent aux parents « *vous avez vu comme il vous regarde, c'est joli...* » et s'ils oublient d'avoir cette attention particulière, ces petites phrases rassurantes et réconfortantes, ils se lancent des petits défis : par exemple, cette semaine, avec tous les patients du lundi, on va faire attention à telle chose et on va mettre en lumière les regards entre les enfants et les parents et la semaine d'après on passe au mardi etc. Il estime que cela devient ensuite une habitude mais qu'ils sont très attentifs à sa mise en place. Il évoque des parents qui parfois s'étonnent de ne pas comprendre pourquoi leur enfant pleure tout le temps chez eux et ne pleure plus au cabinet. Il leur répond alors que c'est parce qu'avec eux il s'autorise à dire ce qu'il ne va pas et qu'avec lui, il n'ose pas car il lui fait un peu peur. Dans ce cas précis, il tente alors de faire prendre conscience aux parents que la figure d'attachement c'est eux et qu'ils amènent plein de belles choses qu'ils les analysent bien mieux que les professionnels de santé. Il est juste là pour les accompagner sur un petit bout de chemin. Il travaille avec beaucoup de professionnel de santé, notamment des sages-femmes et une pédiatre et c'est une chance pour lui. Il n'hésite pas à les solliciter, à faire du lien et à s'inscrire dans la pluridisciplinarité pour répondre au mieux aux besoins de ses patients.

Pour le participant, le terme SBS, évoque un épuisement parental, parfois une « *parentalité solitaire* », avec des parents qui ne sont généralement pas bien accompagnés. Il évoque également les séquelles neurologiques et les violences et souligne un potentiel manque de protection de l'enfant et de la famille. Lorsque je l'interroge sur sa découverte du SBS, il me répond sans aucune hésitation et très rapidement que ce n'était pas en formation initiale. Diplômé depuis 16 ans, ses cours de pédiatrie portaient sur tout ce qui était neurologie avec « *Bobath et Le Métayer* », sur le pied bot varus équien mais rien au sujet des tout-petits. Cependant, avec la formation continue et grâce à son rôle de maman, il a été sensibilisé et a d'ailleurs rencontré et soigné des enfants secoués.

Concernant l'incidence du SBS en France, il propose « 400 ». Le dernier cas dont il a eu connaissance provient d'un média mais il ajoute en avoir régulièrement vu. Il évoque le cas d'un petit bonhomme qu'il suspecte avoir été victime du SBS, qui a été placé depuis parce que des traces de bleus ont été constatées sur son corps. Il a été frappé par sa maman mais aucune certitude sur le fait qu'il ait été secoué. Âgé maintenant de 18 mois, il a un retard neuromoteur, un retard de langage et des troubles de l'oralité importants. Il me fait part d'un autre cas, rencontré en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatrique : un enfant secoué par son papa, qui était incarcéré pour cette raison. Cet enfant avait une atteinte neurologique plus sévère avec un tableau parétique. Pour ce qui relève de ses connaissances sur le SBS, il estime en avoir et notamment sur ses répercussions. Néanmoins, il ne prétend pas tout connaître et précise que l'on a toujours à apprendre.

Le participant envisage la PP du SBS par les MKL comme un sujet difficile à aborder, plus que celui de la mort subite du nourrisson, car on ne sait pas encore exactement comment cela se passe et donc s'il y a forcément de la négligence derrière. De plus, l'évoquer avec les parents lui semble très compliqué car ceux-ci n'y ont certainement même pas encore pensé. Il va plutôt faire attention aux mamans et vérifier qu'elles ne soient pas « *borderline* », au bord de la dépression post-partum. Si tel est le cas, il va en parler avec elles, leur proposer d'appeler la périnatalité (qui vont les orienter rapidement vers des psychologues), appeler la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (pour la mise en place d'une aide à domicile avec des puéricultrices), appeler la sage-femme etc. Il avoue, en précisant que c'est peut-être une erreur de sa part, ne pas dire aux parents de prendre soin d'eux car ce serait dommage de secouer leur bébé. C'est « *hyper difficile* » pour lui d'en parler. En revanche, dans son cabinet, il y a des

affiches de prévention. Il mentionne qu'il a souvent des parents qui lui confient que, parfois, lorsqu'ils ont leur enfant dans les bras et le bercent, ils ont peur de le secouer. Il les rassure en leur indiquant que ce n'est pas tout à fait la même chose et il réexplique. Ainsi, il évoque le SBS avec les parents si ceux-ci lui en parlent mais il trouve très difficile d'aller sur ce sujet de but en blanc.

En ce qui concerne l'évaluation de la nécessité d'une PP en systématique par les MKL, la trouvant déjà très difficile dans sa propre pratique, il pense que la rendre systématique le serait encore plus. Il rêverait d'une consultation systématique pour les nouveaux nés à 1 mois de vie, afin de mettre en place des choses sur le portage, entre autres. Pour lui, l'idéal serait déjà à 15 jours mais s'il y avait à un mois ce serait super ! Il s'agirait, pour le portage, d'améliorer l'étayage parents - enfant et il pense qu'on serait déjà dans la prévention du bébé secoué. Il porte souvent une attention sur les troubles digestifs car les bébés qui en ont ne sont pas bien. Il s'exaspère d'entendre qu' « *un bébé ça pleure* » et cela l'agace d'autant plus car on peut les aider ainsi que les parents : ces bébés ne peuvent pas être bien s'ils souffrent à l'intérieur et on ne peut pas construire une homéostasie tranquille quand ça ne va pas dedans. Il suppose que « *maintenant que le papa est là plus longtemps, je suis sûr que ça peut diminuer le risque du bébé secoué* ». S'il y avait une petite consultation systématique, il est certain que cela limiterait le nombre de plagiocéphalies, entre autres. Cela permettrait aussi, pour des mamans qui s'inquiètent, de les accompagner un peu plus et d'autres choses pourraient être identifiées.

Au sujet du rôle qu'il attribue aux MKL dans la PP, il déplore l'absence d'actes de prévention et ajoute que c'est bien dommage car ils pourraient faire tellement de choses. En termes de santé publique, pour la pédiatrie, le rôle des MK dans la prévention est de parler de tout ce qui a trait au nourrisson. Il évoque ses échanges avec les parents : parler du couchage et leur montrer que ce n'est pas à l'apparition du couchage sur le dos qu'il y a de la plagiocéphalie mais que cela relève plutôt de l'immobilité ; parler des vaccins, c'est important de faire de la prévention sur ce sujet même s'il considère que ce n'est pas son métier ; mais aussi faire de la prévention sur la motricité. Il considère que cela amène « *de l'eau au moulin* » pour prévenir les TND qui peuvent apparaître surtout chez les prématurés, sur les bébés vulnérables mais aussi pour évoquer l'alimentation et indirectement le diabète (il parle beaucoup de l'appétence au sucre et pourquoi c'est bien de ne pas en donner avant deux ans) et enfin pour s'intéresser à la puériculture et à la motricité globale.

Le moment le plus opportun pour mener cette prévention serait, selon lui, avant l'accouchement puis il change d'avis. Il évoque des soirées de formation avec des sage-femmes au cours desquelles il leur disait combien elles avaient un rôle important à jouer sur le choix du matériel de puériculture, par exemple. Elles ont changé leur discours mais ce n'est pas pour autant que les parents n'ont pas continué dans l'achat de matériels non adaptés. Il faudrait donc, d'après lui, encore plus marteler ce message. Il pense finalement qu'à un mois de vie de leur enfant, les parents n'ont pas encore tout le matériel car il y en a qu'ils ont jugé non nécessaires. Ils ont déjà leur enfant et avec des tas de choses qui se réalisent et à gérer. Tant que l'enfant n'est pas là, il est difficile pour eux de se projeter. Aussi, une consultation à un mois serait, selon lui, super !

Concernant les outils de prévention qu'il connaît ou pourrait imaginer mettre en place, il m'informe que pendant la pandémie mondiale de Covid-19, il a fait des vidéos pour les parents sur la prévention, le portage, etc. dont il s'est servi longtemps, même après le « Covid ». L'utilisation des vidéos permettait d'illustrer ce qu'il avait dit en séance, cela pouvait être montré au conjoint et avait donc un double effet. Le support vidéo est un outil très intéressant pour lui, mieux que le support papier parce que, finalement, les gens ne lisent pas. Je le questionne sur les retours des parents qui ont visionné ses vidéos. Il me répond que tous ont adoré et lui ont dit que qu'elles étaient « *hyper intéressantes* » et « *hyper pratiques* » car très courtes (entre 45 et 50 secondes) et pouvant se regarder tranquillement. C'était un bon outil qui devrait plus être développé d'après lui. Il rêverait d'un Instagram® pédiatrique national parce qu' « *il y a des tonnes de kinés pédiatriques supers en France* » et ce serait super de tous les regrouper sous un même compte avec des conseils de motricité et plein d'autres choses. Il suggère d'arrêter les choses inadaptées que l'on peut retrouver sur les réseaux sociaux.

À la question « estimez-vous être suffisamment préparée à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du SBS ? », il le pense mais pourrait toujours s'améliorer. Il sait exactement ce que ça peut faire même si parfois, il peut être surpris : il peut arriver à identifier les mamans en difficulté ou passer totalement à côté même s'il essaye de faire attention. Il y a ce qu'elles veulent bien dire, des moments où elles sont hyper bien et la séance d'après, elles ne font que pleurer. Il y a également des parents qui sont perdus de vue. « *On pourrait faire tellement mieux... je pense que ce serait d'autant plus facile dans une structure pluridisciplinaire parce qu'on aurait un vrai maillage autour des familles* », avec des familles que l'on pourrait donc ne pas perdre de vue. Selon lui, si cette structure pouvait également

accueillir une psychologue salariée, dont les soins ne seraient, de ce fait, pas à la charge des parents, ceux-ci pourraient venir facilement discuter lorsqu'ils auraient une inquiétude sur leur enfant, « *ce serait génial !* ».

Dans sa pratique professionnelle, il fait de la prévention via des affiches où quand les parents lui en parlent et il en profite alors pour ajouter des choses comme, l'analyse de l'état familial, par exemple. Il n'en parle donc pas systématiquement. Quand il s'agit d'évoquer les freins rencontrés, il dit que la culpabilité arrive avec le cordon ombilical car les mamans culpabilisent constamment alors qu'elles font « *une tonne de trucs trop chouettes* » mais elles ont tout le temps l'impression de mal faire. C'est pourquoi, il aurait l'impression de leur rajouter « *quelque chose d'hyper angoissant* » en leur disant de faire attention au SBS. Néanmoins, il a une phrase « *choc* » qu'il leur dit : « *je ne cautionne pas du tout le bébé secoué parce qu'il n'y a rien de cautionnable là-dedans mais quand on a un nourrisson qui pleure à longueur de journée, je comprends qu'un parent puisse craquer* ». Selon lui, il faudrait que les mamans soient capables de demander de l'aide mais malheureusement, certaines n'en ont pas forcément autour d'elles et ne savent pas que la PMI existe. Si on n'est pas au fait de ces structures, il ne peut pas y avoir de prise en charge d'autant plus que les parents ne savent pas qu'il y a la périnatalité qui est ouverte à toutes les mamans qui ne sont pas bien. C'est là, selon lui, qu'il faudrait faire de la prévention et expliquer à ces mamans, à la maternité, tout ce qui existe en cas de difficultés, de dépression post-partum. Pour remédier aux difficultés rencontrées, il faudrait qu'il s'y oblige mais ne sait pas s'il arriverait à le faire. C'est peut-être son expérience de maman qui joue dans sa pratique : il y a plein de choses que les mamans ressentent qu'il arrive à identifier. Cela ne veut surtout pas signifier qu'il faut être forcément parent pour être MK pédiatrique mais cela influence fortement sa pratique professionnelle. Il se souvient de « *trop de personnes qui vous donnent des conseils et vous font culpabiliser* » et souhaite préserver les parents de cela dans sa pratique. Il ne veut pas être le professionnel de santé qui donne tous les conseils qui a le Savoir. Il préfère être accompagnant et c'est peut-être la raison pour laquelle il lui est difficile d'aborder ce sujet. Il veut accompagner ses patients et ne pas les chapoter.

Parmi les propositions de nouvelles modalités de PP et d'idées d'outils à mettre en place, il est persuadé que les vidéos sont un super outil ainsi que la création d'un compte Instagram® national pluriprofessionnel pédiatrique. Un compte alimenté par une seule personne aurait moins de sens parce qu'elle serait celle qui est la donneuse de bonnes pratiques or, les

professionnels de santé ont des pratiques différentes même si elles se rejoignent dans le fond : « *on a tous des sensibilités différentes et on pourrait amener les expertises de chacun* ». Ce compte pourrait porter sur les 1 000 premiers jours de l'enfant, sur sa motricité et sur sa prévention, domaines sur lesquels il a un rôle important de dépistage et de conseils auprès des parents. D'une manière générale, il pense que la pédiatrie, depuis quatre à cinq ans, est à l'aube de ses recherches et est en train d'évoluer : ce que l'on croyait vrai il y a encore cinq ans ne l'est plus ! Il fait alors un parallèle avec la violence. Il a fait des signalements mais c'est « *hyper difficile* » : « *il faut être sûre de soi car c'est hyper difficile de lancer un signalement* », il faut avoir des certitudes, lancer une enquête etc. Dans la prévention du SBS, il y a donc certainement aussi des enfants qui « *passent à la trappe* » de cette manière. Ce qui est très compliqué et frustrant pour lui, c'est que, malgré les signalements effectués parfois justifiés, il n'y a pas forcément de suite derrière. Il précise que la violence chez un enfant, ce n'est pas simple. Il avait appelé le numéro pour signaler un cas de violence et avait attendu 2 h avant de réussir à avoir un interlocuteur. Aussi, il comprend que cela puisse être difficile de se lancer dans une telle procédure : « *peut-être que si on nous simplifiait les choses, ça nous permettrait d'en faire plus* ». Il ajoute qu'il ne faudrait surtout pas avoir peur de le faire en précisant qu'à ce jour, il n'a encore jamais vu de formation sur le dépistage de la violence chez l'enfant.

C. Entretien n°3

Le participant définit la relation thérapeutique en pédiatrie comme un triangle entre le praticien, les parents et l'enfant. Il évoque une approche véritablement différente de celle avec des patients adultes et qui repose sur une communication très étroite et adaptée au niveau de la posture et du langage avec l'enfant et avec les parents : savoir parler à l'enfant en utilisant les mots adéquats puis réexpliquer aux parents. Cette démarche nécessitant l'adhésion de l'enfant et de ses parents requiert de poser des « *bases* » : le MK est le thérapeute mais également la personne de confiance.

L'accompagnement à la parentalité est d'importance pour tout parent qui le devient pour la première fois ou qu'il le soit déjà. En effet, lorsqu'il ne s'agit pas du premier enfant, il faut travailler sur les habitudes prises. Cet accompagnement doit être complet et peut aussi passer, par exemple, par le changement de couche.

Le participant insiste sur l'importance de dire aux parents que nul n'est parfait et que malgré les remarques voire les conseils qu'ils recevront de leurs proches, ils doivent se faire confiance et il se doit de leur donner cette confiance. Les parents et leur nouveau-né vont apprendre à se connaître, même si cette rencontre a débuté bien avant la naissance. Ce rendez-vous, il faut savoir l'aborder avec eux et les accompagner. Pour une femme, déjà maman, c'est encore une autre approche tout aussi importante car, celle-ci a vécu différentes expériences et il y a peut-être certains points à reprendre, différents d'une patiente à l'autre, et c'est professionnellement très intéressant. Dans sa pratique, il transpose cela à travers le « *changement de couche* » car c'est un acte récurrent ainsi que le « *portage* », le « *handling* » et le « *holding* ». Il précise qu'un nouveau-né doit être « *contenu et contre nous* » en illustrant ses propos avec l'image du petit bouddha.

Pour le participant, le SBS peut être aussi bien de la maltraitance et la conséquence de parents au bout du rouleau. Il s'appuie sur un cas rencontré en SSR pédiatrique pour préciser qu'il sait les dégâts que ce syndrome peut causer. Il suppose que cet acte est souvent commis par des parents à bout, épuisés, qui ne dorment plus et ne mangent plus : pour exemple, un bébé avec un vrai reflux que l'on ne peut poser, ni même incliner, et qui hurle non-stop avec des parents qui sont obligés de le porter 24 h / 24 h. Elle évoque également le cas de parents maltraitants mais, il s'agit, selon lui, de personnes qui n'en peuvent plus et qu'il faut aider. Il veille ainsi à sensibiliser les parents sur les pleurs d'un bébé en leur indiquant que ce ne sont pas, jusqu'à un certain âge, des caprices. Il leur précise qu'ils ont le droit de le poser, de le laisser crier pendant cinq minutes et d'aller souffler, ce qui ne fait pas d'eux de mauvais parents. Procéder ainsi est bien mieux que de le secouer ou de le jeter contre le mur.

Le participant a découvert le SBS avec les informations dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il estime que la formation initiale sur la pédiatrie est « *un peu nulle* » et révèle s'être formé une fois diplômé et notamment à travers des formations, en lien avec la pédiatrie, dispensées par Benoît Chevalier. Il nuance cependant ses propos en mentionnant que le SBS est tout de même un peu abordé en formation initiale mais surtout traité en formation continue.

Pour ce qui relève de l'estimation de l'incidence du SBS en France, il pense qu'elle a dû augmenter en raison du confinement et annonce un « *petit 200 000* ». Le dernier cas dont il a

eu connaissance et c'est d'ailleurs le premier rencontré pour lui, est une petite fille accueillie en SSR pédiatrique. Victime de la maltraitance de son papa pour laquelle il a été emprisonné, cette enfant a beaucoup de séquelles et notamment comportementales. Les séquelles motrices sont moindres, elle a présente un tronc légèrement hypotonique. Actuellement âgée de deux ans, elle marche, ne parle pas, n'émet aucun son et il ne faut pas lui dire « *non* » au risque de rendre la situation compliquée. Elle a de gros troubles au niveau de sa bouche : il lui faut absolument quelque chose dedans (une feuille, des bâtons ou sa tétine). Pour d'autres enfants, c'est un peu plus la motricité qui est touchée et cela est fonction de l'endroit où le cerveau a été touché.

En termes de connaissances du SBS, il qualifie les siennes de « *faibles* » et estime qu'il devrait se former un peu plus même si son activité professionnelle est centrée sur d'autres pathologies mais il peut être plus amené à en traiter. Étant jeune diplômé, il évoque le sujet du SBS dans sa formation initiale en indiquant qu'il n'est pas possible d'aborder toutes les spécialités en profondeur mais qu'il faudrait néanmoins aborder tous les cas graves et importants. Il faudrait apprendre à « *comment palier au bébé secoué* » et il s'agirait, pour ce qui relève de la communication, de dire aux parents qu'ils ont le droit de poser leur enfant et d'aller souffler 5 - 10 minutes, de sortir dehors et que tout le monde les comprendra, ça ne fait pas d'eux de mauvais parents mais des parents consciencieux qui savent dire stop car « *on a tous nos limites* ».

Le participant envisage la PP du SBS par les MKL comme variable selon la raison pour laquelle l'enfant vient en soins. Cependant, à l'issue de son bilan, bilan au cours duquel il explique ce qu'il va faire, il rappelle qu'il est possible de craquer et d'en avoir marre. En début de carrière, il a constaté que beaucoup de mamans venaient seules, sans les papas et donc sans aide pour prendre le relais en cas de besoin. Il veillait à leur demander qui gardait l'enfant et s'il y avait un papa à côté. Le cas échéant, il ne faisait pas l'économie de leur rappeler qu'il fallait savoir dire « *stop* », prendre le temps de se calmer, de souffler pour reprendre ses esprits. Il pense que le MKL peut alerter les pédiatres sur la nécessité d'évoquer le SBS au cours des consultations car toutes les familles peuvent être concernées. Tous les professionnels de santé doivent arriver à travailler ensemble pour rendre cette prévention efficace.

Il évalue la nécessité d'une PP en systématique par les MKL comme très importante et il pense qu'il faut agir dès la toute petite enfance quand ils ont des nourrissons d'un à deux mois. Avec des enfants de deux à trois ans, cela n'est plus évoqué. Le participant espère que plus les échanges sur ce sujet seront nombreux avec les parents, plus cela va permettre à ceux qui ne savent plus où ils en sont, de déculpabiliser et d'aller demander de l'aide.

Le participant estime que les MKL ont un rôle primordial à jouer dans la PP mais il n'est pas suffisamment développé et surtout non reconnu. Étudiant, il pensait que ce rôle était d'importance mais il s'aperçoit que ce n'est pas le cas et déclare qu'« *il faut que ça change* ». Il déclare que les MK ne sont pas suffisamment pris au sérieux et alors qu'ils ont un vrai rôle et un rôle majeur à jouer dans la prévention. Il souhaite que cela puisse évoluer dans ce sens en donnant au MK une place à part entière dans la PP.

En termes de moment le plus opportun afin de réaliser cette prévention, il indique que beaucoup de moments seraient opportuns. Il pense notamment à celui en maternité mais avec les nombreuses informations données aux parents, il n'est pas certain que celle-ci soit entendue. Il évoque alors la période de suivi de la grossesse puis conclut que le moment le plus opportun serait pendant la grossesse car les parents, malgré les préparatifs, sont plus à l'écoute. Il pense que des messages rassurants et déculpabilisants tels que « *j'ai le droit de le laisser pleurer trois à quatre minutes* » dans des livres, affiches et flyers pourraient être des plus utiles face aux propos parfois contradictoires des proches et qui les désorientent : « *... si tu laisses, tu es une super mère indigne ... mais laisse-le pleurer etc.* ».

Concernant les outils connus ou potentiels à mettre en place, donner des chiffres peut parler mais il faudrait aussi évoquer les conséquences. En effet, il faut parler des séquelles, des troubles un peu plus neurologiques, des troubles du comportement. Les chiffres et la description des séquelles peuvent déjà bien alerter. Selon lui, le support le mieux adapté aujourd'hui pour diffuser ces informations est le téléphone. Il y a de nombreuses applications pour les femmes enceintes et l'idéal serait qu'elles puissent communiquer sur le SBS aussi. Elle mentionne également la télévision qui parle un peu plus que les autres médias du sujet. Mais, il insiste sur le fait qu'il faut déculpabiliser les parents mais surtout qu'« *il faudrait en parler un peu plus librement* ».

À la question « estimez-vous être suffisamment préparée à intervenir dans le cadre de la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué ? », le participant répond qu'il aurait besoin de relire des articles mais pense cependant en être capable.

Pour ce qui relève de la prévention dans sa pratique professionnelle, il essaye, autant que faire se peut, de déculpabiliser les parents et fait en sorte de pouvoir voir les deux en même temps ou séparément à des moments différents afin de diffuser le même discours sans avoir à téléphoner à l'un ou à l'autre. Dans tous les cas, il prend du temps pour les accompagner dans le portage, sujet sur lequel il est actuellement en recherche pour se former et notamment à l'utilisation de l'écharpe. D'une manière générale, il sensibilise les parents sur tout ce qui se rapporte au bébé : c'est un « *truc* » qui bouge, on ne sait pas trop comment s'en occuper, l'attraper, le porter etc. Selon lui, le parent va accorder sa confiance au MK et en engranger à force de manipuler son bébé à ses côtés. Il aimerait investir dans des poupées lestées car il a remarqué que certains parents ont peur à l'idée d'effectuer certaines actions directement sur l'enfant. Il espère ainsi qu'ils prennent conscience de ce qu'ils peuvent réaliser avec leur enfant par la suite.

En ce qui concerne les freins rencontrés, il évoque des parents qui ne rentrent pas du tout dans la relation thérapeutique, qui sont totalement hermétiques et qui ne comprennent pas pourquoi ils sont là. C'est donc très compliqué et cela nécessite de prendre beaucoup de temps pour instaurer cette relation de confiance. Mais, certains parents n'entendent pas et n'écotent pas et on les perd : « *le gros frein, c'est les parents* ». Au sujet des remédiations, il souligne qu'il n'a eu le cas qu'une seule fois avec un papa très hermétique et une maman plutôt perdue. De manière calme et posée, il faut les conseiller en leur expliquant ce qu'il faut faire et leur dire que c'est très important. S'ils ne souhaitent pas mettre en place ce qui est suggéré, ne pas hésiter à leur signifier que cela ne sert alors à rien de revenir. En procédant ainsi, comme un contrat « *je vous propose quelque chose et vous devez me rendre la pareille sinon cela ne va pas être possible de poursuivre* », cela se passe généralement mieux. On peut taper du poing sur la table mais il convient de rester cordial au risque de les perdre.

Au sujet de propositions de nouvelles modalités de PP et d'idées d'outils à mettre en place, il pense que le SBS pourrait être abordé sur les lieux de travail dans le cadre de formations dispensées auprès de personnes intéressées. Celles-ci n'ont pas à se déplacer, l'information et

la formation « *viennent à elles* ». Le participant suggère également comme autres pistes le téléphone et la télévision.

D. Entretien n°4

Le participant définit la relation thérapeutique en pédiatrie comme un « *lien qui se crée entre le patient et le thérapeute* » duquel émerge une composante d'attachement portée sur le soin. Selon lui, la triade relationnelle correspond à une relation circulaire entre chaque partie qui repose sur le « *partenariat entre les trois* » : l'enfant, ses parents et le MK. L'accompagnement à la parentalité pour lequel le MK a un rôle à jouer relève d'un apport de connaissances ou d'éléments théoriques visant, entre autres, à contrebalancer certaines idées reçues et avis ou conseils parfois mal avisés des générations antérieures : « *on n'apprend pas à être parent, on l'est* ». Dans sa pratique professionnelle, l'accompagnement à la parentalité que le MK qualifie de « *domaine premier* » porte sur la motricité et notamment la station assise. Il investit également le sujet du matériel de puériculture, du chaussage et de l'alimentation. En effet, au regard de nombreuses désinformations voire d'informations contradictoires dont se saisissent les parents via les médias et internet ou les grands-parents, ils se trouvent en difficulté face à ces différents discours et ne se font plus confiance. De ce fait, le MK a aussi pour mission de leur ramener un peu de confiance en eux.

Le participant décrit le SBS comme le fait qu'un bébé soit malmené par un adulte se trouvant souvent dans une phase de désarroi la plus totale et ne sachant quoi faire face un bébé qui pleure. Il qualifie cet acte de geste brutal effectué parfois sans même en avoir conscience et témoignant d'une perte de contrôle.

Le participant a découvert le sujet, pendant ses études, lors d'un stage effectué dans un service du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes qui a accueilli un bébé victime de ce syndrome. Il évoque que l'imagerie révélait de nombreuses lésions cérébrales apparemment typiques de celui-ci.

Ce syndrome n'ayant pas été abordé dans sa formation initiale, il a souhaité se renseigner davantage sur la question puis lorsqu'il a travaillé en centre de rééducation avec des enfants avaient eu ce type de lésion plus jeunes. Il ne se souvient pas que ce sujet ait été abordé spécifiquement en formation continue.

Concernant son estimation de l'incidence du SBS en France, il déclare dans un premier temps n'en avoir aucune idée puis propose « *10 pour 1 000* ». Le dernier cas dont il a eu connaissance lui a été rapporté par sa femme. Il s'agissait d'un enfant qu'elle suivait en protection de l'enfance et pour lequel les parents ont toujours affirmé qu'ils n'étaient pas coupables de tels actes. L'enfant a des lésions cérébrales aux conséquences assez lourdes et l'enquête n'a jamais réussi à déterminer ce qu'il s'était passé : les différentes évaluations des services sociaux ont estimé que ce n'était pas forcément les parents ; les soupçons se sont tournés vers la nounou mais sans certitude.

Le participant, en basculant sur sa vie personnelle et notamment sur sa parentalité, mentionne que le sujet du SBS est de plus en plus évoqué dans le parcours de parents et notamment la maternité avec beaucoup de discours pertinents d'ailleurs et non stigmatisants précisant que « *ne plus en pouvoir peut arriver à tout le monde* ». Il est alors conseillé, de mettre bébé dans son lit et d'aller dehors pour souffler, prendre l'air et se détacher de tout cela.

Concernant la couverture médiatique du SBS, le participant n'étant, d'après lui, « *pas très médias* », indique cependant que ce n'est pas un sujet évoqué explicitement. Lorsque que c'est le cas, ce sont les parents qui sont ciblés. Peut-être, est-ce pour lui, un sujet un peu tabou que de dire que les parents peuvent défaillir à un moment et qu'ils vont faire du mal à leur bébé ?

Le participant envisage d'une part la PP du SBS par les MKL comme un échange avec les parents reposant sur la discussion et l'écoute pour pouvoir identifier les « *cris d'alarme* » et repérer les difficultés rencontrées par les parents au niveau du sommeil ou encore de l'alimentation. Cela suppose également d'aider et de soutenir les parents dans le fait d'apaiser le bébé qui peut souffrir d'un Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) par exemple. Même si, selon lui, cela ne relève pas du champ de compétences d'un MK, il lui semble important de rappeler aux familles qu'elles ont le droit « *de ne plus en pouvoir* », de prendre du recul et de poser le bébé qui ne cesse de hurler même dans leurs bras. Il évalue la nécessité d'une PP en systématique par les MKL afin que les parents aient, au moins une fois, une information sur ce syndrome et sachent que « *cela n'arrive pas qu'aux autres* » ; il s'agit d'un acte volontaire que tout parent peut accomplir, à un moment donné, à saturation. Cette information pouvant également être diffusée soit en préparation à la naissance, à la maternité ou par le médecin.

D'autre part, le participant, sur ce même volet de la PP, indique la place privilégiée occupée par les MK. Ceux-ci passant beaucoup de temps avec les enfants à raison de une à trois fois par semaine, peuvent, dans la plupart des cas, échanger avec les parents sur de nombreux sujets et de manière plus approfondie. D'autres professionnels, par exemple les médecins, rencontrent les parents plus ponctuellement. Ces derniers leur posent de multiples questions auxquelles les médecins ne peuvent répondre à toutes, faute de temps. Aussi, le participant précise qu'il a plus d'opportunités à glisser des messages de prévention qui peuvent néanmoins « *sortir de son champ de compétences* » mais, il en a la liberté. Cependant, il mentionne que le moment le plus opportun pour mener cette prévention serait à la maternité, dès les premiers jours de vie de l'enfant, période qui peut être compliquée pour les parents. Toutefois, les premières semaines de vie et tout particulièrement entre la deuxième et la sixième, peuvent s'avérer être des plus difficiles si l'enfant ne dort pas ou peu, se réveille régulièrement et peut être sujet au reflux. La situation peut se calmer un peu par la suite et c'est à partir de la sixième voire huitième semaine de vie que les médecins commencent à réagir. En amont, certains d'entre eux peuvent indiquer aux parents que ce que vit leur enfant est normal et que cela va s'arrêter. Ils n'en demeurent pas moins démunis.

Concernant les outils de prévention qu'il connaît ou qu'il imagine mettre en place, il fait référence aux affichages de la PMI ainsi qu'à une application donnant des informations aux parents sur les 1 000 premiers jours d'un enfant mais, il ignore si le SBS y est abordé. Il constate que les affiches et les flyers sont vus mais non lus, les parents utilisant surtout leur téléphone pour s'informer et communiquer. Aussi, des campagnes publicitaires sur des réseaux sociaux et / ou autres médias seraient peut-être des vecteurs efficaces pour transmettre l'information. Il évoque alors la diffusion de messages chocs pour marquer et alerter comme ceux sur la sécurité routière. Cependant, les échanges avec les parents et les messages de prévention transmis lors des consultations restent pour lui le meilleur moyen de les sensibiliser au SBS, acte dramatique qui est évitable car provoqué.

Le participant pense être suffisamment préparé à intervenir dans le cadre de la PP du SBS grâce à son expérience de père et peu par sa formation professionnelle. Dans sa pratique professionnelle, il réalise de la prévention sans évoquer particulièrement le SBS. Il veille à repérer les parents en difficulté, les parents fragiles, à leur offrir un espace de parole et à leur signifier, s'il en ressent la nécessité, le risque de saturation massif. C'est avec humour qu'il les

invite à trouver des réponses adaptées et prononce régulièrement cette phrase « *que vous ayez envie de jeter votre bébé contre un mur c'est normal mais évidemment, il ne faut pas le faire* » : le fait de le dire fait réfléchir ! Il conseille aux parents de ne pas s'énerver et de mettre l'enfant dans son lit, lieu où il ne pourra rien lui arriver. Il leur recommande de ne pas hésiter à passer le relais, à demander de l'aide en contactant la famille et les amis.

Par ailleurs, il veille à travailler sur la cause, à identifier pourquoi les bébés sont inconfortables et hurlent tout le temps car cela n'est pas normal. Le RGO est souvent à l'origine de ce mal être. Annoncer cette cause possible a peut-être un effet placebo chez les parents mais, se sentant écoutés avec un début de réponse plausible, ils se rassurent et cela leur donne un peu d'espoir. La situation s'apaise généralement car l'envie de « *jeter un bébé calme contre le mur* » va disparaître.

Le participant rencontre des freins dans la mise en œuvre de cette PP. En effet, il faut veiller à ne pas effrayer les parents en leur faisant prendre conscience qu'à tout moment, leur enfant peut être victime d'un incident voire d'un accident. Lorsqu'il les rencontre, c'est pour une raison grave ou pas et, il ne souhaite pas ajouter de l'inquiétude qui peut s'avérer inutile. Aussi, lorsqu'il observe et ressent que la relation parents - enfant est saine et bien présente, et qu'il y a peu de risques d'avoir un gros dérapage, il ne va pas évoquer le SBS avec eux. Il suggère donc de faire de la prévention ciblée.

Toutefois, il propose une nouvelle modalité de PP à développer : proposer des spots publicitaires qui marquent les esprits et à diffuser sur les réseaux sociaux et sur les chaînes de télévision. Ces médias et outils de communication « *parlent* » à la génération des parents d'aujourd'hui et peuvent avoir l'effet recherché : « *faire prendre conscience que déjà ça existe et surtout que ça peut arriver à tout le monde et pas qu'aux autres* ». Par ailleurs, il souhaite que soit préservés les affichages des salles d'attente.

E. Entretien n°5

Pour le participant, la relation thérapeutique en pédiatrie est double : l'une avec le parent et l'autre avec l'enfant. Cela peut être une triade ou deux relations indépendantes mais en fait, les trois fonctionnent ensemble. Avec les parents, il s'agit de faire en sorte qu'ils fassent confiance au MK pour qu'il puisse toucher leur enfant, le mobiliser et le manipuler. Mais c'est aussi pour

leur transmettre des connaissances sur le développement de leur enfant afin de les accompagner au mieux dans la prévention ou dans le soin. Avec le bébé, ce n'est pas vraiment une relation thérapeutique car il faut juste réussir à entrer en communication bienveillante avec, faire en sorte qu'il accepte le praticien, qu'il accepte ensuite que celui-ci pose ses mains sur son corps, joue, rit avec lui pour qu'enfin il accepte les mobilisations dont il aura besoin.

Dans cette triade relationnelle, le participant déclare ne pas savoir où il se situe car on vient vers lui pour une durée déterminée ou pas pour un certain motif de consultation et, il apporte des connaissances aux parents, leur montre comment mobiliser leurs bébés. Dans sa pratique professionnelle, il y a beaucoup de neurodéveloppemental, de plagiocéphalies, de torticolis, d'asymétries posturales et de paralysies cérébrales. Il accompagne les parents en occupant la place de « *donneur de savoirs et de connaissances* », un peu comme un professeur qui montre, explique, enseigne comment mobiliser au quotidien leurs bébés pour les aider à aller mieux. Avec le bébé, il se sent un peu comme le copain avec qui on fait des jeux.

Selon lui, l'accompagnement à la parentalité est primordial parce qu'il n'y a pas beaucoup de parents qui ne se sentent pas démunis avec leur petit bébé dans les bras et ils ont besoin d'aide pour s'occuper de lui, tant sur le plan moteur que sur celui de l'hygiène, de l'alimentation etc. Les MK font partie des premières personnes qu'ils rencontrent, lorsqu'ils deviennent parents, après les sage-femmes et le pédiatre. Et, ils posent de très nombreuses questions pour pouvoir accompagner leur bébé sereinement parce qu'il y a beaucoup d'angoisses et de culpabilité autour de ça. Ils ont véritablement besoin de l'aide des MK et le participant déplore l'absence de formation sur la parentalité. L'aide est plus facile à apporter quand on est soi-même parent mais tous les MK ne le sont pas !

Quant à sa mise en pratique, il affirme qu'il ne se passe pas une séance sans qu'il montre comment porter un bébé dans ses bras pour que ce portage soit bénéfique pour lui et confortable pour tout le monde avec notamment l'utilisation d'une écharpe. Il considère que ce sont des vraies actions concrètes d'accompagnement parce que, selon lui, il n'est pas obligé de le faire car ce n'est pas vraiment son travail mais cela lui fait plaisir et il voit les bénéfices auprès des enfants et des parents donc pourquoi s'en priver ?

Le participant décrit le SBS comme étant « *un truc horrible où le cerveau du bébé est mis en souffrance* » mais sur lequel il n'a pas beaucoup de connaissances. Ce qu'il sait du SBS c'est

que le cerveau « *se balade* » et fait des allers-retours d'avant en arrière dans la cavité crânienne. Il « *tape* » ainsi contre la boîte crânienne et cela provoque de « *minis trauma crâniens* ». Interrogé sur sa découverte du SBS, il indique que ce n'était pas en formation initiale mais abordé ensuite dans le cadre de sa formation continue, dans pratiquement toutes les formations de pédiatrie, et notamment les formations « Luciole ». Quand il était plus jeune, il avait entendu parler de ce syndrome puis dans un cours dispensé pour son DU sur le nourrisson vulnérable. Son estimation de l'incidence du SBS en France est de 1 %. Le dernier cas dont il a eu connaissance est le cas clinique du DU suivi il y deux ans.

Pour ce qui relève de ses connaissances sur le sujet, il précise qu'il n'en a pas mais il sait que cela existe et comment y accéder. Toutefois, il pense ne pas être certain d'identifier si, au sein de sa patientèle, il a un bébé secoué ou qui subit de telles choses au quotidien. Ce qu'il est capable de relever, ce sont les signes du Traumatisme Crânien (TC) mais il n'est pas sûr d'y arriver sur un bébé. Il pense qu'il y a un trouble du lien, avec un bébé qui ne regarde pas dans les yeux, qui ne réagit pas trop et qui est totalement effacé de la relation avec l'adulte.

Le participant envisage la PP du SBS par les MKL comme « *un truc* » délicat à présenter aux parents. Elle serait réalisée par le biais de sa relation thérapeutique avec le parent de l'enfant en adaptant en fonction du comportement du parent en séance et de la façon dont il porte son enfant. Selon elle, les bébés secoués, ce n'est pas seulement quand le parent s'est « *excité* » sur son enfant, c'est aussi lorsqu'il y a un portage avec un manque de soutien, avec la tête qui ballote parce qu'elle n'est pas tenue. C'est dans ce cas précis du portage qu'il se sentirait le plus à même de faire un petit peu de prévention mais ne se sent pas apte à faire un exposé aux parents dès la première séance.

Par rapport aux modalités d'évaluation de la nécessité d'une prévention primaire en systématique par les MKL, il ne sait pas mais précise que dans son cabinet, il peut y avoir des panneaux d'informations, des photos, de la documentation et des affiches comme pour d'autres messages d'information qu'il diffuse. Cela ne pourrait être le meilleur moyen de toucher les parents mais en lisant, ils s'informent. Peut-être pourraient-ils penser que les MK se mêlent de choses qui ne le regardent pas et cela pourrait être mal interprété lors des premières séances ?

Le rôle qu'il attribue aux MKL dans la PP repose notamment sur toutes les déformations positionnelles possibles sur lesquelles ils ont beaucoup de travail et également

sur l'accompagnement à l'éveil de l'enfant car bon nombre d'entre eux sont placés dans des sièges et des youpalas. Ils sont instables sur le plan moteur et sur le plan émotionnel car ils ont du mal à se détacher de leurs parents : ils ne sont pas en confiance et pas « *bien dans leurs baskets* ». Pour tout ce qui relève de l'accompagnement moteur, les MK ont un vrai rôle dans la PP avec les asymétries posturales et leur conséquence esthétique : la plagiocéphalie (tête plate), le portage ou encore les Niveaux d'Evolution Motrice (NEMs). Il s'agirait d'agir avant que les bébés ne se déplacent sur les fesses, marchent sur la pointe des pieds, ou encore qui sont mis debout mais qui ne savent pas redescendre au sol. En effet, le champ d'action des MK est ici et s'exprime à travers les portages, l'alimentation et les temps d'éveil. Pouvoir intervenir dans les crèches serait très intéressant également selon lui. Concernant le moment le plus opportun pour réaliser cette prévention, une réponse lui semble difficile à apporter mais, il pense que plus c'est mené tôt moins il y aura de lésions. Mais quand le faire ? À la maternité, les parents sont essentiellement centrés sur le changement de couche, donner le bain, le biberon etc. Il suggère que tous les parents puissent bénéficier d'un dispositif comme « *le premier mois de vie* » avec une séance de masso-kinésithérapie (car remboursée) avec un professionnel formé aux soins pédiatriques. Cela pourrait s'envisager par la réalisation d'un « *topo* » en collaboration avec les sage-femmes qui pourraient donc être des professionnels ressources dans cette PP. Ce topo pourrait porter sur comment porter le bébé, comment bien lui donner le biberon, comment on ne fait pas un bébé secoué etc. Cela offrirait donc l'opportunité d'en parler.

Au sujet des outils de prévention que le participant connaît ou envisage mettre en place, il propose la création d'un site internet car tous les parents naviguent sur internet et ont leur nez dans leur téléphone. Lorsque je lui demande s'il estime être suffisamment préparé à intervenir dans le cadre de la PP du SBS, il répond sans hésiter par la négative n'ayant pas assez de connaissances. Lorsque que je la prie de me parler de la PP qu'il réalise dans sa pratique professionnelle ou dans le cas contraire de me dire pourquoi il n'en fait pas, il m'indique qu'il n'a pas beaucoup d'arguments et d'éléments scientifiques à mettre en avant et qu'il n'a jamais ressenti le besoin de le faire auprès des parents : « *à tort peut-être, mais encore une fois, tant mieux* ».

En ce qui concerne les freins qu'il rencontre pour effectuer cette PP, il me confie qu'il aurait peur que les parents le prennent mal, que cela altère ou qu'il n'y ait plus de relation

thérapeutique et qu'ils ne reviennent pas à son cabinet. Si l'enfant vient au cabinet, selon les parents, ce n'est malheureusement pas pour de la prévention mais pour du soin.

Questionné sur des suggestions de remédiations aux difficultés rencontrées, il pense que c'est un peu « bouché » pour l'instant « *c'est vrai que c'est un peu compliqué d'avoir sa place de prévention parce que personne ne sait que les paramédicaux ont un rôle de prévention majeur* ». Donc, personne ne la fait, ce qu'il déplore : « *on n'est pas dans une société où l'on fait de la prévention. Avant que la société ne change, il faudrait changer le corps médical et paramédical, qu'on soit tous d'accord sur le rôle et les compétences de chacun* ». Il propose des nouvelles modalités de PP et des idées d'outils à mettre en place, à commencer par faire des ateliers globaux à ne pas appeler « *accompagnement à la parentalité* » parce qu'il pense que ce n'est pas autorisé. Il s'agirait de petits ateliers où on refait le point sur comment porter mon bébé quand je l'alimente, comme le porter quand il pleure car un bébé peut être secoué dans ces moments-là par des parents à bout ne supportant plus de l'entendre. Il faudrait également aborder comment je soulage bébé et par quels moyens. Il insiste sur le fait qu'il faut que ces ateliers soient remboursés afin que tous les parents puissent en bénéficier. Auquel cas, seuls ceux sans difficulté financière s'y intéresseraient car ayant les moyens de les payer. Il ajoute que ces ateliers devraient être proposés au cours du premier mois de vie de l'enfant, à distance de la naissance, au moins deux semaines après.

Annexe X : Résumé transversal des entretiens

A. Relation thérapeutique en pédiatrie

La relation thérapeutique en pédiatrie est définie par 80 % des participants comme une relation triangulaire entre le thérapeute, le patient et ses parents, ce qui correspond donc à la définition de la triade relationnelle même si aucun participant ne l'a mentionné comme tel. Selon les éléments signifiants retrouvés dans les entretiens, elle correspond au lien professionnel qui se crée, totalement différent de celui que l'on peut retrouver avec d'autres types de patientèles, et qui repose sur la confiance mutuelle. Effectivement, en tant que Masseur-Kinésithérapeute (MK), nous sommes à la fois le thérapeute mais nous constituons également la personne de confiance. Elle est basée sur la communication, l'écoute, le partage et requière de considérer le ressenti de l'enfant mais aussi des parents. La communication, toujours bienveillante, repose notamment sur le fait de toujours s'adresser et expliquer à l'enfant mais également de réexpliquer aux parents. Il s'agit d'être capable de rentrer en communication avec l'enfant afin de faire en sorte qu'il accepte le thérapeute et le soin, à commencer par le fait que le MK pose ses mains sur son corps, qu'il le mobilise tout en jouant et rigolant avec lui. Avec les parents, la confiance est primordiale puisqu'elle constitue le point de départ de la prise en soins afin que le MK puisse toucher leur enfant, le manipuler, le mobiliser mais également dans une perspective de transmissions des connaissances au sujet du développement de leur enfant et dans l'accompagnement ou la prévention. Cette relation nécessite l'adhésion, à la fois de l'enfant mais aussi de ses parents. En effet, cela s'avère nécessaire car le soin en pédiatrie a vraiment besoin d'être relayé par le comportement parental au domicile et surtout au quotidien. Cette relation comporte une composante d'attachement tout en gardant pour objectif le soin.

B. Triade relationnelle

Bien qu'aucun participant n'ait mentionné textuellement la triade relationnelle dans leur définition de la relation thérapeutique en pédiatrie, 80 % y ont tout de même fait référence en d'autres termes. Leur situation au sein de la triade relationnelle est un sujet qui, de prime abord, leur a semblé complexe. L'un d'entre eux déclare spontanément qu'il ne sait pas et ne se situe pas, un autre évoque le fait que nous n'y sommes que très peu formés, en tant que futurs MK ou Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE), que cela soit en formation initiale

(en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK)) ou ailleurs et que c'est en échangeant avec d'autres professionnels qu'il a été amené à y réfléchir davantage. Il ressort de ces réponses qu'il est nécessaire de se poser, de reprendre les bases et de réussir à mettre les « *bons* » mots. En tant que MK, nous sommes des professionnels de santé, consultés pendant une période qui peut être déterminée ou non en fonction du motif de consultation. Il s'avère primordial d'être toujours à l'écoute ainsi que d'apprendre à être dans l'empathie et non pas dans la sympathie, c'est-à-dire de ne pas être en « *fusion* » avec les émotions des patients et / ou de leurs parents afin de pouvoir les accompagner le mieux possible et leur apporter l'aide qu'ils requièrent. Selon un des participants, se placer en thérapeute consiste à être présent en soutien, en guidance et de ne pas faire à la place tout en n'étant pas à distance non plus. Pour un autre participant, il s'agit pour le MK d'être un « *donneur de savoir et de connaissances* ». Un autre participant estime que son travail repose sur le fait de rendre les parents compétents et ainsi de mettre en lumière leurs compétences afin qu'ils soient plus à l'aise dans leur rôle de parent. Il insiste également sur la notion de soutien à la parentalité. Il élargit le rôle du MK en incluant le dépistage puisqu'il estime qu'on dispose d'un temps privilégié avec les enfants mais aussi les parents. Selon lui, le dépistage repose, entre autres, sur l'observation des attachements pouvant traduire d'une situation de danger. Ce dernier ne concerne pas uniquement l'enfant mais aussi les parents notamment au sujet de la dépression post-partum. Le MK ne constitue pas la figure d'attachement principale de l'enfant mais s'il veut que ses soins soient efficaces, il doit tout de même représenter une figure d'attachement annexe afin que l'enfant se sente en confiance et « *un peu attaché* ». L'aspect relationnel a également été mis en avant avec cette notion de partenariat entre le thérapeute, l'enfant et les parents au sein duquel il faut trouver le juste équilibre.

C. Accompagnement à la parentalité

L'accompagnement à la parentalité évoque aux participants le fait d'être présent pour les parents, d'être soutenant, c'est-à-dire de les accompagner et de leur montrer des pistes tout en ne faisant pas à leur place, chose que l'on a souvent tendance à faire selon eux. Or, en tant que soignant, faire « *à la place de* », c'est se positionner en tant que « *sauveur* » et cela ne s'avère pas efficace. Cet accompagnement à la parentalité se présente différemment d'un patient à l'autre et constitue un élément primordial puisque beaucoup de parents se sentent démunis à

l'arrivée de leur bébé et ont besoin d'aide pour accompagner leur bébé sereinement sans angoisses et culpabilités. Cela relève d'un domaine dans lequel le MK a un rôle à jouer. Il s'agit pour lui d'apporter aux parents des connaissances ou des éléments théoriques mais aussi de « *contrebalancer* » certaines idées reçues et / ou conseils, avis parfois mal avisés car « *on n'apprend pas à être parent, on l'est* ». Cet accompagnement à la parentalité s'avère important pour « *tous les types de parents* », qu'ils soient parents pour la première fois ou qu'ils aient déjà d'autres enfants. Dans ce cas, il faut être capable de « *jongler* » avec les habitudes prises. L'accompagnement à la parentalité dispose de nombreuses facettes. À la naissance, le nouveau-né et ses parents apprennent à se connaître, c'est « *une rencontre, un rendez-vous* » et durant cette période, en tant que MK, il faut savoir l'aborder et être capable d'accompagner les parents. Il s'agit notamment de « *réussir à voir le potentiel de chaque parent et de chaque enfant* », le MK se doit d'ailleurs de le mettre en lumière. Il s'agit aussi de leur donner confiance. Effectivement, « *ce n'est pas forcément de modeler une parentalité mais que les parents se rendent compte qu'ils sont compétents et qu'ils se fassent confiance* ». Cela repose également sur de l'aide d'un point de vue moteur, hygiénique (changement de couches) ou encore alimentaire. En effet, en tant que MK, nous faisons partis des premiers interlocuteurs des jeunes parents après les sage-femmes et pédiatres et de ce fait, les parents ont souvent beaucoup de questions auxquelles il faut être capable d'apporter des éléments de réponses. Un des participants évoque le fait qu' « *on n'est pas formé sur l'accompagnement à la parentalité sauf quand on est parent soi-même et on n'est pas tous parents* ». Un autre ajoute se rendre compte, qu'en tant que MK, on prodigue des conseils qui sont, à priori, hors de notre champ de compétences mais qui, par la force des choses, sont régulièrement évoqués lors des prises en soins pédiatriques notamment concernant la diversification alimentaire. L'accompagnement à la parentalité, c'est aussi « *laisser le temps à la parole* » afin que les parents puissent « *tout déposer* ». En effet, « *lorsqu'ils ont des questions, on a un espace libre de parole, pour pouvoir en parler* ». En ce sens, un participant évoque un fauteuil, mit en place au sein de son cabinet, dans lequel les parents peuvent se « *caler* » et poser leurs questions, pleurer ou tout simplement dormir. En fonction des situations, le MK tente de leur apporter les réponses lui semblant les plus adaptées. L'idée étant d'avoir un espace afin de pouvoir échanger tout en essayant pour le MK d'avoir une écoute attentive, bienveillante, de ne faire preuve d'aucun jugement, de mettre en lumière les « *belles* » capacités des parents car c'est soutenant pour l'attachement et d'être capable de réorienter vers un autre professionnel lorsque cela s'avère nécessaire.

D. *Accompagnement à la parentalité au sein de la pratique*

L'accompagnement à la parentalité se décline au sein de la pratique des participants selon différentes formes. Tout d'abord, selon les dires des participants, « *c'est quelque chose qui est important pour moi* » et « *il ne se passe pas une séance sans que j'en fasse* ». Il s'agit de « *vraies actions concrètes d'accompagnement* » et le MK est « *là pour les accompagner sur un petit bout de chemin* ». Un participant estime ne pas être obligé d'y prendre part puisque cela ne relève pas de son travail, selon lui. Cependant il déclare que cela lui fait plaisir de le faire et qu'il constate les bénéfices auprès des enfants mais aussi des parents. Ainsi, « *pourquoi s'en priver ?* ». On retrouve, en pratique, de l'accompagnement autour de : la motricité (étant d'ailleurs considéré par l'un des participants comme notre domaine premier), la station assise, le portage (car, selon un participant c'est « *bénéfique pour l'enfant et confortable pour tout le monde* »), le « *handling* » / « *holding* » (car « *un enfant qui vient de naître doit être contenu et contre nous* » nous déclare un participant en prenant d'ailleurs l'exemple du « *petit bouddha* »), le changement de couches (jugé nécessaire par l'un d'entre eux car c'est un acte récurrent), le matériel de puériculture, le chaussage. Jugé comme un peu plus éloigné de notre domaine de compétences, on retrouve également le domaine de l'alimentation qui relève d'une source importante d'informations contradictoires qui viennent se heurter et mettre les parents en difficultés. Pour cela, un participant explique laisser la place aux parents car il estime que ces derniers constituent les premiers experts du patient, qui s'avère être leur enfant. Ainsi, le soignant leur offre la possibilité de parler, s'interroger notamment sur la raison de la prise en soins masso-kinésithérapique, les bénéfices attendus pour leur enfant afin qu'ils cheminent également de leur côté. D'une manière plus concrète, cela peut, par exemple, se traduire pour lui par la proposition de podcasts à écouter ou encore de livres à lire. Dans tous les cas, il s'agit de transmettre du « *contenu d'utilité sur les parentalités* » afin de leur laisser le temps du cheminement. Néanmoins, il précise aux parents qu'ils ont la possibilité de revenir vers lui lors des séances suivantes s'ils ont la moindre incompréhension, question... Il semble vraiment important de considérer la notion de « *timing* », de temporalité. En effet, il faut leur laisser la place de réflexion tout en ne donnant pas trop d'informations car il y en a certaines dont ils n'ont peut-être pas besoin. Cela nécessite également une bonne compréhension des parents de la part du soignant et de leur offrir la possibilité de poser leurs questions afin de leur apporter l'information la plus qualitative et pertinente possible en regard de leurs besoins. Un autre

participant considère que le MK, à travers cet accompagnement à la parentalité, a un rôle à jouer dans la « *création de l'attachement des parents* ». C'est pourquoi, il porte une attention particulière avec une de ses collègues à souligner les regards jetés par l'enfant à ses parents en se lançant des « *petits défis* » réciproques afin de ne pas oublier, comme, par exemple « *surveiller et mettre en lumière tous les regards échangés entre l'enfant et ses parents des prises en soins du lundi* » et ainsi de suite. Il déclare que cela devient ensuite une habitude. Il fait de nouveau référence au fauteuil évoqué précédemment. Pour ce participant, un des leviers consiste en le fait de faire prendre conscience aux parents qu'ils constituent une figure d'attachement pour leur enfant, qu'ils sont capables d'observer de manière fine leur enfant mais aussi d'analyser de façon pertinente certaines situations. L'ensemble des participants travaillant en cabinet de groupe et pour certains au contact d'autres professionnels de santé, mentionne le travail en pluridisciplinarité : sage-femmes, pédiatres... Un participant explique, que, lorsqu'il y a des questions de la part des parents, il va chercher la sage-femme afin de faire du lien en les mettant en relation.

E. Syndrome du Bébé Secoué : Définition

Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS) évoque pour les participants le fait qu'un bébé soit malmené par un adulte. Ce « *truc horrible* », ces « *violences* » engendrent d'importantes souffrances au niveau du cerveau du bébé et laissent des séquelles neurologiques. En effet, un participant décrit que le cerveau se « *balade* » dans la cavité crânienne, il effectue des « *allers-retours* » d'« *avant en arrière* » et « *tape* » ainsi contre la boîte crânienne, ce qui serait à l'origine de « *traumatismes crâniens* ». Ils estiment que c'est souvent lié à une phase de désarroi dans laquelle on retrouve un adulte qui ne sait plus comment faire et, la plupart du temps, un bébé qui pleure (or « *un bébé qui pleure ce n'est pas parce qu'il fait des caprices* »). Il s'agirait donc pour l'agresseur d'une perte de contrôle. Cela pourrait également traduire d'un épuisement parental. Un participant mentionne notamment le cas des parentalités solitaires avec des parents qui ne sont généralement pas bien accompagnés. Ce geste, qualifié de « *brutal* » serait parfois commis sans même en avoir conscience. Un participant suggère que cela traduit peut-être un manque de protection de l'enfant et de la famille. Deux des participants font référence à leurs souvenirs au sujet du SBS. L'un évoque les dégâts que cela peut engendrer. L'autre, ses interventions ponctuelles à l'hôpital en service de réanimation pour soutenir ses collègues au

cours desquelles elle a croisé des enfants victimes. Il se remémore notamment la violence inouïe de voir un enfant se portant bien et qui dépérit à cause d'un de ses parents. Un participant fait état de son manque de connaissances sur le sujet.

F. Syndrome du Bébé Secoué : Découverte

Les participants sont unanimes, ils n'ont pas découvert le SBS en formation initiale : « *je ne pense pas en avoir eu en formation initiale* », « *je ne sais même pas si on a eu des infos là-dessus* », « *je n'ai pas le souvenir de l'avoir abordé en formation initiale* », « *cela ne m'a pas marqué si jamais on l'a abordé* », « *pas en formation initiale, ça c'est sûr* », « *pas en formation initiale* ». Une réflexion est notamment portée par deux participants au sujet de la formation en pédiatrie reçue en formation initiale jugée insuffisante. L'un d'entre eux, diplômé depuis 16 ans, explique qu'à son époque, étaient abordés en pédiatrie uniquement la neurologie avec Bobath et Le Métayer ainsi que le Pied Bot Varus Equin (PBVE) mais rien concernant les « *tout-petits* ». L'autre participant, diplômé il y a un an et demi, estime qu'en formation initiale sur la pédiatrie « *c'est un peu nul* » et déclare même « *c'est impressionnant comme on n'est pas du tout formé en fait* ». Le premier participant a découvert le SBS lorsqu'il était étudiant, en stage au CHU de Nantes car il y avait un bébé dans le service dont l'imagerie révélait de nombreuses lésions cérébrales typiques du SBS. Le deuxième participant, quant à lui, a découvert le SBS aux informations par rapport aux recommandations de la HAS. Le troisième participant, m'indique avoir un « *parcours particulier* ». Ayant une maman psychologue scolaire, il connaît le SBS depuis longtemps. Il en a entendu parler pour la première fois lorsqu'il a effectué son stage en classe de Troisième en centre d'éducation motrice car il y avait un petit garçon qui présentait des séquelles après avoir été secoué par une nounou. Le quatrième participant a entendu parler du SBS dans son entourage lorsqu'il était plus jeune. Le cinquième participant a pris connaissance du SBS en formation continue, il a ensuite rencontré et soigné des enfants secoués puis il a eu ses enfants également et y a donc été sensibilisé par ce biais. Trois participants sur les cinq déclarent avoir évoqué le sujet du SBS en formation continue, dans pratiquement toutes les formations qu'ils ont réalisées en pédiatrie notamment dans l'ensemble des formations « *Luciole* » ou encore dans le Diplôme Universitaire (DU) « *Dépistage et prise en charge du nourrisson vulnérable – pluridisciplinarité* » ayant lieu à Toulouse.

G. Syndrome du Bébé Secoué : Incidence

À l'interrogation des participants sur l'incidence (en chiffres) du SBS en France, ils ont tous la même réaction, cela les laisse perplexes : « aucune idée », « je ne sais pas », « je n'ai pas forcément d'idées ». Ils ont ensuite proposé, non sans une certaine hésitation et incertitude, une réponse. Seuls deux participants avaient la bonne réponse qui était 400. Pour les autres, on retrouve « 10 pour 1 000 », « un petit 200 000 », « 1 % ». Un participant estime que l'incidence a certainement dû augmenter notamment à cause du confinement. Un autre suggère que l'incidence doit être largement sous-estimée.

H. Syndrome du Bébé Secoué : Dernier cas recensé

Le dernier cas connu et mentionné par les participants concerne pour 40 % d'entre eux un enfant rencontré dans leur exercice professionnel. Un premier participant mentionne une petite fille suivie en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatrique dont le père est l'agresseur et d'ailleurs été condamné et emprisonné pour cela. Il déclare « je n'en avais jamais vu avant cette petite et j'ai compris... ». En effet, la petite fille âgée de deux ans désormais présente de nombreuses séquelles, peu en termes de motricité : tronc légèrement hypotonique, mais beaucoup au niveau comportemental : elle a constamment besoin de porter les objets à la bouche et gère très mal la frustration. Elle ne dispose d'aucun moyen de communication verbale : elle ne parle pas ni n'émet de sons. Un second participant relate l'histoire d'un petit garçon victime de maltraitements comme ont pu en témoigner les traces de bleus sur son corps, qui a depuis été placé et pour lequel il suspecte, sans certitude, qu'il a été secoué. Il explique qu'il a maintenant 18 mois et qu'il présente un retard neuromoteur ainsi qu'un retard de langage et des troubles de l'oralité importants. Il m'évoque un autre cas, cette fois-ci avéré, qu'il a rencontré en SSR pédiatrique dont l'agresseur, en l'occurrence le père, était en prison. Il relève cette fois-ci une atteinte neurologique plus sévère avec un tableau parétique. 40 % des participants déclarent que le dernier cas connu leur a été relayé par les médias. L'un d'entre eux, mentionne un média internet tel que « Brut » ou encore « Konbini » qui aurait diffusé une vidéo de parents relatant les faits et expliquant leur parcours par rapport à leur enfant décédé ayant été secoué par la nounou. Il évoque un autre média, un podcast cette fois-ci, intitulé « Méta de choc » qui traite du SBS dans un épisode nommé « Trop militant(e) pour être honnête » à travers la question « comment faire usage d'esprit critique face à des sujets qui

nous mettent tellement en jeu que notre raisonnement se brouille ? ». 20 % des participants déclarent que le dernier cas connu a été abordé dans le cadre de la formation continue et plus précisément le cas clinique du DU « Dépistage et prise en charge du nourrisson vulnérable – pluridisciplinarité ». Il précise d'ailleurs « *heureusement, on n'en voit pas tous les jours !* ». Enfin, le dernier participant fait part d'un enfant suivi par sa femme en protection de l'enfance dont le père était au lycée avec lui. Il explique que les parents ont toujours affirmé que ce n'était pas eux et ont d'ailleurs récupéré leur enfant : « *c'était un peu la difficulté* ». De plus, l'enquête n'a jamais réussie à déterminer ce qu'il s'était réellement passée, les différentes évaluations effectuées par les services sociaux ont statué que ce n'était pas forcément les parents alors les regards se sont tournés vers la nounou mais sans aucune certitude. Il déclare que « *c'est terrible quand on y réfléchit* » et poursuit « *je ne sais pas si ça arrive souvent mais l'impression que j'ai c'est qu'on ne sait pas toujours* ». Ce participant ajoute qu'il estime que c'est un sujet qui est de plus en plus abordé notamment dans le parcours de parents. Il fait d'ailleurs référence à son propre parcours et déclare qu'avec sa femme, ils ont reçu de nombreux « *discours pertinents* » et « *non stigmatisants* » à la maternité. Il précise de dire que c'est susceptible d'arriver à tout le monde de ne plus en pouvoir et que, dans ce cas-là, il faut déposer le bébé dans son lit et partir, souffler et se détacher de la situation. Au sujet des médias, un participant estime que ce n'est pas un sujet dont on parle explicitement et suggère que « *c'est un sujet peut-être un peu tabou de dire que les parents vont peut-être défaillir à un moment et qu'ils vont faire du mal à leur bébé* ». Un autre participant déclare que, pour lui, ce n'est pas la problématique du SBS en lui-même qui la questionne mais plutôt la problématique de la « *psychiatrie périnatale* » car c'est un élément qui s'avère être très en lien avec de potentiels « *craquages* » de parents. Il déplore ainsi un manque de communications et d'informations sur la psychiatrie périnatale et les difficultés psychiatriques liées à la naissance d'un enfant car le « *fait de devenir parent, ce n'est pas anodin* » et cela sous-tend des « *décompensations psychiatriques* » ainsi que de « *grandes difficultés* ». Il fait état du fait qu'actuellement, la parentalité est « *extrêmement culpabilisante et violente* » pour certaines personnes et notamment des mamans.

I. *Syndrome du Bébé Secoué : Niveau de connaissances*

La qualification de leurs connaissances au sujet du SBS par les participants est, dans l'ensemble, plutôt pauvre. En effet, hormis un participant qui juge ses connaissances « *correctes* », les autres les jugent « *faibles* », « *je n'ai pas beaucoup de connaissances spécifiques au SBS* », « *je n'en ai pas* ». Un participant estime avoir des connaissances concernant le SBS ou plus précisément sur ses répercussions, néanmoins il ne prétend pas tout connaître et déclare qu'on a toujours à apprendre. Un autre participant, déclarant ne pas avoir de connaissances, révèle qu'il sait que ce syndrome existe, qu'il sait comment il survient mais qu'il n'est pas certain de réussir à détecter un bébé victime de secouements. En effet, il n'est pas sûr d'être capable de repérer les signes témoignant d'un Traumatisme Crânien (TC) chez un bébé. Il suggère cependant que, selon lui, il y aurait un trouble du lien avec un bébé qui « *ne regarde pas dans les yeux* », qui « *ne réagit pas trop* » et qui est « *totalelement effacé de la relation avec l'adulte* ». Un participant précise que ce n'est pas sa plus grande activité mais qu'il pourrait être amené à en prendre en soins donc il faudrait qu'il se forme un peu plus et pour cela qu'il effectue quelques recherches. Un autre participant revient sur le fait qu' « *on n'en parle quasiment pas en formation, que ce soit en formation continue ou en formation initiale* » et estime que « *c'est un peu un non-sujet alors que finalement ce sont des choses que l'on rencontre assez souvent* ». Il précise que cela rentre dans la paralysie cérébrale et que, pour le coup, c'est un sujet qu'il maîtrise plutôt bien. Il justifie son manque de connaissances au sujet du SBS notamment par le fait que les lésions, au niveau occipital et frontal, sont généralement associées à des atteintes appelées « *troubles associés* » relevant davantage de « *difficultés cognitives et relationnelles* ». Or, il estime qu'en tant que MK, nous sommes formés sur l'aspect moteur mais beaucoup moins sur les troubles associés. Il déclare que « *notre niveau de formation est assez bas pour ce syndrome-là* ». À ce sujet, un autre participant reconnaît qu'au sein de la formation initiale, sont abordés « *pleins de champs* » et qu'il est impossible d'aborder toutes les « *spécialités* » mais déplore, néanmoins, le fait de ne pas traiter « *tous les cas graves et importants* » dont le SBS avec, par exemple, un apprentissage sur « *comment palier au SBS* ».

J. Prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué envisagée par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les participants envisagent la Prévention Primaire (PP) du SBS par les Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (MKL) de différentes manières. 40 % d'entre eux déclarent que c'est un sujet « délicat », « pas facile » à aborder avec les parents, « difficile à déposer ». L'un d'entre eux révèle qu'il lui semble plus facile d'aborder la « mort subite du nourrisson » car cela ne sous-entend en aucun cas une forme de négligence de la part des parents contrairement au SBS. Il ajoute qu'il trouve difficile d'aborder le sujet du SBS avec des « parents qui n'y ont même pas encore pensé ». Un autre participant déclare que « ça dépend pourquoi il vient » (l'enfant). Un participant estime, quant à lui, « adapter en fonction du comportement du parent en séance » notamment sur le port de l'enfant car c'est, selon lui, le biais qui le concerne et le sujet avec lequel il se sent le plus à même de faire de la prévention même s'il ne s'imagine pas « faire un exposé aux parents à la première séance ». Cette PP s'effectuerait par le biais de la relation thérapeutique entretenue à la fois avec l'enfant et ses parents. Elle reposerait sur l'échange avec les parents incluant la discussion et l'écoute. Il s'agirait de savoir entendre les « cris d'alarme » et identifier les difficultés rencontrées par les parents (sommeil, alimentation) mais aussi les enfants « difficiles ». En découlerait le fait de soutenir les parents dans l'« apaisement du bébé » (par exemple dans le cadre d'un RGO selon un participant). Un participant explique « beaucoup » parler des « difficultés de la parentalité » dès les premiers rendez-vous, lors de séances afin que les parents comprennent qu'ils sont dans une « safe place », un lieu sûr et que s'ils rencontrent un problème, ils peuvent en parler librement. Il essaye de faire en sorte de « déculpabiliser » les parents et notamment les mamans afin qu'elles puissent « déposer leurs souffrances et leurs phobies d'impulsion » qui sont d'ailleurs très présentes chez les parents et particulièrement les mamans. Les phobies d'impulsion sont le « fait d'imaginer faire du mal à son enfant, le secouer, le jeter par la fenêtre... », cela correspond à « une peur de le faire et non un passage à l'acte », ce sont donc « des phobies, des peurs donc finalement quelque chose de sain lié au fait de devenir responsable d'un être vivant / humain ». Ce participant ainsi qu'un autre ayant fait référence aux phobies d'impulsion sans les nommer de la sorte, sont d'accord sur le fait d'expliquer aux parents à quoi elles correspondent uniquement si le sujet a été abordé par les parents en premier lieu. Un participant préconise pour les MK de conseiller les parents, de trouver des solutions et de leur montrer

qu' « *on les entend* », qu' « *on les comprend* », que « *ce n'est pas que dans leur tête* » et que ce ne sont pas eux « *les responsables* ». Il suggère de rappeler aux parents qu'ils ont le droit d' « *en avoir marre* », de « *ne plus en pouvoir* », de « *craquer* » et qu'il faut aussi savoir prendre du recul, par exemple poser le bébé et s'en aller car il n'y a aucun intérêt à le garder dans les bras s'il hurle et que nous sommes dépassés. Dans ce cas-là, il faut être en mesure de demander de l'aide. Un participant explique qu'il effectue ce rappel en conclusion, à la fin de son bilan. Il ajoute qu'au début de son activité, beaucoup de mamans venaient seules aux séances, sans les papas. Il en est arrivé à la conclusion qu'il y avait un grand nombre de mamans isolées n'ayant pas de conjoint pour prendre le relais ni aucun autre moyen d'ailleurs. C'est pourquoi, il pose systématiquement la question : « *est-ce qu'il n'y a que vous qui le gardez ou est-ce qu'il y a papa à côté ?* ». Un participant révèle porter d'avantage attention aux parents et notamment aux mamans afin de « *vérifier* » qu'elles ne soient pas « *borderline* », « *au bord de la dépression post-partum* ». Il précise que, lorsqu'il voit que cela ne va pas, il « *en parle avec elles* », il leur « *propose d'appeler la périnatalité* » (qui va leur proposer de rencontrer des psychologues rapidement), d' « *appeler la PMI* » (Protection Maternelle et Infantile) (pour mettre en place une aide à domicile avec des puéricultrices qui passent) ou encore d' « *appeler la sage-femme* ». Il mentionne également des « *affiches de prévention* » présentes dans son cabinet. Un participant stipule qu'en tant que MK, « *on accompagne vers la libération de la parole des parents* » et précise qu'il s'agit vraiment de « *donner de l'information à hauteur de ce dont ils ont besoin* ». Il indique beaucoup travailler avec des psychologues, des psychomotriciens mais aussi préconiser des numéros d'urgence afin de soutenir les parents s'ils rencontrent des difficultés. Un participant suggère, en tant que MKL, de « *remettre une couche* » au sujet du SBS même si cela doit déjà être effectué par les pédiatres notamment. Il estime qu' « *il faut arriver à faire travailler tout le monde* » et que c'est « *ensemble que l'on doit faire de cette prévention quelque chose d'efficace* ». Cela passerait notamment par rappeler aux parents que cela « *existe* » et que cela « *peut arriver à n'importe qui* ».

K. Prévention primaire en systématique par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : Évaluation de la nécessité

La nécessité d'une PP en systématique par les MKL pose question aux participants comme en témoigne cette réponse « *je ne sais pas* ». Un premier participant déclare trouver cela difficile

en pratique donc d'autant plus difficile en systématique. Il propose cependant une « *consultation systématique* » pour les « *nouveau-nés* » de « *15 jours à 1 mois de vie* » afin de mettre en place notamment le « *portage* », d'« *étayer la relation parents - enfant* », de porter attention à « *tout ce qui est troubles digestifs* » car « *on ne peut pas construire une homéostasie tranquille quand ça ne va pas dedans* ». Il estime que cela constituerait déjà de la prévention primaire du SBS mais pas que, de la « *plagiocéphalie* » et « *beaucoup de choses* » également. De plus, cela permettrait d'accompagner des parents « *inquiets* » et d'identifier « *d'autres choses* ». Il pense que, désormais, avec l'allongement du congé paternité, le risque du SBS est diminué. Un deuxième participant propose d'exposer des « *panneaux d'informations* », des « *photos* », de la « *documentation* » dans les cabinets et affirme qu'« *on pourrait très bien avoir des affiches sur le SBS* ». Selon lui, il ne faudrait « *peut-être pas l'appeler comme ça* » mais cela constituerait le meilleur moyen de toucher les parents, du moins ceux qui lisent et s'informent. En effet, cela pourrait être « *mal interprété* » d'en discuter lors des premières séances, « *on pourrait nous dire qu'on se mêle de trucs qui ne nous regardent pas* ». Un troisième participant suggère que c'est plus en lien avec la « *santé mentale* » des parents en incluant les « *papas* ». Selon lui, il faudrait faire un « *gros zoom* » sur la santé mentale des papas car il y a « *autant de dépressions post-partum chez le papa que chez la maman* » et cela n'est « *pas du tout pris en compte* ». Il souligne ainsi l'importance d'inclure dans notre bilan et notre première anamnèse la « *santé mentale des parents* » en posant une question sur le « *bien-être psychique des parents* », élément qu'il mesure systématiquement, car cela pourrait mettre en exergue le « *risque de dépression* », le « *risque suicidaire* » mais aussi le « *risque de SBS* ». Les deux derniers participants estiment que cette prévention est « *indispensable* » et « *super importante* ». Selon eux, il s'agirait de l'effectuer soit en « *préparation à la naissance, à la maternité ou par le médecin* » avec « *des nourrissons, des bébés de un à deux mois* ». Il leur semble primordial que chaque parent « *entende parler au moins une fois* » de ce syndrome, qu'ils sachent que cela « *existe* » et que « *cela n'arrive pas qu'aux autres* » ainsi que de rappeler que ce n'est « *pas un acte volontaire* » et que tout parent peut arriver, à un moment donné, à « *saturation* ». Pour cela, ils suggèrent aux MK de dialoguer avec les parents, de les « *décomplexer* », « *déculpabiliser* » afin qu'ils n'hésitent pas à demander de l'aide lorsqu'ils en ressentent le besoin.

L. Masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prévention primaire : Rôle

Au sujet du rôle attribué aux MKL dans la PP, les participants sont partagés. Effectivement, en tant que MK, nous avons une place « *privilegiée* » par rapport à « *un certain nombre de domaines* ». De plus, nous passons du « *temps avec les enfants* », de « *une à trois fois par semaine* », ce qui nous offre la possibilité d'échanger, d'aborder de « *nombreux sujets de manière approfondie* » et ainsi de « *glisser des messages de prévention* » contrairement à d'autres professions telles que les « *médecins* » qui voient les enfants de manière « *plus ponctuelle* », sur des temps « *plus courts* » pendant lesquels ils n'ont pas le temps de revenir sur toutes les questions des parents. Cependant, comme le relève un participant, nous avons un « *gros rôle à jouer* » dans la prévention qui n'est « *pas du tout développé* » ni même « *reconnu* » car « *on ne nous prend pas assez au sérieux* ». Selon lui, « *il faut que ça change* » et il espère que ce sera le cas dans le futur, d'autant plus que nous sommes « *bien formés* » à ce sujet. Ces propos sont repris par un autre participant qui ajoute que nous pourrions avoir une « *belle place* » dans la PP de « *pleins de choses* » mais que la prévention demeure « *très peu mise en place dans notre système de santé global* » en dehors du « *sport santé* ». Il propose pour la pédiatrie des séances de prévention et d'accompagnements à la parentalité reposant notamment sur l'accompagnement de la motricité, « *comment stimuler un bébé* », « *comment soutenir un bébé dans son développement* ». Selon un participant, en termes de santé publique pour la pédiatrie, notre rôle de prévention repose sur la communication de tout ce que l'on peut retrouver autour du nourrisson, à commencer par le couchage (le couchage sur le dos n'étant pas responsable de la plagiocéphalie mais plutôt l'immobilité), la vaccination (même si nous ne vaccinons pas, il lui semble important de faire de la prévention à ce sujet), la motricité globale (afin de prévenir les Troubles du NeuroDéveloppement (TND) notamment), l'alimentation (notamment le diabète en abordant l'appétence au sucre), la puériculture... Un autre participant ajoute à cette liste la prévention de toutes les déformations positionnelles possibles, les asymétries posturales (avec conséquence esthétique), l'accompagnement à l'éveil de l'enfant, la proscription des dispositifs contraignants (sièges, youpalas...) engendrant des enfants « *instables* » à la fois sur les plans moteur et émotionnel qui rencontrent des difficultés à se « *détacher* » de leurs parents parce qu'ils ne sont « *pas en confiance* ». Il mentionne également l'accompagnement moteur, le portage, les Niveaux d'Evolution Motrice (NEMs) (avant de voir des bébés qui se déplacent sur les fesses, qui sont capables de maintenir une position debout

mais ne parviennent pas à redescendre au sol, qui marchent sur la pointe des pieds...). Cela constitue réellement, selon lui, « *notre champ d'action* ». Il ajoute qu'il lui semblerait judicieux de « *faire un petit topo dans les crèches pour leur expliquer tout ça* ». Un participant évoque le cas des orthophonistes, qui ont, depuis peu, une cotation de séances sur l'accompagnement à la diversification alimentaire qui constitue de la PP. Il suggère de faire la même chose chez les MK mais déplore que « *ce n'est pas du tout présent dans notre culture* ». Un autre participant insiste sur le fait que nous ne possédons pas d'actes de prévention et que « *c'est bien dommage* » car nous pourrions faire « *tellement de choses* ». Un participant estime qu'en tant que MK, nous disposons d'un champ de compétences dont on « *ne peut pas complètement sortir* » mais qui nous offre néanmoins une certaine « *liberté* ».

M. Réalisation de la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué :

Moment opportun

Les participants sont quasiment tous d'accord, à 80 % pour dire que le moment opportun afin de réaliser la PP du SBS n'est pas à la maternité. En effet, « *on vous balance tellement d'infos que je ne suis pas sûre que vous les entendiez* », « *les parents reçoivent déjà tellement d'informations que c'est le bazar complet* », « *ce n'est pas à la maternité, quand les parents apprennent à changer la couche, à faire la douche, à donner le biberon, qu'ils ont la tête à ça* ». Un participant propose, quant à lui, à la maternité, dès les premiers jours de vie car il estime que « *c'est là que c'est le plus dur, le plus compliqué* ». D'une manière générale, il déclare que ce sont les premières semaines, entre la deuxième et la sixième, avec un enfant qui ne dort pas ou peu la grande majorité du temps, se réveille régulièrement, avec parfois un RGO associé, qui sont les plus compliquées. Il suggère que cela se calme un « *petit peu* » vers les six - huit semaines de l'enfant et que c'est également à cette période que les médecins commencent réagir car avant cela, la réponse fréquemment entendue par les parents c'est : « *c'est normal, c'est un tout petit bébé, ça va passer* ». Un participant me fait part de son cheminement de pensée en m'expliquant qu'à l'origine, il pensait que le moment opportun était avant l'accouchement mais qu'après avoir participé à des soirées de formation avec des sage-femmes, il s'est rendu compte que ce n'était pas le cas. Il indique que finalement, une consultation au un mois de l'enfant, lui semblerait judicieuse car « *tant que l'on n'a pas l'enfant on a du mal à se projeter* ». Cette temporalité est partagée par 60 % des participants. Un

participant propose de faire bénéficier les parents d'un dispositif comme « *le premier mois de vie* ». Il s'agirait d'une séance avec un professionnel formé aux « *soins pédiatriques* » telle qu'une séance de masso-kinésithérapie dont l'avantage est d'être remboursée et qui comprendrait un « *topo* » sur « *comment donner le biberon à son bébé* », « *comment le porter* », « *comment on ne fait pas un bébé secoué* ». Il estime que « *ce serait l'occasion d'en parler* ». Pour cela, il inclut un « *partenariat avec les sage-femmes* » qui voient les bébés et les parents précocement et qui pourraient ainsi contribuer à cette PP autour d'un « *travail collaboratif* ». Un autre participant va en ce sens en apportant quelques éléments nouveaux. Il stipule qu'il serait nécessaire que les médecins traitants soient informés du fait que les MK ont « *cette possibilité de prévention primaire* » afin qu'ils orientent aux alentours des un - deux mois de l'enfant, laissant ainsi le temps aux parents de se poser, prendre leur marque et à l'enfant de prendre un « *microrythme* » à la maison. Selon lui, c'est à cette période, vers les trois semaines – un mois de l'enfant que les parents et notamment les mamans commencent à se sentir seul(e)s, c'est pourquoi il semblerait pertinent d'intervenir à ce moment-là afin de les accompagner, répondre à leurs questions... Il mentionne également le travail en collaboration, par le biais d'une « *co-consultation avec une psychomotricienne ou avec une psychologue du développement* » pour « *accompagner les familles* » qui pourrait aboutir à un ou deux rendez-vous si besoin. Enfin, un dernier participant déclare qu'« *il y a beaucoup de moments qui seraient opportuns* » : en amont de la grossesse, pendant la grossesse / le suivi de grossesse (généralement effectué par les sage-femmes mais les MK peuvent intervenir si douleurs particulières) car les parents seraient plus à l'écoute que post-accouchement. D'après lui, une simple « *petite phrase* » dans un livre au sujet du SBS pourrait faire « *tilt* », « *un petit message un peu rassurant* » qui stipule qu'« *en tant que parent, j'ai le droit de laisser mon enfant quelques minutes* » et que « *cela ne fait pas de moi un parent indigne* ».

N. Outil(s) de prévention connu(s) ou possible(s)

Les participants semblent s'accorder au sujet des outils de prévention qu'ils connaissent ou qu'ils pourraient imaginer mettre en place. Ainsi, on retrouve les affiches, affichages et flyers (qu'ils soient en PMI ou dans les salles d'attente avec différents numéros verts par exemple) pour 40 % des participants tandis que 40 % des autres participants s'en méfient cependant car ils supposent que les parents « *les voient mais ne les lisent pas* ». 40 % des participants évoquent

la télévision comme moyen de diffusion même si 20 % estiment qu' « *on en parle un peu plus* ». Un participant suggère « *un bon message* » lors des « *campagnes publicitaires* » du soir. Le « *biais de communication* » partagé par 60 % des participants est le téléphone et, par extension, les réseaux sociaux, les applications mobiles ainsi qu'internet : « *les parents sont beaucoup sur leur téléphone* », « *les femmes enceintes ont de nombreuses applications* », « *les parents vont tous sur internet* », « *c'est ce qui marque le plus* ». Un participant mentionne l' « *application sur les 1 000 premiers jours* » qui donnent des informations aux parents mais dont il ne sait pas s'ils abordent le SBS. Un participant propose un compte « *Instagram® pédiatrique national* » car, selon lui, il existe « *des tonnes de kinés pédiatriques supers en France* » mais l'idée serait de regrouper les informations sur un même compte en incluant des « *conseils* », de « *motricité* » et « *pleins d'autres choses* ». Il stipule également qu'il faudrait « *arrêter les choses inadaptées que l'on peut retrouver sur les réseaux sociaux* ». 40 % des participants estiment que « *le meilleur moyen reste l'information directe en consultation* », la « *communication orale* ». Un participant présente le travail réalisé par une « *unité mère - bébé* » au sein d'un « *HP* » (Hôpital Psychiatrique) qui met en place des « *groupes de paroles de papas* ». Il explique ainsi, qu'il souhaiterait mettre en place des « *groupes de paroles de parents* ». Un participant partage son retour d'expérience concernant des vidéos, à destination des parents, réalisées et diffusées durant la période de pandémie mondiale de Covid-19. Ces vidéos ne portaient pas uniquement sur de la prévention, elles contenaient également des conseils relatifs au portage, des exercices... Il indique s'en être servi « *longtemps* », « *même après le Covid* ». Cela lui permettait d'avoir un « *double effet* » puisqu'il disait certaines choses en séance au parent présent qui pouvait ensuite montrer les vidéos à son conjoint. Les retours qu'il a eu de la part des parents vont dans le même sens : « *ils ont tous adorés* ». Les parents ont trouvé que c'était « *hyper pratique* », « *facile* » à regarder (le participant avait réalisé une dizaine de vidéos, courtes, entre 45 et 50 secondes). Il estime donc que c'est un « *bon outil que l'on devrait développer plus* ». Selon les participants, ces outils au sujet du SBS devraient contenir des « *chiffres* », les « *conséquences* » (séquelles et troubles à la fois neurologiques mais aussi comportementaux) car cela permettrait de « *bien alerter* » et il s'avère que « *les messages dont on se souvient vraiment, ce sont les trucs chocs* ». Globalement, les participants suggèrent qu' « *il faudrait en parler un peu plus librement* » tout en déculpabilisant les parents. Selon eux, le SBS est « *quelque chose qui est évitable* » dans le sens où c'est « *quelque chose qui*

est provoqué ». Ils estiment donc que « *si on s’y prend bien* », « *on pourrait largement diminuer* », sous-entendu l’incidence.

O. Intervention dans le cadre de la prévention primaire du Syndrome du Bébé Secoué : Niveau de préparation

Les avis des participants sont mitigés quant à leur niveau de préparation pour intervenir dans le cadre de la PP du SBS. 60 % des participants estiment être suffisamment préparés à intervenir. Un premier déclare « *oui, par ma vie de parent mais pas tellement par ma formation professionnelle* », un second suggère « *il faudrait que je relise des articles mais oui, je pense que ça pourrait le faire* », enfin un troisième indique « *je pense mais je pourrai toujours m’améliorer* ». Il estime parvenir à identifier les parents en difficultés mais par moment il « *passé totalement à côté* » malgré le fait qu’il « *essaye de faire attention* ». Effectivement, cela ne s’avère pas toujours simple dans la mesure où les parents disent ce qu’ils veulent bien dire, ils peuvent être bien à une séance et pleurer à la suivante ou encore ne plus revenir au cabinet. Il déplore qu’ « *on pourrait faire tellement mieux...* » et indique que « *ce serait d’autant plus facile dans une structure pluridisciplinaire parce qu’on aurait un vrai maillage autour des familles* ». Une psychologue salariée, dont la prise en soins ne serait pas à la charge des parents favoriserait l’accès et faciliterait la discussion lorsqu’une inquiétude est formulée autour d’un enfant. De plus, cela diminuerait les « *perdus de vue* ». 40 % des participants estiment ne pas être suffisamment préparés à intervenir. Un premier dit simplement « *moi non* ». Un second affirme « *non, je n’ai pas assez de connaissances* ».

P. Prévention réalisée dans la pratique professionnelle

Au-delà des éléments évoqués précédemment par les participants concernant la PP qu’ils mettent en place dans leur pratique professionnelle, ces derniers semblent rencontrer certaines difficultés et faire preuve de gêne quant à sa mise en œuvre. C’est le cas d’un participant qui indique, qu’hormis le fait qu’il ne dispose pas suffisamment « *d’arguments et d’éléments scientifiques* », il n’a « *jamais senti le besoin de le faire auprès des parents* ». Il déclare d’ailleurs que c’est « *à tort peut-être* ». Un autre participant explique faire de la PP au sujet du SBS uniquement lorsque les parents en parlent en ajoutant des éléments. Il estime le faire via « *l’analyse de l’état familial* » et indique « *ne pas en parler systématiquement* ». Un participant

indique ne « *pas forcément parler du SBS* » et davantage tenter de « *repérer les parents en difficultés* ». Pour cela, il leur offre un « *espace de parole* ». Il n'hésite pas, lorsqu'il estime qu'il y a « *un risque de saturation massif* » à « *leur signifier* », parfois sur le ton de l'humour : « *que vous ayez envie de jeter votre bébé contre un mur c'est normal mais évidemment, il ne faut pas le faire* ». Selon lui, « *il faut réussir à trouver les réponses adaptées* » et « *le fait de le dire, ça fait réfléchir* ». Il conseille aux parents de ne pas s'énerver, en précisant qu'il ne peut rien arriver à l'enfant si on le pose dans son lit, qu'il faut ensuite appeler du monde afin de passer le relais. Le participant tente également de travailler sur la « *cause* » puisqu'un des facteurs de risque sont les pleurs du bébé, il essaye de « *trouver pourquoi* » le bébé est « *inconfortable* » (souvent à cause du RGO) car « *ce n'est pas normal* ». Selon lui, il y aurait probablement un « *effet placebo* » car les parents se sentant écouté et ayant des possibles éléments de réponses, recouvrent « *un peu d'espoir* » et se sentent rassurés. Avec le temps, cela conduit généralement à un apaisement de la situation, d'autant plus qu'« *un bébé calme, on n'a pas forcément envie de le jeter contre un mur* ». Un dernier participant précise qu'il essaye d'« *avoir les deux parents* » que ce soit simultanément ou l'un après l'autre, du moment qu'il les voit en présentiel sans avoir besoin de leur téléphoner. Il met l'accent sur le fait de « *les déculpabiliser le plus possible* » et va aborder tout ce qui concerne le bébé par l'intermédiaire de « *temps d'accompagnement* », à commencer par le « *portage* » car le bébé est « *un truc qui bouge et on ne sait pas trop comment s'en occuper, l'attraper, le porter...* ». Selon lui, cela permettrait aux parents de nous accorder leur confiance mais aussi et surtout d'en engranger. Dans le futur, il aimerait acheter des « *poupées lestées* » afin que les parents puissent se rendre compte de ce qu'ils peuvent faire avec leur bébé et ainsi transposer.

Q. Freins rencontrés

Les freins rencontrés par les participants pour effectuer cette PP sont bel et bien présents mais surtout divers et variés. 40 % des participants estiment que « *le gros frein, c'est les parents* ». Un premier participant évoque le cas des parents qui « *ne rentrent pas du tout dans la relation thérapeutique* » et qui sont « *totalelement hermétiques* ». Dans ce cas-là, cela s'avère « *très compliqué* » car ils « *ne savent pas pourquoi ils sont là* » donc, soit ils sont perdus de vue, soit ils n'écoutent pas et n'entendent pas dans un premier temps mais avec « *beaucoup de temps* » et une « *relation de confiance* », c'est possible de parvenir à « *quelque chose* ». Un second

participant explique également avoir peur que les parents « *le prennent mal* » et qu'ils « *ne reviennent pas au cabinet* » car cela aurait altéré ou détruit la « *relation thérapeutique* ». Selon lui et à son grand regret, si les parents amènent leur enfant au cabinet « *ce n'est pas pour de la prévention mais pour du soin* ». Un troisième participant mentionne également le « *temps* » comme frein puisque cela « *prend du temps pour que les parents se confient* ». Il fait également part de « *raisons différentes* » liées aux milieux socio-économiques différents dans lesquels il intervient conjointement. Ainsi, il remarque que dans le milieu socio-économique favorisé, la principale difficulté rencontrée concerne le « *déni de la difficulté* » de la part des parents, dans le sens qu' « *il faut faire bonne figure* » car les « *apparences* » sont « *très importantes* » donc ces derniers n'osent pas montrer qu'ils ne vont pas bien, ils ne veulent pas reconnaître qu'ils sont en difficultés et ne parviennent pas à « *se déprécier* », « *se déprimer* ». Dans le milieu socio-économique défavorisé, la principale difficulté rencontrée est le « *manque d'informations* » des parents qui « *n'ont pas forcément cette culture de la prise en charge psychique* ». Il s'avère d'ailleurs souvent compliqué de « *parler des difficultés psychiatriques chez les personnes qui y sont le plus confrontés* ». Selon les 40 % de participants restants, « *être parent c'est un peu effrayant* » car « *on a toujours peur qu'il arrive un truc à notre enfant* ». À cela s'ajoute le fait que « *la culpabilité arrive avec le cordon ombilical* ». Pour le premier professionnel, lorsqu'il voit des bébés en soins sachant qu'ils sont déjà là pour une raison, l'idée n'est pas forcément de faire prendre conscience aux parents qu'il peut arriver énormément de choses à leur bébé mais plutôt de conserver une part d' « *innocence* », de « *naïveté* » qui lui semble importante. Il ajoute ne pas vouloir « *rajouter de l'inquiétude inutile* » et que, s'il a l'impression que la relation parents - enfant est présente et saine et qu'il y a peu de risques d'avoir un « *gros dérapage* » alors il n'évoque pas le sujet du SBS. Pour le second professionnel, les parents et particulièrement les mamans « *ont tout le temps l'impression de mal faire* » et sont « *tout le temps en train de culpabiliser* ». Il aurait ainsi l'impression que d'évoquer le sujet du SBS contribuerait à « *leur rajouter quelque chose d'hyper angoissant* ». Il déplore la solitude ainsi que le manque d'aides et d'informations auxquels les parents doivent parfois faire face. Ils n'ont pas forcément connaissances de la PMI, la périnatalité qui sont ouverts à tous or « *si on n'est pas au fait de ça, il ne peut y avoir de prise en charge* ». Il précise que c'est à ce sujet qu'il faudrait faire de la prévention et expliquer à ces parents / mamans dès la maternité « *tout ce qu'il existe en cas de difficultés, de dépression post-partum...* ».

R. *Suggestions de remédiations aux difficultés*

Afin de remédier aux difficultés rencontrées, les participants ont suggéré plusieurs propositions en lien avec les freins évoqués précédemment. Un premier participant dont le frein est les parents explique que c'est une situation qu'il n'a rencontré que très rarement, une seule fois pour ainsi dire. Le papa était « *très hermétique* » tandis que la maman semblait « *plutôt perdue* ». Le participant a donc « *essayé de les faire venir tous les deux* » puis de parvenir à ses fins grâce à la « *parole* », en illustrant ses propos avec des « *exemples* » concrets afin de leur prendre conscience de l'importance de faire telle ou telle chose pour telle ou telle raison. Après avoir échoué de cette manière, il a estimé qu'il fallait « *taper du poing sur la table* » tout en restant « *cordiale* » afin de ne pas les perdre. Il leur a ainsi dit que s'ils ne voulaient pas adopter les éléments proposés et mit en place alors ce qu'il faisait en séance ne servait à rien et qu'il n'y avait aucun intérêt pour l'enfant de revenir. C'est de cette manière que la situation s'est arrangée. Ce participant réitère un propos déjà relaté par un autre participant qui sont que les parents considèrent le soin comme du « *commerce* » dont ils « *ont accès* ». Ils payent et estiment donc que le MK leur « *doit quelque chose* », or selon le participant c'est une sorte de « *contrat* » établi entre « *les deux* » partis : il propose certaines choses et les parents lui rendent la « *pareille* ». Le second participant dont le frein est les parents estime que dans la conjoncture actuelle « *c'est un peu bouché* » car se rendre chez le MK avec son bébé est du même acabit que se rendre chez le psychologue pour un bon nombre de personnes, c'est-à-dire que cela signifie qu'on a des « *problèmes* ». Selon lui, « *on n'est pas dans une société où on fait de la prévention* » donc, en tant que MK, c'est « *un peu compliqué d'avoir sa place de prévention parce que personne ne sait que les paramédicaux ont un rôle de prévention majeur* ». Il suggère qu'« *avant que la société change, il faudrait changer le corps médical et paramédical* » afin qu'« *on soit tous d'accord sur le rôle et les compétences de chacun* ». Cette réponse fait écho à la réponse d'un autre participant qui déclare que « *tout cela nous dépasse* » car il s'agirait de réaliser un « *travail sur les inégalités globales de la société* », chose pour laquelle « *on ne peut pas faire grand-chose en tant que petit MK libéral* ». Selon lui, cela relève d'une « *éducation globale* » en France puisqu'on se trouve actuellement avec une culture de « *dichotomie totale entre le corps et l'esprit* », c'est-à-dire le corps d'un côté et la tête de l'autre. Le fait qu'il ne faille « *pas trop parler de ce qu'il se passe dans notre tête* » complexifie la « *construction de notre système de soins* ». Il faudrait proposer des prises en soins qui soient davantage

« *holistiques* » et lever ce « *tabou* » que constitue la « *difficulté mentale* » qui est finalement un phénomène « *très présent* » et ceux « *chez de nombreuses personnes* ». Cela requerrait que les MK soient « *un minimum formés* » sur les possibilités et les conduites à tenir lorsqu'un parent ne va pas bien, est « *à deux doigts de craquer* », a « *un risque suicidaire* » car actuellement « *la plupart des MK n'en ont aucune idée* ». Un des participants pour lequel le frein est la peur de faire culpabiliser davantage les parents déclare qu'il faudrait qu'il « *s'oblige* » à le faire mais qu'il ne sait pas s'il en serait capable. Il suggère que sa propre « *expérience de maman* » joue certainement dans sa « *pratique* » et que c'est pour cela qu'il y a « *pleins de choses* » que les mamans ressentent et qu'il « *arrive à identifier* ». Pour autant, il déclare que « *ça ne veut pas dire qu'il faut être parent pour être kiné pédiatrique* », simplement que cela influence sa pratique personnelle. Il se remémore lorsque « *tout le monde* » lui donnait des « *conseils* » et le faisait « *culpabiliser* ». C'est pourquoi il a « *envie de les préserver de ça* » dans sa « *pratique* ». Il ne souhaite pas avoir ce rôle de professionnel de santé qui « *donne tous les conseils* », qui se positionne « *au-dessus* » et qui « *a le savoir* », il préfère avoir un rôle d'« *accompagnant* ». Il précise que c'est peut-être en cela qu'il lui est difficile d'aborder le sujet du SBS. Le second participant pour lequel le frein est de ne pas effrayer les parents, déclare vouloir mettre en place de la « *prévention ciblée* ».

S. Propositions de nouvelles modalités de prévention primaire, d'idées d'outils à mettre en place

Les participants ne manquent pas de propositions concernant des nouvelles modalités de PP ou encore d'idées d'outils à mettre en place. Un premier participant propose des affichages en salle d'attente ainsi qu'un « *bon spot publicitaire* » qui soit « *un petit peu marquant* » et qui serait diffusé sur les « *réseaux sociaux* » et la « *télévision* ». Selon lui, « *actuellement les informations, les gens les trouvent quand ils les cherchent* ». En effet, il estime que les parents ont « *énormément de choses qui viennent à eux* » et qu'ils voient « *plus de pubs pour les transats que d'informations vraiment utiles* ». Ainsi, il suggère d'« *aller plus vers eux* » avec des « *choses qui parlent aux générations actuelles de jeunes parents* » dans le but de leur « *faire prendre conscience que déjà ça existe et surtout que ça peut arriver à tout le monde et pas qu'aux autres* ». Un second participant propose une « *formation de 2 - 3 h* » qui pourrait être réalisée auprès de personnes « *que ça intéresse* » et qui « *veulent en savoir plus sur la chose* »

directement sur leur « lieu de travail » puisque « tout le monde a un travail ». Selon lui, « il faudrait essayer de trouver quelque chose qui ne fasse pas déplacer et qui soit assez simple d'utilisation ». Il évoque également le « téléphone » qui pourrait constituer « une piste ». Un troisième participant propose des « vidéos » qui sont « un super outil ». Il revient également sur son idée de compte « Instagram® pluriprofessionnel, pédiatrique, national » car il estime que venant d' « une seule personne ça aurait moins de sens » alors qu' « on a tous des pratiques différentes même si on se retrouve dans le fond ». Selon lui, « on a tous des sensibilités différentes et on pourrait amener les expertises de chacun ». Il s'agirait d' « un genre de 1000 premiers jours de l'enfant, de sa motricité et de sa prévention » car « on a un gros rôle de dépistage et de conseils pour les parents ». Il soulève un problème majeur que constitue la difficulté d'effectuer un signalement et qui, selon lui, intervient aussi dans la prévention du SBS car des enfants « passent à la trappe comme ça ». Il avance le fait qu' « il faut être sûr de soi car c'est hyper difficile de lancer un signalement » et poursuit qu' « il faut avoir une certitude, lancer une enquête... ». Malgré des « signalements parfois justifiés », il n'y a « pas forcément de suite derrière ». Il me relate avoir appelé le numéro et avoir attendu 2 h avant de parvenir à avoir un interlocuteur pour faire le signalement : « il faut vraiment avoir envie de les avoir ». Il comprend ainsi que « ce soit dur de se lancer dans ce genre de procédure ». Il suggère que « si on nous simplifiait les choses, ça nous permettrait d'en faire plus » (de signalements) et déclare qu' « il ne faudrait pas avoir peur de le faire ». Il regrette l'inexistence de formation portant sur le « dépistage de la violence chez l'enfant ». Un quatrième participant propose une « consultation de développement » en « interdisciplinarité » avec une « psychomotricienne » pour les « enfants qui sont à risque ». Selon lui, « l'interdisciplinarité est essentielle », c'est-à-dire le fait de « travailler ensemble » et non pas la « pluridisciplinarité » qui consiste à « travailler côte à côte ». Cela reposerait sur le fait d' « essayer de comprendre l'autre professionnel » afin de proposer un « projet » qui soit « le plus adapté possible » aux parents pour « les accompagner au mieux ». Ainsi, il suggère d'intégrer à la formation continue « plus d'interventions là-dessus ». Il explique qu'il y a « plus de bébés secoués » chez les enfants possédant des « troubles du neurodéveloppement » et particulièrement chez les enfants qui sont « à risque de TSA » (Trouble du Spectre Autistique) car ce sont des enfants qui ont des « modes relationnels particuliers » qui mettent « beaucoup plus vite à bout les parents ». Il indique qu'il faut « repérer » ces enfants qui présentent des difficultés « dès la naissance » et « prendre du temps » notamment pour « écouter les parents ». Il déclare qu' « il faut arrêter de dévaloriser

les parents » et qu' « *il faut essayer de les écouter et de prendre du temps* ». Il préconise l'instauration d'une « *formation auprès de tous les professionnels qui accueillent des enfants dans les deux premières années de vie* ». Un dernier participant propose des « *ateliers globaux* » qui consisteraient à « *refaire le point* » sur l'alimentation, le portage, la gestion des pleurs du bébé qui, selon lui, peuvent être à l'origine du « *problème du bébé secoué* » car les parents « *n'en peuvent plus* » et « *pètent un câble* ». Il inclut également toute une partie sur comment soulager son bébé et par quel moyen. Il suggère que cela soit « *remboursé* » afin de toucher « *toute la population* », auquel cas, seules les personnes qui « *ont les moyens* » et qui « *s'intéressent à tout ça* » pourraient y participer, ce qui ne serait « *pas efficace* ». Il indique qu'il faudrait instaurer cela « *dans le premier mois de vie de l'enfant* » tout en étant « *à distance de la naissance, au moins deux semaines après* ». À cela s'ajoutent, des informations et affiches pouvant être exposées dans les cabinets ainsi qu'un site internet.

Mémoire d'initiation à la recherche

IFMK du CHU de Rouen-Normandie

NOM : DANIÈRE

Prénom : Audrey

Étudiant(e) en Masso-Kinésithérapie, promotion : 2019-2023

Travail réalisé sous la direction de : MARTINEZ MAESTRE Teresa

Syndrome du Bébé Secoué : de l'accompagnement à la parentalité à la prévention primaire par le masseur-kinésithérapeute libéral : une étude qualitative par analyse des pratiques professionnelles

Introduction :

Le Syndrome du Bébé Secoué traduit lorsqu'un bébé est violemment secoué par un adulte. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il est possible de prévenir la maltraitance infantile. Ainsi, nous avons tenté de déterminer le rôle du Masseur-Kinésithérapeute libéral dans la prévention primaire de ce syndrome.

Méthodes :

Le choix de la méthode s'est porté sur une recherche qualitative selon une approche hypothético-déductive. Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de cinq masseurs-kinésithérapeutes puis analysés afin de vérifier les hypothèses.

Résultats :

Le Syndrome du Bébé Secoué constitue un sujet tabou qui questionne la santé mentale au sein de la parentalité. Il représente un non-sujet en formation initiale alors qu'il relève d'un acte récurrent dont les enfants garderont les séquelles à vie. S'avérant être un acteur de choix au sein de la prévention primaire, le rôle du masseur-kinésithérapeute n'est cependant pas reconnu.

Conclusion :

Le masseur-kinésithérapeute est un maillon essentiel dans la prévention dont il ne s'agit plus d'ignorer l'existence ou de remettre en cause la place mais plutôt de l'inclure davantage. Il prendra soin de choisir les actions de prévention spécifiques en fonction des caractéristiques des environnements familiaux.

Mots clés :

Analyse des pratiques professionnelles ; Étude qualitative ; Masseur-Kinésithérapeute libéral ; Prévention primaire ; Syndrome du Bébé Secoué

Shaken Baby Syndrome: from the parenting support to the primary prevention by the private practice physiotherapist: a qualitative study by analysis of professional practices

Background:

Shaken Baby Syndrome, also known as NonAccidental Head Injury, occurs when an infant is violently shaken by an adult. The census of the whole cases is currently impossible owing to a lack of diagnosis. Nevertheless, it has been estimated that at least four hundred babies would be victims of it every year in France. According to World Health Organization, it is possible to prevent child abuse. Therefore, this study is motivated by the following research question: what is the role of a private practice PhysioTherapist in the Shaken Baby Syndrome primary prevention?

Methods:

The choice of the methodological system focused on the qualitative study method according to a hypothetico-deductive approach while adopting a comprehensive process. Individuals semi-structured interviews were carried out with five physiotherapists complying with inclusion criteria. Afterwards, interviews were analyzed according to a content analysis qualitative method. Finally, data were processed by a vertical analysis followed by a horizontal analysis to verify the assumptions.

Results:

Shaken Baby Syndrome constitute a taboo subject, that question widely the mental health within the parenthoods. As well, it represents a non-subject in initial training when it expresses a recurring act. Yet, each professional might deal with the sequelae suffering for life by the children who are victims. Besides, even though having an honored place in relation to a few fields and, in this way, embodying a valued player in the primary prevention, the role of the physiotherapist is not admitted.

Conclusions:

The physiotherapist, health-care provider in both rehabilitation and prevention is an essential link of which it is no longer unaware the existence or call the place into question but rather more including into the chain. His closeness with families, as well as the skillfulness of his area of expertise, give to him several usable possibilities, in which, he will take care to choose, according to family environments, so that they would be specifics. Not to mention his facility to provide it and broadly to fit in with.

Keywords:

Analysis of professional practices; Primary prevention; Private practice physiotherapist; Qualitative study; Shaken Baby Syndrome

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie du CHU de Rouen-Normandie
14, rue du Professeur Stewart - 76042 Rouen Cedex - ☎ 02 32 88 00 71 ou 02 32 88 56 18
IFMK@chu-rouen.fr