

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Soutenue publiquement le 16 Novembre 2021
Par Mme DUBOS Virginie**

Syndrome du bébé secoué : Rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention

Membres du jury :

Président :

Professeur **Bertrand DECAUDIN**, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Directeur, conseiller de thèse :

Docteur **Anne GARAT**, Maître de Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Assesseur(s) :

Professeur **Matthieu VINCHON**, Professeur des Universités, Faculté de Médecine, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille ; Vice-Président de l'association « Les maux-les mots pour le dire », Lille

Maître **Danielle GOBERT**, Avocate au Barreau, Lille ; Présidente de l'association « Les maux-les mots pour le dire », Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIE
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie

Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie

M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques

M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie

M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurie	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Remerciements

Parce que ma thèse ne serait pas la même sans vous. De près ou de loin, vous avez contribué à la réalisation de mon travail et je tiens à vous remercier par ces quelques mots...

À Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

À Madame le Docteur Anne GARAT, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet qui me tient tellement à cœur. Merci pour votre implication, vos conseils si précieux pour moi et pour le suivi sans faille que vous m'avez accordé dans la réalisation de cette thèse.

À Monsieur le Professeur Matthieu VINCHON, je suis très honorée que vous soyez présent pour juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse, j'admire votre investissement au sein de la prévention du syndrome du bébé secoué.

À Maître Danielle GOBERT, merci de m'avoir aidée dans cette thèse et de m'avoir sollicitée lors du congrès sur la prévention du syndrome du bébé secoué. Ce fut une expérience unique et très enrichissante pour moi. Votre travail fourni au sein de l'association est remarquable.

À la Pharmacie du Phare à Gravelines et à Monsieur DECROOS, qui m'a chaleureusement accueillie durant toutes mes années d'études et qui m'a accompagnée jusqu'à l'obtention de mon diplôme. Merci à mes collègues adorées, Delphine, Emmanuelle, Isabelle, Julie et Sophie qui m'ont appris leur métier avec patience et passion, et pour les bons moments passés ensemble.

À la Pharmacie du Courghain à Grande-Synthe et à Monsieur LECLERCQ, merci pour votre confiance lors de mes débuts en tant que jeune diplômée. Mon passage chez vous a été de courte durée mais l'envie d'évasion dans le sud a eu raison de moi. Merci à mes collègues Elodie, Manon et Margaux pour leur bonne humeur et les instants partagés en votre compagnie.

À la Pharmacie Port Marianne à Montpellier et à Madame BOURLIER et Monsieur FRAISSE, je vous remercie de m'avoir fait confiance pendant ces quelques semaines passées ensemble. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler dans votre officine, en compagnie de Fanny et Margaux.

À la Pharmacie des Hauts de Fabrègues à Fabrègues et à Madame MOREL, merci de m'avoir intégrée dans le sud comme vous l'avez fait. Votre bienveillance m'a touchée dès les premiers moments passés dans votre pharmacie. Merci à mes collègues, Anne-Laure, Béatrice, Driss, Erika, Jacqueline, Lorenzo, Maëva, Myriam, Natacha, Sandra et Séverine qui partagent mon quotidien à la pharmacie mais qui me font aussi découvrir aussi les jolis coins de Montpellier.

À Anthony, mon amour, mon chou, mon rayon de soleil, mon binôme, merci de supporter tous les jours mon caractère de cochon, mes envies de princesse et mes doutes permanents. Merci pour ton aide dans la rédaction de ma thèse et pour tes nombreuses relectures. Et surtout merci de m'accompagner dans chaque moment important de ma vie. Je t'aime passionnément !

À mes parents, si chers à mon cœur ! Merci de m'avoir offert la vie que j'ai maintenant, sans vous je ne serai rien. Votre investissement, vos sacrifices, vos encouragements et tout l'amour que vous me donnez chaque jour m'ont permis de devenir celle que je suis aujourd'hui. Je vous aime d'un amour infini.

À ma grande sœur, ma sœurette d'amour, mon modèle en plus grand, mon binôme, merci d'être toujours là pour moi dans tous les moments de ma vie. Je ne te remercierai jamais assez pour la force que tu m'as donnée pendant mes études. La passion de notre métier nous lie pour toute la vie (les formations avec champagne aussi d'ailleurs...). Je t'aime infiniment.

À toute ma famille ; ma marraine, mon parrain, mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines, mes beaux-parents, mes belles-sœurs, mes beaux-frères, et mon filleul d'amour.

À mes grands-parents, Louissette et René qui, je l'espère, sont fiers de leur petite-fille aujourd'hui. J'aurai tellement aimé vous avoir encore près de moi. Je vous aime bien au-delà des étoiles.

À mes copines d'amour, rencontrées sur les bancs de la faculté : Adèle, Manon, Maÿlis et Victoire, merci d'avoir été là pendant ces 6 années d'études mais surtout d'être encore présentes aujourd'hui dans tous les moments de ma vie. Je n'oublierai jamais nos soirées, nos apéros, nos karaokés enflammés jusqu'au petit matin. Merci aussi **à mes copains : Germ1, Germ2, Greg, Romain et Thibault**. Vous êtes tous bien plus que des confrères pour moi.

Merci les copains, c'est une chance pour moi de vous avoir dans ma vie.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	19
LISTE DES FIGURES.....	20
LISTE DES ANNEXES.....	21
PREAMBULE.....	23
I. PRESENTATION DU SYNDROME DU BEBE SECOUE.....	25
I.1. Définitions.....	25
I.1.a. Syndrome du bébé secoué.....	25
I.1.b. Violence.....	26
I.1.c. Maltraitance infantile.....	27
I.2. Historique du syndrome du bébé secoué et des actions de prévention...	28
I.2.a. Découverte du syndrome du bébé secoué.....	28
I.2.b. Historique des actions de prévention.....	30
I.3. Le syndrome du bébé secoué.....	30
I.3.a. Mécanismes lésionnels et description clinique du syndrome du bébé secoué.....	30
I.3.b. Hypothèses étiologiques du secouement.....	33
I.3.c. Diagnostic du syndrome du bébé secoué.....	33
I.3.d. Traitements relatifs au syndrome du bébé secoué.....	35
I.3.e. Pronostic du syndrome du bébé secoué.....	36
I.4. Les pleurs du nourrisson.....	36
I.4.a. Physiologie du nourrisson.....	36
I.4.b. Présentation des différents types de pleurs.....	37
I.4.c. Etiologie des pleurs.....	42
I.4.d. Les pleurs : la principale cause du syndrome du bébé secoué ?.....	43
I.4.e. Gestion des pleurs.....	44
I.5. Epidémiologie du syndrome du bébé secoué.....	45
I.5.a. Incidence du syndrome du bébé secoué.....	45
I.5.b. Données épidémiologiques.....	46

I.6. Etat des lieux des connaissances relatives au syndrome du bébé secoué.....	49
I.6.a. Connaissances générales des professionnels intervenant auprès d'enfants.....	49
I.6.b. Connaissances des professionnels de la petite enfance : exemple des assistantes maternelles agréées.....	51
I.6.c. Connaissances des parents et de l'entourage de l'enfant.....	53
I.7. Impact économique du syndrome du bébé secoué.....	56
II. ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET INTERETS EN PREVENTION.....	57
II.1. Démographies des officines en France : quelques chiffres.....	57
II.2. Le pharmacien d'officine : ses rôles, ses missions.....	58
II.2.a. Traitements.....	58
II.2.b. Conseils.....	60
II.2.c. Nouvelles missions.....	60
II.3. Atouts de la coopération interprofessionnelle.....	64
II.4. Prévention en officine.....	64
II.4.a. Définitions.....	64
II.4.b. Intérêts de la prévention à l'officine.....	65
II.5. Motifs de venue des femmes enceintes au comptoir.....	66
II.5.a. Pendant la grossesse.....	67
II.5.b. Après la naissance.....	69
II.6. Législation en vigueur : Cadre légal relatif au pharmacien officinal.....	72
II.6.a. Point sur la protection de l'enfance.....	72
II.6.b. Caractéristiques des droits de l'enfant.....	72
II.6.c. Convention Internationale des Droits de l'Enfant.....	72
II.6.d. Projet de Code de Déontologie Pharmaceutique.....	73
II.6.e. Code Pénal.....	73

III. REPERAGE DES SIGNES D'ALERTE ET DES FACTEURS DE RISQUE DU SYNDROME DU BEBE SECOUE.....	76
III.1. Profil-type de l'auteur du secouement.....	76
III.2. Signes d'alerte et facteurs du risque du secouement.....	76
III.3. Conduite à tenir cas de suspicion de maltraitance.....	78
IV. ACTIONS DE PREVENTION CONCRETES ET ACTIONS POUVANT ETRE MENEES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE.....	81
IV.1. Communication par l'association « <i>Les maux les mots pour le dire</i> »....	81
IV.2. Autres outils de communication.....	82
CONCLUSION.....	87
FICHE DE PREVENTION A DESTINATION DES PHARMACIENS.....	89
FICHE DE PREVENTION A DESTINATION DES PATIENTS.....	90
ANNEXES.....	93
BIBLIOGRAPHIE.....	101
AUTORISATION DE SOUTENANCE.....	111

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- AFIREM : Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée
- BPM : Bilan Partagé de Médication
- CDP : Code de Déontologie Pharmaceutique
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CNAPE : Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant
- CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes
- CSP : Code de la Santé Publique
- DP : Dossier Pharmaceutique
- DPC : Développement Professionnel Continu
- ETP : Entretien Thérapeutique Patient
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HR : Hémorragie Rétinienne
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- HSD : Hématome Sous Dural
- HTIC : Hypertension Intracrânienne
- IRM : Imagerie par résonnance magnétique
- Odas : Observatoire national de l'action sociale décentralisée
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONP : Ordre National des Pharmaciens
- OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
- PPPSBS : Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué
- RGO : Reflux Gastro-Œsophagien
- SBS : Syndrome du Bébé Secoué
- SFP : Société Française de Pédiatrie
- SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
- TCI : Traumatisme Crânien Infligé
- TCNA : Traumatisme Crânien Non Accidentel
- TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mécanisme du secouement, *Association Stop Bébé Secoué*

Figure 2 : La courbe normale des pleurs du nourrisson, *F. Girard, Sage-femme au CHU de Nantes*

Figure 3 : Évolution des pleurs non spécifiques au cours de la journée chez les nourrissons âgés de 6 semaines, *Primary and Hospital Care*

Figure 4 : Arbre décisionnel « Consultation pour pleurs », *Service de Pédiatrie Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles, P. Foucaud. Pas à Pas en Pédiatrie*

Figure 5 : Réponses après les journées scientifiques des hôpitaux de Saint-Maurice, *Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant*

Figure 6 : Résultat du rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance, *Cnaf - Tmo, enquête barométrique 2017*

Figure 7 : Répartition des connaissances moyennes des mères interrogées sur le secouement en fonction de leur groupe d'appartenance, en pré- et post-intervention, *Shaken Baby Syndrome Prevention Programme : A Pilot Study in Turkey*

Figure 8 : Carnet de santé, image illustrant les pleurs du nourrisson et la prévention SBS, ministère des Solidarités et de la Santé, Avril 2018

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Présentation des différentes associations citées au cours de la Thèse et qui luttent contre la maltraitance, notamment contre le SBS.

Annexe 2 : Fiche réflexe pharmacien sur les violences conjugales. (*Cespharm*)

Annexe 3 : Violences familiales : l'officine comme lieu d'alerte. (*Cespharm*)

Annexe 4 : Programme de la conférence « La prévention du syndrome du bébé secoué », 12 novembre 2019, Lille.

Annexe 5 : Diaporama réalisé pour la conférence du 12 novembre 2019.

Annexe 6 : Le thermomètre de la colère du Programme de Prévention Périnatal du Syndrome du Bébé Secoué (PPPSBS). (*CHU Sainte-Justice*)

Annexe 7 : Support d'information et de sensibilisation du SBS. (*Stop Bébé Secoué*)

PREAMBULE

Le syndrome du bébé secoué est un phénomène d'ampleur mondiale, responsable de séquelles à court et/ou long terme et parfois même du décès de l'enfant. Chaque année, de nombreux bébés en sont victimes alors que cette forme de maltraitance infantile peut être, grâce aux actions de prévention et de communication mises en place, évitée ou tout au moins limitée.

Durant mes années d'études, j'ai réalisé mes stages dans plusieurs services hospitaliers notamment celui de la réanimation pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Lille et celui du Centre Antipoison de Lille. Initialement, je voulais orienter mon sujet de Thèse vers la limite entre accidents domestiques et maltraitance infantile, sujet qui liait mes deux stages. Après avoir rencontré plusieurs cas de bébés secoués amenés en service de réanimation pédiatrique, il m'a semblé intéressant de traiter de ce sujet qui m'était jusqu'alors inconnu. Présenter le syndrome du bébé secoué aux pharmaciens d'officine ainsi qu'à leurs patients m'est apparu comme primordial pour en limiter son incidence.

J'ai ensuite pris contact avec l'association « Les maux-les mots pour le dire » qui œuvre dans la prévention de la maltraitance infantile pour discuter de mon projet. Quelques temps plus tard, cette association m'a sollicitée pour participer à une conférence sur la journée de prévention du syndrome du bébé secoué, où mon rôle était de présenter « l'information et la prévention du syndrome du bébé secoué en pharmacie d'officine ». Le pharmacien peut ne pas connaître l'existence de ce syndrome et peut se sentir démuni face à un événement qui l'interpelle, comme la maltraitance infantile.

Le but de cette Thèse est de donner les clés aux pharmaciens d'officine pour s'adapter à une telle situation et de montrer qu'il est tout à fait capable de réaliser une nouvelle mission de prévention relative au syndrome du bébé secoué au comptoir.

La communication est un élément majeur dans la prévention du syndrome du bébé secoué. Elle peut être présentée de différentes façons : orale ou écrite. La partie orale s'est déroulée en amont de la Thèse lors de la conférence. La version écrite est présentée à la fin de la Thèse sous forme d'une plaquette explicative de ce phénomène à destination des pharmacies d'officine ainsi que d'un flyer à remettre aux patients.

I. PRÉSENTATION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUE

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une forme grave de maltraitance, d'une violence extrême, infligée à un enfant en bas âge. Il est également nommé « traumatisme crânien violent » car une personne ignorant ce qu'est le SBS, reconnaît inéluctablement ce geste comme étant violent et dangereux pour l'enfant (1).

Le SBS constitue actuellement un réel problème de santé publique, car on retrouve un **degré de morbidité et de mortalité excessivement élevé** et des **conséquences graves à court, moyen et long terme** (2). Il est d'ailleurs la principale cause de décès en lien avec la maltraitance infantile (3), et l'une des principales causes mondiales de traumatisme crânien mortel chez les enfants de moins de 2 ans (4). Le diagnostic du SBS n'est pourtant pas toujours correctement posé et certains secouements passent parfois même inaperçus.

L'objet de ce chapitre est de présenter le SBS dans son ensemble et d'essayer de comprendre son origine pour proposer des pistes susceptibles de limiter son incidence.

I.1. Définitions

I.1.a. Syndrome du bébé secoué

Le SBS fait partie des traumatismes crâniens non accidentels (TCNA) observés chez un nourrisson. Il résulte d'un **geste volontaire** de secouement provenant d'un adulte, voire d'un grand adolescent, à la différence des traumatismes crâniens dits accidentels, qui eux, sont involontaires. Les traumatismes crâniens accidentels sont assez rares chez les nourrissons et jeunes enfants et sont surtout observés lors d'accidents graves de la route. Il est par ailleurs documenté que 80% des décès par traumatisme crânien chez des enfants de moins de 2 ans, résultent d'un TCNA (5). L'enfant victime est **souvent âgé de moins d'un an**, et **dans deux tiers des cas**, âgé de **moins de 6 mois** (6). Le SBS est également défini comme étant un « sous-ensemble de traumatismes crâniens infligés (TCI) ou TCNA dans lequel c'est le secouement seul ou associé à un impact qui provoque le TCI » (7).

Par « impact », on entend que le bébé est violemment projeté contre une surface rigide et résistante, ce qui, évidemment, accentue les lésions pourtant souvent déjà dramatiques du fait du secouement seul. De plus, les conséquences sont d'autant plus sévères que l'atteinte survient chez un très jeune enfant. Il est important de préciser qu'un seul secouement peut suffire à donner la mort ou à laisser des séquelles, mais que la répétition du mécanisme est très fréquemment rencontrée (6).

La fréquence de répétition des secousses est également évoquée dans plusieurs études. En 2010, une étude française parue au Journal Officiel de l'académie américaine de pédiatrie s'est intéressée à 112 enfants présentant un traumatisme crânien violent, âgés en moyenne de 5,6 mois. Tous les auteurs responsables du secouement ont décrit avoir secoué violemment l'enfant, le saisissant sous les bras avec ou sans impact associé. La secousse était décrite comme étant violente dans 100% des cas étudiés et répétée dans plus de 50% d'entre eux (8). Le nombre d'épisodes de secousses avoués par les auteurs du secouement variait de 2 à 30 fois, avec une moyenne de 10 répétitions, les épisodes de secousses étant parfois répétés sur plusieurs semaines. Dans plus de 62% des cas, les auteurs du secouement ont justifié la répétition des secousses par le fait que le secouement arrêtaient les pleurs de l'enfant.

I.1.b. Violence

Avant tout, il est important de préciser que la violence, quel que soit son type, n'a pas toujours été considérée comme problème de santé publique et qu'aucune définition claire n'existait autrefois pour évoquer ce phénomène.

C'est en 1996, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé que la violence a été reconnue comme un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier et que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été chargée d'en définir les différentes typologies (9). C'est en 2002, dans le rapport intitulé « Rapport mondial sur la violence et la santé », que l'OMS a déclaré la violence comme problème de santé publique. Il existe pourtant une multitude de définitions de la violence, prenant en compte le pays, la période historique ou les normes sociales et culturelles de celui qui la définit.

L'OMS définit la violence comme : « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence » (10).

I.1.c. Maltraitance infantile

La maltraitance des enfants est une forme de violence dite interpersonnelle, pouvant être infligée par la famille ou un proche de la victime, regroupant la violence physique, sexuelle, psychologique ou la négligence liée aux soins (bien qu'il n'existe pas de consensus ayant accepté, de façon universelle, les différents types de violences (11)).

Il s'agit là encore d'un véritable problème de santé publique assez méconnu et probablement largement sous-estimé, puisqu'il toucherait, selon plusieurs études anglophones parues dans la revue médicale *The Lancet*, près de 10% des enfants dans les pays à haut niveau de revenus (12).

Un enfant est considéré en danger lorsqu'il est dans un environnement où il est maltraité ou à risque de l'être. Par « à risque de l'être », on entend une mise en danger concernant sa santé, son éducation ou son hygiène. Tout enfant victime de maltraitance ou à risque de l'être doit être identifié et mis en sécurité. L'observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), qui évalue notamment les politiques de protection de l'enfance, a justement différencié un enfant maltraité, d'un enfant à risque de l'être pourtant tous deux, enfant en danger (13).

C'est ainsi que l'Odas définit :

- **Un enfant en danger** : « tout mineur de 18 ans ainsi que tout jeune majeur de 18 à 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de la justice »
- **Un enfant maltraité** : « un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »
- **Un enfant à risque de maltraitance** : « celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité »

Une autre définition de la maltraitance est celle donnée par la Haute Autorité de Santé (HAS), à savoir, « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants », ce qui comprend à la fois la non-satisfaction relative aux soins médicaux, à l'alimentation ou à l'hygiène de l'enfant, besoins primaires et élémentaires du bien-être infantile (14).

L'OMS a elle aussi donné une définition de la maltraitance à enfant. Plus généralement, elle la définit comme étant « les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans », regroupant également les violences physiques, psychiques ou les négligences (15).

Malgré ces multiples définitions, il reste complexe en pratique d'identifier précisément la notion de mise en danger, de risque de danger ou de maltraitance avérée, et de « prévoir » quel enfant sera vulnérable ou victime de maltraitance. La maltraitance infantile est un phénomène grave d'ampleur mondiale, qui mérite la mise en place de stratégies de prévention afin d'améliorer le devenir des enfants.

I.2. Historique du syndrome du bébé secoué et des actions de prévention

Il a fallu plusieurs décennies avant de mettre des mots sur ce qu'est le SBS et en donner précisément une définition clinique. Le SBS a été nommé de différentes façons au cours du temps et le chemin n'a pas été facile pour faire reconnaître l'importance de soulever le problème de la maltraitance des enfants par la société savante.

I.1.a. Découverte du syndrome du bébé secoué

Tout commence en **1860** avec la description clinique du « **Syndrome des enfants battus** » (16), appelé de nos jours le « Syndrome d'Ambroise Tardieu » **Ambroise Tardieu** étant un médecin légiste français à l'origine de travaux concernant les sévices et mauvais traitement faits aux enfants). Au cours d'une de ses études, il a identifié 32 cas d'enfants battus dont 18 décédés des suites de ces maltraitances (16). Il a alors décrit les caractéristiques cliniques de toutes les formes de violence et de maltraitance faites aux enfants en passant en revue les divers aspects de la maltraitance infantile : violence physique, sexuelle, négligence et infanticide. Mais à l'époque, ses travaux n'avaient pas retenu l'attention de ses pairs et ces derniers ont fermé les yeux sur cette horrible et triste réalité (17).

Près d'un siècle plus tard, en **1953**, **Frédéric Silverman**, un radiologue et pédiatre américain, a quant à lui décrit **l'association hématomes sous-duraux (HSD) et fractures osseuses d'âges différents** observées sur des enfants maltraités (18). Il

explique alors que, face à un enfant non déambulant présentant de multiples fractures « spontanées », l'hypothèse de maltraitance doit être évoquée.

La première définition clinique se rapprochant du terme de SBS a été donnée par le docteur **David Sherwood** en **1940**. Ce dernier plaide, dans les années 1930, en faveur du terme d'« **hématome sous-dural chronique** » pour désigner l'association de macrocrânie, d'irritation pyramidale, de vomissements, d'hémorragies rétinienne (HR) et de convulsions (19).

En **1972**, le docteur **John Caffey** décrit le SBS de manière plus précise, en le rattachant dès 1946 à la **notion de secousses** (20). La description se focalise sur une série de cas radiologiques et ce radio-pédiatre crée ainsi vers **1974** l'expression de « **Syndrome du Bébé Secoué** » face au tableau clinique associant un HSD, une ou des HR et l'absence de toute lésion traumatique externe et dit que l'HSD est la complication la plus grave et la plus urgente dans le cadre de la maltraitance (21). Dès **1946**, il fut à l'origine de la découverte médicale de la maltraitance infantile décrivant les cas de six enfants présentant des signes de traumatismes infligés (20). Il constate une **association d'HSD** et de **fractures des arcs postérieurs de côtes et des os longs**, qui constituera le SBS (22). Quelques temps plus tard, il utilise un autre terme que le SBS à savoir, « le syndrome du nourrisson secoué par le coup du lapin » qui permet de décrire les lésions et blessures induites chez un nourrisson et qui provoquent des saignements intracrâniens et intraoculaires causés par le coup du lapin (23).

Depuis, dans certains pays comme en Australie, les médecins préfèrent utiliser les termes de « **traumatisme crânien par suite de mauvais traitements** » ou « **traumatisme cérébral infligé à l'enfant** ». Au cours du temps et selon les situations géographiques, le SBS est ainsi nommé de différentes façons mais l'intérêt commun porté à la protection de l'enfance prend de l'ampleur. Il est nécessaire d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels de santé et de la petite enfance sur les dangers du SBS. C'est pourquoi, de nombreuses associations ont été créées dans l'intention de protéger les enfants.

I.1.b. Historique des actions de prévention

En France, l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM) regroupant l'ensemble des professionnels impliqués dans la protection de l'enfant, voit le jour en 1979 (24). Ses actions principales sont de participer à la formation initiale des professionnels de la petite enfance dans divers domaines tels que la prévention, le dépistage et le suivi des enfants en danger, mais aussi la diffusion des connaissances au travers de colloques et de la mise en place d'actions de prévention.

D'autres associations ont vu le jour (**Annexe 1**), à savoir « **Enfance et Partage** » qui réalise la prévention en direction des enfants, des parents ou des professionnels (25), « **Stop Bébé Secoué** » qui œuvre dans la prévention auprès des particuliers et des professionnels sur l'ensemble du territoire national (26) ou encore « **Les maux-les mots pour le dire** », association Lilloise luttant contre toutes formes de maltraitance, comprenant évidemment celle du SBS (27). Je présenterai cette association plus en détail dans la suite de la Thèse.

I.3. Le syndrome du bébé secoué

I.3.a. Mécanismes lésionnels et description clinique du syndrome du bébé secoué

Le SBS est un TCNA qui se réfère à une encéphalopathie traumatique, imposé à un enfant, par un adulte (3). La violence des secousses, constamment présente, est provoquée par la saisie brutale du bébé, le plus souvent au niveau du thorax, sous les aisselles, donc sans maintien de la tête (28,29).

Ce geste qui entraîne un traumatisme cérébral est **généralement réalisé pour faire cesser le bébé de pleurer**.

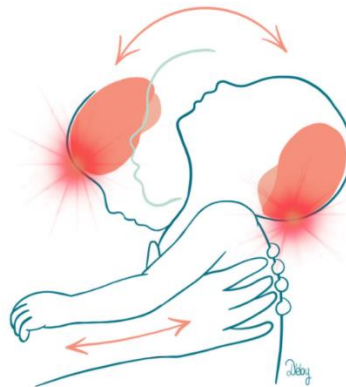


Figure 1 : Mécanisme du secouement, Association Stop Bébé Secoué.

Dans le SBS, le traumatisme crânien peut être marqué par trois critères constituant ce qu'on appelle parfois la « **triade** » (30) :

- Un **hématome sous-dural**,
- Un **œdème cérébral**,
- Une **hémorragie rétinienne**.

La **musculature cervicale faible** du bébé, qui n'est pas encore totalement développée, et la **souplesse du rachis** ne lui permettent pas de maintenir ni de soutenir sa tête, et le rend d'autant plus fragile lors des mouvements brusques d'un secouement (31). La cinétique du mécanisme s'amplifie lors du secouement, rendant alors l'énergie produite suffisante pour provoquer des **lésions cérébrales graves**. De plus, le poids de la tête d'un nourrisson âgé de moins d'un an est relativement élevé et lourd, en comparaison au poids du reste du corps et notamment du tronc (32).

Les atteintes intracrâniennes les plus fréquemment observées sont causées par l'écrasement du tissu cérébral survenant lors du ballotement du cerveau au sein de la boîte crânienne, et sont responsables de séquelles irréversibles et parfois même du décès de l'enfant.

Lors de violences ou de gestes brusques tels qu'un secouement, des dommages neuronaux peuvent être visibles notamment à cause des **lésions de cisaillement de la substance blanche** (33). Une ou plusieurs lésions axonales diffuses peuvent donc être observées dans un contexte de SBS (34). En effet, la fabrication de la myéline est un processus qui se met en place dès le 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à l'âge de 2 ans et qui a pour but d'entourer les axones afin de les protéger et d'accélérer la vitesse de conduction neuronale (35). Le cerveau du bébé n'est donc pas encore myélinisé et est donc très aqueux. L'immaturité du cerveau du nourrisson et de son développement cérébral rendent le bébé plus susceptible d'être blessé lors d'une secousse.

Lors du secouement, les forces rapides d'accélération et de décélération antéro-postérieures de la tête du bébé, d'une brutalité extrême, causent un **arrachement des veines ponts** (localisées entre les méninges et le cerveau), **à l'origine d'un HSD et d'un œdème cérébral**. L'HSD est caractérisé par une collection de sang pouvant comprimer le cerveau et est, de plus, parfois à l'origine d'une anémie aiguë, d'une hypertension intracrânienne (HTIC) voire de crises convulsives plus ou moins longues, menant parfois à un état de mal épileptique (36,37). Ces convulsions peuvent en effet durer plusieurs

heures si aucune prise en charge n'est entreprise. L'HSD est la lésion la plus caractéristique du secouement, causé par les mouvements de va-et-vient de la tête du nourrisson, répétés ou non.

De plus, les forces de cisaillement importantes sont par exemple susceptibles de léser les vaisseaux situés à l'intérieur de l'orbite provoquant ainsi une **hémorragie rétinienne**. La violence du geste peut ainsi être **à l'origine d'une malvoyance uni- ou bilatérale voire d'une cécité**.

À l'examen clinique, le bébé secoué présente un bombement de la fontanelle, signe d'une HTIC, et son périmètre crânien devient supérieur à la normale. L'étude de la courbe du périmètre crânien permet d'ailleurs de dater le moment de survenue de l'HSD. La victime peut également présenter une pâleur et une anémie en raison de la collection sanguine importante qui se constitue et de son faible volume sanguin total initial.

Un « malaise » d'apparition brutale est souvent décrit initialement, puis apparaissent des troubles de la conscience, une somnolence pouvant aller jusqu'au coma profond. L'enfant est perçu comme étant « mou », en état de léthargie, son tonus est modifié, il est irritable et son attention n'est plus captée (38). D'autres symptômes moins caractéristiques et pouvant être trompeurs surviennent, tels qu'un/des vomissement(s) sans diarrhée, ou une diminution de l'appétit rendant le diagnostic encore plus complexe.

Le SBS ne résulte jamais d'un traumatisme léger ou banal mais, bel et bien d'un acte de violence provenant d'un adulte sur un enfant. De même, le SBS ne se produit jamais lors d'une activité ludique comme « faire l'avion » (39).

Jouer n'est pas secouer et secouer n'est pas un jeu.

I.3.b. Hypothèses étiologiques du secouement

Les **pleurs du nourrisson** sont identifiés comme étant le **premier élément qui déclenche le secouement** (40). Qu'ils persistent ou non dans le temps, les pleurs du bébé peuvent rendre incontrôlable la personne qui s'occupe de l'enfant. Un sentiment d'**exaspération**, d'**impuissance** puis de **colère** amène l'adulte vers une **perte de contrôle de lui-même** et dégénère en un état de violence sur l'enfant.

Les pleurs du nourrisson peuvent être aussi un élément qui va venir aggraver l'état physique ou émotionnel de celui qui s'en occupe. Les cris et pleurs du bébé sont au demeurant, éprouvants et parfois insupportables pour tout parent et jouent un rôle majeur dans le passage à l'acte du secouement. Le degré d'acceptation des pleurs est dépendant de chaque personne et cette sensation est purement subjective.

Les pleurs du bébé ne sont pas la seule situation pouvant amener au secouement ou à rendre les parents plus vulnérables. La fatigue, les problèmes conjugaux ou financiers, la pression du travail, un problème de santé chez le nourrisson ou la consommation d'alcool ou de médicaments peuvent constituer des facteurs de risque du SBS (40).

I.3.c. Diagnostic du syndrome du bébé secoué

La pose du diagnostic de SBS est très complexe puisqu'il n'existe pas de marqueur spécifique du secouement. L'anamnèse est une démarche primordiale pour poser le diagnostic de SBS. Le secouement peut être présenté et décrit par les auteurs du secouement comme étant une « manœuvre de réanimation » à la suite d'un malaise ou à une perte de connaissance de l'enfant. Or, les HSD ne sont pas décrits dans les réanimations cardio-respiratoires réalisées correctement (6,37). Une chute ou un choc « bénin » peuvent aussi être rapportés mais ne peuvent pas non plus expliquer les lésions retrouvées. Dans la plus grande majorité des cas, aucun mécanisme lésionnel n'est décrit.

Des critères diagnostiques ont été définis par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) en lien avec la HAS pour écarter ou affirmer le diagnostic d'un SBS, probable ou certain. Il a été démontré qu'**une chute de faible hauteur (moins d'un mètre cinquante), un jeu ou une manœuvre de réanimation ne provoque pas de lésions traumatiques similaires à celles retrouvées au cours d'un épisode de secouement (ni HSD, ni HR)** (41). Le seul mécanisme pouvant entraîner une similitude

de lésions est l'accouchement mais dans ce cas très particulier l'enfant est asymptomatique et les lésions sont temporaires.

La triade « hématome sous-dural – œdème cérébral – hémorragie rétinienne » reste insuffisante à elle-seule pour poser le diagnostic de SBS même si elle penche fortement en sa faveur. Le diagnostic est finalement posé lorsqu'un faisceau d'arguments converge en faveur d'un secouement (42). En effet, le diagnostic ne repose pas seulement sur la présence de lésions cliniques mais plutôt sur l'association de ces lésions avec un mécanisme non accidentel présumé.

Des **examens nécessaires au diagnostic du SBS** peuvent ainsi être réalisés (30,43) :

- **Bilan biologique :**
 - Numération formule sanguine (NFS)
 - Ionogramme
 - Hématocrite
 - Dosage des lactates
 - Bilan d'hémostase (pour éliminer un trouble de la cascade de la coagulation ou une anémie)
 - Dosage des transaminases
 - Dosage de la lipase
- **Bilan radiologique**
 - Clichés radiographiques du squelette entier pour retrouver d'éventuelles fractures osseuses (ou scintigraphie osseuse pour les lésions osseuses inapparentes en radiologie)
- **Echographie**
 - Echo-doppler transcrânien pour objectiver une HTIC
 - Echographie abdominale
- **Bilan ophtalmologique**
 - Fond d'œil pour repérer une éventuelle HR
- **Bilan neurologique**
 - Électroencéphalogramme
- **Imagerie par résonance magnétique (IRM)**
 - Notamment l'IRM cérébrale à la recherche d'HSD, de ruptures des veines ponts ou d'hémorragies sous arachnoïdiennes

La HAS a proposé en lien avec la SOFMER un certain nombre de **recommandations permettant de poser le diagnostic du SBS en éliminant les diagnostics différentiels**.

Ainsi, le diagnostic de TCNA par secouement est considéré **probable** en cas de (43) :

- HSD plurifocaux même sans aucune autre lésion,
- Ou HSD unifocal avec hémorragies intra rétiniennes limitées au pôle postérieur,
- HR touchant la périphérie et/ou plusieurs couches de la rétine, qu'elles soient uni ou bilatérales.

Par ailleurs, ce diagnostic est **certain** en cas de :

- HSD plurifocaux avec caillots à la convexité traduisant la rupture des veines ponts,
- Ou HSD plurifocaux et HR quelles qu'elles soient
- Ou HSD unifocal avec lésions cervicales et/ ou médullaires

I.3.d. Traitements relatifs au syndrome du bébé secoué

Une hospitalisation en service de réanimation pédiatrique ou soins intensifs pédiatriques est nécessaire, en lien direct avec une équipe du service de neurochirurgie. La prise en charge médicamenteuse de la victime repose sur des antalgiques de différents paliers. La phénytoïne et le phénobarbital doivent être administrés, à caractère prophylactique, dès le diagnostic, sans attendre les résultats de l'électroencéphalogramme (44).

La phénytoïne et le phénobarbital sont tous deux des anticonvulsivants, de la classe des barbituriques. Ce sont des antiépileptiques permettant la prise en charge des crises tonico-cloniques. En cas de troubles sévères de la conscience, le recours à la ventilation assistée est d'emblée imposé. Le traitement chirurgical repose sur la dérivation des hématomes dont l'épaisseur est supérieure à 1 millimètre.

À défaut, une ponction transfontanellaire sous anesthésie locale peut diminuer ponctuellement la pression intracrânienne (PIC) mais doit être répétée dans le temps.

La correction ou la stabilisation de l'hypoxie et / ou de l'anémie est également souhaitée. Pour cela, une sédation continue sous morphiniques ou dérivés est nécessaire afin de contrôler la ventilation. Pour corriger l'anémie, un recours à une transfusion globulaire peut avoir lieu.

I.3.e. Pronostic du syndrome du bébé secoué

Le pronostic de l'évolution de l'état de santé de l'enfant secoué est très souvent catastrophique et extrêmement grave avec parfois un tableau de polyhandicaps. Près de **15% des enfants hospitalisés décèdent** durant leur séjour à l'hôpital, plus de **15% des survivants présentent des déficits neurologiques graves**, les autres, pour qui, l'examen clinique est normal en sortie d'hospitalisation, en subiront des conséquences à moyen et/ou long terme (45). Parmi elles, on observe une hémiplégie, des difficultés d'apprentissage dans la petite enfance, des troubles du comportement ou déficience mentale, une cécité, des convulsions ou encore une paralysie. En effet, dans une étude s'intéressant à une série de 22 cas de syndrome des enfants secoués (45), **plus d'un tiers présentait des épisodes épileptiques, 92% des retards du développement psychomoteur et des difficultés d'apprentissage scolaire.**

I.4. Les pleurs du nourrisson

I.4.a. Physiologie du nourrisson

Le bébé est qualifié de « nourrisson » à partir de la fin de son premier mois de vie, jusqu'à environ 2 ans, âge où il entre dans la période de la petite enfance. Durant le premier mois de vie, le bébé n'est encore qu'un nouveau-né. L'enfant n'est pas un adulte miniature, c'est avant tout, un petit être en développement qui présente un besoin permanent de sa mère et de son entourage pour grandir et s'épanouir. Il n'est pas encore indépendant mais peut déjà tout de même exprimer ses émotions et interagir avec son environnement. Tout au long de ses premiers mois de vie, le nourrisson progresse à différents niveaux : le langage, la motricité, la préhension ou encore l'alimentation.

Les structures anatomiques et viscérales sont aussi immatures chez le nourrisson. Comme évoqué précédemment, le cerveau du bébé illustre bien cette immaturité puisqu'il flotte au sein de la boîte crânienne, le rendant mobile et d'autant plus en cas de choc ou de violence. Les muscles cervicaux ne sont pas non plus encore parfaitement développés, le bébé ne sait pas encore tenir sa tête, qui est d'ailleurs disproportionnée par rapport au poids de son corps.

Pour suivre et contrôler le bon développement cérébral, physique et moteur du bébé, les parents sont amenés à rencontrer le pédiatre, le médecin généraliste ou à se rendre dans

un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les informations concernant le bébé sont rapportées dans son carnet de santé pour que les parents et les professionnels aient un suivi de l'évolution de l'enfant. Les professionnels de santé ou de la petite enfance jouent un rôle d'interlocuteur entre l'enfant et ses parents, et peuvent être présents pour écouter les questions, les craintes ou les peurs des nouveaux parents dans l'organisation de l'accueil du bébé. Le pharmacien d'officine peut également être sollicité à différents moments ou pour répondre à diverses interrogations concernant le développement de l'enfant.

I.4.b. Présentation des différents types de pleurs

- Pleurs physiologiques

Tous les bébés pleurent. Physiologiques, les pleurs sont en effet, présents même chez un enfant en bonne santé, recevant de l'attention et des soins appropriés (46).

Dans la première année de vie du bébé, on parle plus volontiers de « cris-pleurs » ou de « cris » plutôt que de « pleurs » en tant que tels bien que le terme « pleurs » soit très souvent utilisé dans la littérature (47). Les pleurs dits « non spécifiques » surviennent chez la plupart des nourrissons et n'ont pas de cause actuellement identifiée. Les pleurs habituels sont un signal d'alarme du bébé pour informer l'adulte qui s'occupe de lui, de la non-satisfaction d'un besoin qui lui est fondamental. Il est ainsi impératif de rappeler que **les pleurs du bébé sont pluriquotidiens, fréquents et surtout physiologiques** (48).

Dès ses premières minutes de vie, le bébé pleure. Ensuite, on observe une augmentation du temps moyen des pleurs répartis sur une journée à partir de la 2^{ème} semaine, **avec un pic atteint vers le 2^{ème} mois** (entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine) (48,49). On observe alors une tendance à la décroissance des pleurs vers la fin du 2^{ème} mois pour finir par se stabiliser vers le 5^{ème} mois. La « courbe normale des pleurs » du nourrisson (**Figure 2**) illustre l'évolution de la durée quotidienne des pleurs chez le nourrisson en fonction de son âge.

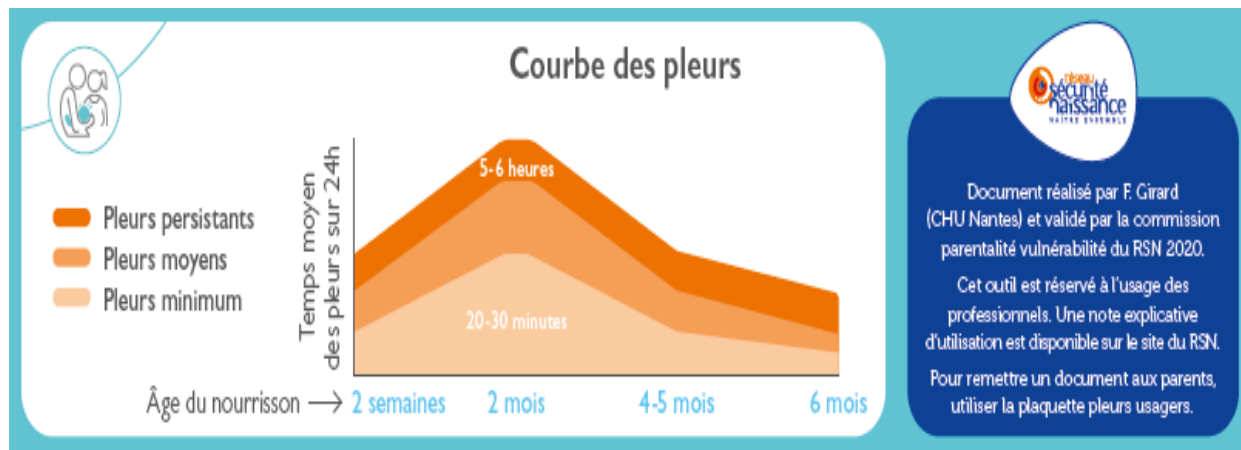


Figure 2 : La courbe normale des pleurs du nourrisson (Par F. Girard, Sage-femme au CHU de Nantes : <https://www.chu-nantes.fr/les-pleurs-du-nourrisson>). (50).

La fréquence et la durée des pleurs sont croissantes durant les premières semaines de vie. En effet, une étude incluant 80 mères et leurs bébés, tous nés en bonne santé, sans pathologie sous-jacente déclarée ou connue, a déterminé la courbe des pleurs des nouveau-nés pendant leurs 3 premiers mois de vie (51). Lors des 7 premières semaines de vie, la **durée moyenne des pleurs** était de **2 heures et quart par jour**, puis décroissait les semaines suivantes.

La **Société Française de Pédiatrie (SFP)** mentionne qu'au moment **du pic atteint vers l'âge de 6 semaines**, la **durée moyenne quotidienne des pleurs**, qui peut être fractionnée sur la journée, est de **3 heures** (48). Ensuite, la durée des pleurs décroît jusqu'à se limiter à une heure par jour environ. Ces chiffres ne sont que des moyennes et peuvent, bien-entendu, varier d'un enfant à un autre.

Globalement, les pleurs surviennent très souvent de manière continue en fin de journée (**Figure 3**) entre **18 heures et 22 heures**, heure à laquelle les parents peuvent être fatigués, stressés par leur journée de travail ou occupés par les tâches domestiques quotidiennes. Le sommeil est régulé par deux processus : le **processus circadien** et le **processus homéostatique** (52). L'état d'éveil est décrit comme l'horloge interne sous l'influence du processus circadien. Le processus homéostatique est quant à lui dépendant du sommeil. Chez le bébé, l'équilibre entre les deux processus n'est pas encore atteint car l'homéostatique n'est pas mature alors que le circadien est déjà opérationnel.

En fin de journée, on observe donc un état d'éveil plus important ce qui pourrait être à l'origine des pleurs du nourrisson. De plus, la fréquence cardiaque est plus élevée le soir chez un nourrisson, ce qui lui confère un besoin d'être stimulé au niveau moteur et visuel.

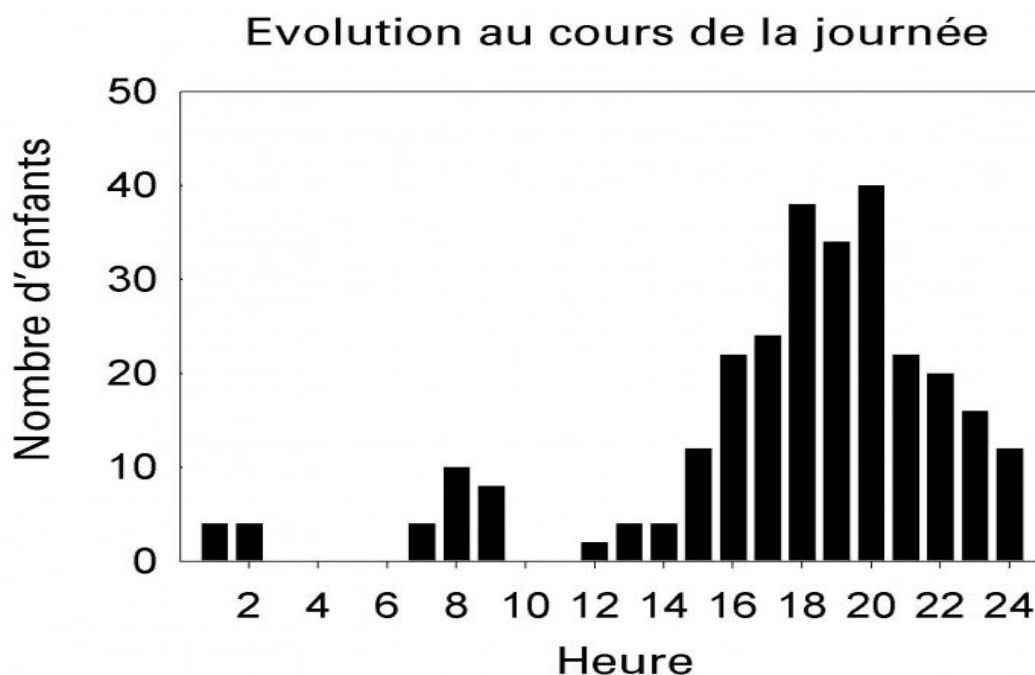


Figure 3 : Évolution des pleurs non spécifiques au cours de la journée chez les nourrissons âgés de 6 semaines (<https://primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/phc-f.2016.01359>) (52)

Ces pleurs, **d'apparition inopinée**, parfois **inconsolables** et souvent **imprévisibles**, surviennent sans raison évidente, et touchent autant les bébés nourris au biberon que ceux au sein maternel (46). Il est fondamental de rassurer les parents sur la fréquence et la durée des pleurs de leur enfant et de leur proposer une écoute ou une aide en cas de besoin.

Les pleurs constituent pourtant de nos jours, un important problème de santé publique et engendrent un coût majeur du fait des consultations médicales, des traitements instaurés ou des répercussions en cas de maltraitance notamment celle rencontrée dans le cas du SBS. C'est pourquoi, les questions relatives aux pleurs du bébé doivent être abordées lors des différentes consultations médicales chez le médecin généraliste ou le pédiatre. Au cours de cet échange, la courbe physiologique des pleurs peut être présentée aux parents afin de les rassurer et de les conseiller sur la manière de les gérer.

L'objectif de cette partie est de présenter les différents types de pleurs, d'en déterminer la cause et l'origine puis d'aider au mieux les parents à les gérer au quotidien. Le pharmacien d'officine est en mesure d'apporter aux parents un certain nombre de conseils ou de réponses concernant les questions relatives aux pleurs du nourrisson.

- Pleurs excessifs

Il est documenté que **10 à 30%** des nourrissons de moins de 4 mois évoluant dans les sociétés occidentales **pleurent de manière qualifiée d'excessive ou prolongée** (53, 54). La particularité des pleurs excessifs est **l'augmentation mesurable de la fréquence des pleurs mais surtout de leur durée** (52). Cependant, il est difficile de déterminer le seuil des pleurs excessifs puisque le degré de tolérance des pleurs est subjectif.

Les pleurs excessifs d'un nourrisson servent à attirer l'attention de celui qui s'en occupe, mais aussi à créer un lien d'attachement notamment le lien mère-enfant (51, 55). Les pleurs excessifs peuvent tout de même parfois nécessiter une prise en charge, dans laquelle s'intègre parfaitement la prévention du SBS. Le plus important, même si les parents s'occupent bien du bébé, est de prévenir ce secouement.

Un arbre décisionnel de diagnostic des types de pleurs a par ailleurs été proposé et sépare les pleurs habituels des pleurs excessifs (**Figure 4**). Ces derniers sont détaillés ainsi (48) :

- Les pleurs dits « aigus »
- Les pleurs dits « prolongés jugés excessifs ».

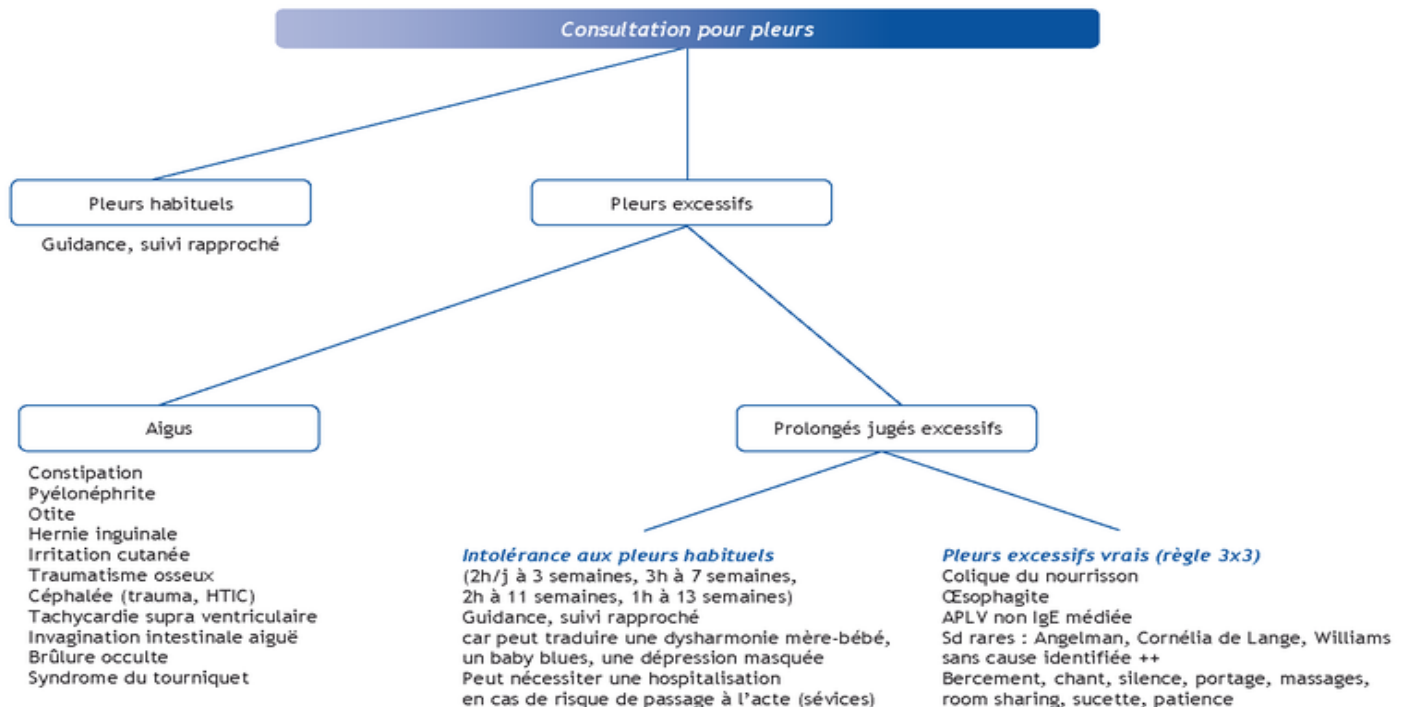


Figure 4 : Arbre décisionnel « Consultation pour pleurs », Service de Pédiatrie Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles, P. Foucaud. Pas à Pas en Pédiatrie (48)

- Pleurs aigus

Les pleurs aigus ont une étiologie clinique devant amener à une prise en charge médicale. Ce sont des pleurs ayant une cause organique, d'intensité et de force inhabituelle, identifiés lorsque le bébé pleure et reste néanmoins inconsolable. Ils peuvent être à l'origine d'une pathologie sous-jacente ou constituer un symptôme d'un problème de santé. Il conviendra donc d'en discuter avec le médecin. Bien que ces pleurs représentent une minorité (moins de 5%), une consultation médicale en urgence est à envisager afin d'écarter ou d'identifier la pathologie responsable de ces pleurs (56).

- Pleurs prolongés jugés excessifs

La notion « d'excessif » est subjective et le seuil de tolérance des pleurs est propre à chacun. Il existe des différences interindividuelles dans la perception de la quantité des pleurs mais il est démontré qu'**au moment du pic des pleurs, environ 25 % des nourrissons pleurent au moins trois heures et demie par jour** et 25 % moins de 90 minutes (44, 54).

Les pleurs jugés excessifs peuvent aussi relever d'une intolérance aux pleurs habituels. La tolérance des parents aux pleurs est à prendre en compte et à comprendre, car elle n'est pas toujours proportionnelle à la quantité des pleurs du bébé. Par cette différence, il est nécessaire d'identifier ce type de pleurs de manière à accentuer la prévention du SBS. Qui plus est, il n'existe **pas de théorie déterminant un « seuil » des pleurs excessifs**. Dans les années 50, ces pleurs avaient été définis arbitrairement par le terme « coliques » et caractérisés par une règle de 3, à savoir une durée de pleurs qui excède 3 heures par jour, plus de 3 jours par semaine et depuis plus de 3 semaines (règle des 3 de Wessel) (57). Cependant, le Groupe Francophone d'Hépatologie-Gastroentérologie et Nutrition Pédiatrique (GFHGNP) évalue désormais cette règle « caduque », la règle de 3 pouvant être jugée obsolète par le fait qu'il n'y ait « aucune preuve que les nourrissons qui pleurent plus de 3 heures par jour sont différents des nourrissons qui pleurent 2 heures et 50 minutes par jour » (58).

Bien que l'origine de ces pleurs ait souvent été ramenée aux coliques du nourrisson, ces derniers sont à évoquer uniquement devant un bébé symptomatique, algique, présentant un visage rouge, une crispation, une raideur, des poings serrés et des pleurs très intenses. Les crises de coliques sont spontanément résolutives et épisodiques.

I.4.c. Étiologie des pleurs

Les pleurs du nourrisson peuvent être expliqués de différentes manières. La grande majorité d'entre eux sont en lien avec un **caractère développemental normal** et **physiologique**. Dans moins de 5% des cas, ils révèlent une pathologie sous-jacente et sont l'expression de maladies comme une infection, une pathologie cardiaque, un traumatisme ou encore une pathologie gastro-intestinale. Cependant, les pleurs sont souvent d'emblée considérés comme anormaux et une cause est alors recherchée. Or, depuis environ 20 ans, le nombre de diagnostics de reflux gastro-œsophagiens (RGO) a fortement augmenté chez les bébés, et est considéré comme étant la cause des pleurs (59). Le diagnostic étant posé, le bébé est traité pour son RGO par divers traitements, peut-être parfois à tort.

Les pleurs du nourrisson servent en réalité au bébé à exprimer ses émotions, à interagir avec les adultes, ses parents la plupart du temps. Barr, un chercheur spécialiste des pleurs a dit : « *Nous considérons ce comportement non comme le symptôme de quelque chose que les bébés « ont » mais comme quelque chose que les bébés « font »* » (60). En effet, le nourrisson doit trouver un moyen de communication pour capter l'attention. Un bébé peut pleurer pour diverses raisons : parce qu'il a chaud, froid, faim, ou encore parce qu'il s'ennuie, ou réclame de l'attention. Les pleurs du nourrisson sont le seul moyen d'expression et de communication dont il dispose. Ils font partie de son développement normal et lui permettent aussi d'exprimer ses émotions (48).

Les pleurs sont perçus comme une « alarme » pour déclencher l'attention et l'action de l'entourage. En quelque sorte le bébé pleure pour dire « *quelque chose ne va pas dans ma vie, j'ai besoin de vous* », comme le souligne Pierre Delion, psychiatre et psychanalyste, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en pédopsychiatrie à l'Université de Lille, lors de la journée de prévention du SBS qui a eu lieu le 12 novembre 2019 à Lille. Il ajoute aussi que le bébé, en pleurant, déclenche la réponse dont il a besoin. Le bébé aura d'ailleurs sans doute une réponse positive à ses pleurs, puisqu'un adulte se sera penché vers lui et aura essayé de régler son problème. Il réitérera donc ses pleurs dès qu'il sera en demande de quelque chose.

Enfin, un bébé peut parfois pleurer de façon inhabituelle, en réponse à un environnement de stress dont il fait partie. Le bruit, la chaleur ou la fatigue peuvent être à l'origine des pleurs mais un détachement du lien mère-enfant trop précoce peut également engendrer des pleurs. De nos jours, nous vivons en permanence dans un monde d'agitation et de

stress, ce qui peut diminuer la patience des parents et entretenir ainsi les pleurs du nourrisson (61). Le congé parental et le congé paternité de courte durée ou la reprise rapide du travail de la maman après l'accouchement peuvent perturber le quotidien de l'enfant. Les parents se retrouvent alors dans une sorte de cercle vicieux dans lequel l'enfant pleure car il éprouve un manque d'attention. Or, les parents déjà stressés, le sont davantage devant les pleurs incessants de leur enfant, qui en retour, ressent cet état de tension et exige encore plus d'attention. Mais il n'est pas toujours évident de comprendre pourquoi le bébé pleure, ce qui génère chez les parents une inquiétude, une angoisse supplémentaire. Le bébé est désorganisé et pleure davantage, il devient inconsolable. Il paraît alors essentiel de préparer les parents à la gestion de ces pleurs.

I.4.d. Les pleurs : la principale cause du syndrome du bébé secoué ?

Aujourd'hui, **les pleurs récurrents du nourrisson sont mis en avant comme la principale cause du SBS** (62). Il conviendra donc d'identifier les pleurs rapidement et d'en discuter avec les parents, sans les juger. Étant donné que les pleurs sont mal connus du grand public et des parents, ils augmentent le niveau de stress et de frustration et majorent leur degré de colère. Il est important de ne pas se focaliser que sur la recherche de ce qui provoque les pleurs (pathologie, coliques...) mais de s'intéresser aussi aux parents qui pourraient être vulnérables, et notamment les mères dépressives, à risque de nuire à leur bébé, car leur seuil de tolérance aux pleurs en est diminué (48, 59). Le pharmacien, en connaissant les traitements des patients peut ainsi accentuer la prévention chez les mamans sous traitements anti-dépresseurs par exemple. De plus, une situation d'isolement, un manque de soutien familial ou de l'entourage sont des facteurs additionnels et peuvent être sources de frustration pour les parents et d'augmentation des pleurs du bébé. L'adulte devient alors incapable de gérer ce stress induit par les cris et « pète les plombs » (63). Associé à la méconnaissance et au danger du SBS, le secouement leur paraît alors comme étant le seul moyen de calmer le bébé. C'est à ce moment-là que s'instaure une sensation de panique, d'angoisse ou d'épuisement aux conséquences pouvant être fatales.

Les parents sont alors démunis face aux pleurs qui surviennent et pour lesquels ils n'ont pas trouvé la cause ou l'origine.

En 2006, une étude portant sur « Le syndrome de l'enfant secoué : enquête auprès de femmes en suites de couches » témoigne du manque d'informations concernant le SBS.

D'après cette étude, **37% des femmes interrogées déclarent ne jamais avoir entendu parler du SBS** avant leur grossesse et **88 % estiment qu'on n'en parle pas assez** (64). De nombreuses femmes sont donc en demande d'informations quant au SBS, ce qui passe par la prévention et la gestion des pleurs du nourrisson y compris par le pharmacien à l'officine.

I.4.e. Gestion des pleurs

Les pleurs du nourrisson sont un des premiers défis auxquels sont confrontés les parents. L'arrivée du bébé dans la famille est un ouragan émotionnel auquel tous les parents ne sont pas toujours préparés. Il est donc essentiel de prévenir et d'informer les parents que ces pleurs sont le premier langage du nourrisson. Il paraît alors utile d'être à l'écoute de son bébé et d'essayer de comprendre la signification de ses cris et pleurs. Afin d'encourager les parents dans cette épreuve, il est nécessaire de leur donner le sentiment de maîtriser la situation, ce qui les rend d'autant plus confiants dans l'exécution de leur rôle de parents et accentue le lien avec leur enfant. Les représentations, croyances ou idées populaires que renvoient parfois les pleurs peuvent générer un sentiment de stress chez les parents. Par exemple, il paraît intéressant de souligner qu'un petit bébé de quelques mois ne fait pas de caprices (55). À son âge, les pleurs sont probablement un signal honnête car ils lui demandent beaucoup d'énergie. Enfin, les parents peuvent être rassurés par le fait d'entendre que les pleurs sont temporaires et qu'ils vont diminuer au fil du temps. La majorité des pleurs sont signes d'une trajectoire développementale normale, pour exprimer des états comportementaux normaux ou des besoins physiologiques. D'ailleurs ce comportement est universel, il a été identifié dans toutes les civilisations et chez toutes les espèces de mammifères où il a été étudié (55).

Concernant les pleurs du bébé, des petites astuces existent pour essayer de le calmer tels que :

- Le prendre à bras et/ou le bercer, le promener.
- Lui parler doucement, lui chanter une comptine. Dans un environnement plus calme, le bébé est davantage apaisé et réduit ses pleurs.
- Lui donner un bain, en le gardant toujours sous surveillance.
- Changer sa couche.
- Lui proposer une tétée.
- Compter sur quelqu'un d'autre, passer la main, appeler à l'aide.

D'ailleurs, savoir appeler un ami ou un membre de la famille pour venir s'occuper de l'enfant peut être la solution idéale pour prendre un peu de repos. En cas de pleurs ingérables et de solitude, le mieux est de **coucher le bébé, dans son lit, sur le dos et de quitter la pièce en appelant de l'aide**. Les parents doivent comprendre que ce n'est pas une honte d'avoir besoin de faire une pause, et qu'appeler à l'aide n'empêche pas d'être des parents aimants et bienveillants.

Les professionnels rencontrant les enfants ou les parents peuvent eux aussi essayer de comprendre leur inquiétude, leurs difficultés. Le pharmacien d'officine au comptoir peut participer à rassurer et aider les parents. Ces différentes stratégies peuvent être mises en place pour diminuer la fréquence ou la durée des pleurs, peuvent permettre aux parents d'augmenter leur seuil de tolérance mais ne peuvent en aucun cas éviter les pleurs du nourrisson.

En conclusion, le pharmacien en tant que professionnel de santé, se doit de connaître la courbe physiologique des pleurs du nourrisson afin de rassurer les parents, savoir leur expliquer comment apaiser le bébé et éviter de commettre l'irréparable.

I.5. Épidémiologie du syndrome du bébé secoué

I.5.a. Incidence du syndrome du bébé secoué

Chaque année, de nombreux enfants sont victimes du SBS en France. L'incidence de cette forme de maltraitance est difficile à établir et est d'ailleurs vraisemblablement sous-évaluée pour différentes raisons (37) :

- Méconnaissance du nombre de cas dits « bénins », cas passés inaperçus ou confondus avec d'autres problèmes de santé,
- Sources d'information diverses,
- Manque de données quant aux études épidémiologiques réalisées,
- Nombre inconnu de diagnostics non posés.

En effet, si l'enfant ne présente pas de symptômes visuellement « graves », il ne sera souvent pas vu en consultation médicale et le diagnostic ne pourra pas être posé. Néanmoins, les répercussions du secouement sont réelles, bien qu'invisibles sur le moment.

I.5.b. Données épidémiologiques

- Au niveau de la métropole lilloise

En 2016, plus de 30 bébés ont été diagnostiqués « bébés secoués » sur environ 700 enfants hospitalisés à l'hôpital Jeanne de Flandre, au sein du CHU de Lille (65). Depuis, un plan de prévention originaire du Québec a été expérimenté à Lille, le *crying plan* sur lequel je reviendrai en exposant les données canadiennes. Depuis sa mise en place en 2018, une diminution de l'incidence du SBS a pu être observée. Avant le plan de prévention, environ 20 cas de SBS étaient dénombrés annuellement contre une dizaine depuis (68).

La prévention peut donc être perçue comme un élément important dans la diminution du nombre de cas de SBS.

- Au niveau régional : le Nord-Pas-de-Calais

À l'échelle régionale, une étude rétrospective de 2014 associant le Nord-Pas-de-Calais à 2 autres régions à savoir la Bretagne et l'Île de France (région parisienne) a été réalisée dans 26 tribunaux (66). Les 3 régions étudiées étaient toutes différentes sur le plan économique et environnemental (rural / urbain) ce qui a permis d'inclure des populations hétérogènes. L'étude portait sur tous les cas de bébés décédés avant l'âge d'un an, de 1996 à 2000. Durant ces 5 années, 37 cas de SBS mortels ont été dénombrés, soit 2,9 décès pour 100 000 naissances vivantes. La **médiane d'âge de ces décès était de 4 mois**, avec une **prédominance masculine** (78%) et, pour 54% des cas, il existait des **antécédents de maltraitance**. Parmi ces 37 cas, une **récurrence du secouement** était retrouvée chez 13 d'entre eux.

Notre région n'est donc pas épargnée par la survenue du SBS. En dix ans, on ne comptabilise pas moins de **250 enfants décédés ou lourdement handicapés des suites du secouement**, dans le Nord-Pas-de-Calais (67). **Avant 2018**, la région Nord-Pas-de-Calais comptait **entre 18 et 27 cas dus au SBS**. **Depuis la mise en place du *crying plan* inspiré du modèle canadien, ce nombre est réduit à 9.**

- A l'échelle de la France

En France, bien qu'il n'existe pas de données épidémiologiques françaises précises à ce jour, on estime qu'il y a **entre 100 et 200 cas de SBS en moyenne chaque année**. Ce chiffre ne tient compte que des cas de bébés ayant été hospitalisés ou vus en consultation et par conséquent, est probablement largement sous-estimé. En 2005, une étude incluant 404 cas d'HSD chez des nourrissons entre 1994 et 2004 pour lesquels il devait exister une suspicion de traumatisme non accidentel du nourrisson a été menée (37). **L'âge médian** de ces bébés était de **5,4 mois**, 94% étaient âgés de moins de 1 an et **plus de 62% de moins de 6 mois**. La part de **garçons** touchés était de **72%**.

Globalement, dans la majorité des études, **les petits garçons étaient les principales victimes du secouement**, et dans deux tiers des cas, les bébés étaient **âgés de moins de 6 mois**.

- À l'étranger

D'autres études provenant de pays étrangers relatent de l'incidence du SBS au sein de la population.

- *En Alaska*

Une étude visant à estimer l'incidence de l'ensemble des traumatismes crâniens rencontrés chez des nourrissons de moins de 2 ans a été menée en Alaska sur une période allant de 2005 à 2010 (68). Au cours de cette période, 45 cas de traumatismes crâniens ont été détectés, ce qui représente une incidence annuelle de 34,4 cas pour 100 000 enfants, avec 22% de mortalité. **Les enfants de moins de 2 ans étaient les principales victimes**, avec un risque multiplié par 8 chez les nourrissons. Parmi les enfants victimes de traumatismes crâniens, **près de la moitié** avait été touché **avant 3 mois de vie** et **plus de 70% avant l'âge de 6 mois**.

- *Au Canada*

Une autre étude épidémiologique de 2003 réalisée au Canada sur la période [1988-1998], a rapporté 364 cas de syndrome de bébé secoué (69). L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques des bébés secoués admis à l'hôpital. L'**âge médian** des cas rapportés de syndrome du bébé secoué était de **4,6 mois** et **56%** des cas concernaient des **petits garçons**. De plus, des **antécédents ou preuves avérées de maltraitance** étaient rencontrés **chez 60% des bébés**. Dans cette étude, **près de 20% des bébés sont décédés** des suites du secouement et parmi les survivants, **plus de la moitié a gardé des séquelles neurologiques** et **65% des séquelles visuelles**, dont la cécité. La réitération du geste est dans cette étude fréquemment rencontrée. Ces chiffres montrent que la prévention doit être faite par plusieurs intervenants et à différents moments pour éviter le premier secouement et les suivants.

Le plan de prévention des TCNA intitulé le *crying plan*, a été mis en place depuis quelques années au Canada et s'est étendu dans d'autres pays notamment en France, au CHU de Lille. Le *crying plan* permet d'informer les jeunes parents directement à la maternité sur le SBS, ses dangers et sur la gestion des pleurs.

Le *crying plan*, modèle de prévention canadien :

Le *crying plan* est un plan de prévention des TCNA mis en place au Canada et issu du Québec. C'est une intervention éducative qui permet de **communiquer des informations sur les pleurs du bébé, sur le SBS et ses dangers et sur la gestion de la colère des parents**. Il est présenté aux nouveaux parents directement à la maternité dans le but de réaliser une prévention sur le SBS. Durant l'entretien de présentation avec les parents, il leur est demandé par exemple de trouver des solutions pour calmer le bébé qui pleure ou pour calmer leur propre colère.

Avec le *crying plan*, la plupart des parents informés ont maintenant connaissance du SBS et de ses dangers. Comme l'affirme Sylvie Fortin, infirmière et coordinatrice en prévention de la maltraitance infantile au CHU Sainte-Justine à Montréal, savoir ce qu'est le SBS n'est qu'une première étape dans la prévention du secouement (70). Il faut ensuite trouver ce qu'il faut faire pour calmer le bébé et gérer ses pleurs puis enfin mettre en place ses idées. Le *crying plan* est présenté à tous les parents car ils doivent tous être sensibilisés au SBS, c'est un **programme universel**. En France, il a été démarré à la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre (CHU de Lille) au début de l'année 2018 et a déjà démontré son efficacité.

I.6. État des lieux des connaissances relatives au syndrome du bébé secoué

I.6.a. Connaissances générales des professionnels intervenant auprès d'enfants

En 2017, la Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE) a établi, en lien avec de nombreux professionnels en contact fréquent avec des enfants, un questionnaire dont le but était d'évaluer l'efficacité d'un programme spécifique de présentation du SBS sur le niveau de connaissance de ce phénomène (71). Les personnes interrogées étaient des acteurs de la protection de l'enfance, des magistrats, des professionnels de la santé et du secteur paramédical, des professionnels de la petite enfance et de l'enseignement, interrogés préalablement à une formation intitulée « Journées scientifiques des hôpitaux de Saint-Maurice ».

Sur les 293 questionnaires remplis, il apparaît que **la majorité** des personnes interrogées avait bien **connaissance que secouer est un acte dangereux** et puni par la loi (99% d'entre elles avaient déjà entendu parler du SBS). Plus de la moitié pensait que le secouement était « constamment un geste violent ». Cette tendance s'observait d'ailleurs à plus de 50% chez les professionnels de la petite enfance. En revanche, **les effets du SBS étaient plutôt méconnus des professionnels**. Par exemple, à la question « Risque-t-on d'induire les lésions du SBS en jouant ? », 43% des interrogés ont répondu « oui » toutes catégories professionnelles confondues, et plus de 60 % étaient des professionnels de la petite enfance. Or, **le SBS ne se produit jamais lors d'une activité ludique tel un jeu.**

Assurément, cette enquête a montré une certaine prise de conscience du fait que tout parent peut un jour se sentir dépassé ou exaspéré face aux pleurs au point de ne plus supporter le bébé dont on s'occupe. La quasi-totalité des professionnels pensait bien que le SBS pouvait survenir dans tous les milieux sociaux et seulement 6% d'entre eux considéraient qu'il y avait le plus souvent une réitération du secouement.

La définition de la maltraitance n'était pas perçue de la même manière selon tous les participants puisque 14% des personnes (toutes professions confondues) pensaient que la notion de répétition devait être présente pour parler de « maltraitance ».

Enfin, les outils de prévention mis à disposition des professionnels n'étaient pas tous connus puisqu'ils étaient plus de 60% à ne pas connaître les recommandations relatives au diagnostic du secouement qui leur sont destinées.

Ces résultats ont été comparés à ceux obtenus après la formation, ce qui permet d'évaluer l'évolution du niveau de connaissance **(Figure 5)**.

En effet, 70% des interrogés ont pris conscience que secouer est un geste violent contre un peu plus de 50% auparavant. Les professionnels ont bien perçu le SBS comme étant un acte grave, de maltraitance. Cependant, le SBS reste partiellement méconnu sur le fond, surtout concernant le secouement en lui-même et ses conséquences à plus ou moins long terme. L'intérêt porté par les professionnels sur le SBS est à mettre en avant et peut, peut-être indiquer un besoin d'information et de formation sur ce sujet.

Finalement, la journée de prévention aura permis aux professionnels de prendre connaissance des outils mis à leur disposition puisque 96% des répondants disent en avoir entendu parler (ce résultat est à interpréter au regard du faible taux de réponse à la question, 94 personnes sur les 293 ne s'étant pas prononcées).

QUESTIONS	En % du total des répondants		En nombre
	OUI	NON	Ne sait pas
Avez-vous déjà entendu parler du SBS ?	99%	1%	4
Risque-t-on, en jouant avec un bébé, d'induire les lésions du SBS ?	56%	44%	25
Tomber d'une table à langer est-ce plus grave pour bébé que d'être secoué ?	16%	84%	53
Le SBS peut-il survenir dans tous les milieux sociaux ?	99%	1%	9
Est-on tous susceptibles d'avoir envie de secouer un bébé ?	81%	19%	18
Est-on tous susceptibles de secouer un bébé ?	41%	59%	24
Le secouement est-il constamment un geste violent ?	69%	31%	18
Les enfants secoués de façon répétée sont-ils majoritaires ?	20%	80%	23
Faut-il qu'il y ait répétition pour qu'il y ait maltraitance ?	23%	77%	104
Les enfants qui gardent des conséquences dommageables pour leur santé sont-ils majoritaires ?	67%	33%	97
Ces conséquences s'estompent-elles quand l'enfant grandit ?	10%	90%	86
Le secouement constitue-t-il une infraction pénale ?	94%	6%	52
L'enfant, s'il a des conséquences dommageables pour sa santé, a-t-il le droit à une indemnisation ?	82%	18%	118
Avez-vous connaissance de recommandations pour les professionnels sur le diagnostic de secouement ?	96%	4%	94
La suspicion d'un SBS impose-t-elle la saisie de la justice ?	99%	1%	49

Figure 5 : Réponses après les journées scientifiques des hôpitaux de Saint-Maurice : syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2013/11/Connaissances-des-professionnels-de-la-santé-et-de-lenfance-sur-le-SBS-F.-Quiriau.pdf (71)

Ainsi, l'information et la prévention du SBS devraient être au programme des formations des différents professionnels en lien avec la santé et/ou la petite enfance.

I.6.b. Connaissances des professionnels de la petite enfance : Exemple des assistantes maternelles agréées

Les femmes étant majoritaires dans l'exercice de la profession d'assistante maternelle (à plus de 99% au premier trimestre de 2016), j'ai pris le parti d'assumer pleinement la féminisation du terme d'assistante maternelle et de l'employer durant le reste de la Thèse.

Selon une enquête de l'INSEE, 785 000 bébés sont nés en France durant l'année 2016. Début 2017, on recense 4,7 millions d'enfants de moins de 6 ans et 2,3 millions moins de 3 ans. Cela implique donc un recours à un mode de garde et le choix est vaste. Le souhait des familles se porte surtout vers une crèche pour 30% d'entre elles, 26% souhaitent s'occuper elles-mêmes des enfants et 19% veulent avoir recours à une assistante

maternelle (72). Pour les 24% restants, aucune préférence n'est exprimée. En réalité, le mode de garde qui est réellement choisi, se traduit par **(Figure 6)** :

- Garde par la famille (parents / amis) : 61 %
- Garde par une assistante maternelle : 25 %
- Garde en crèche : 18 %
- Garde à domicile : 2 %

Une adéquation souhait/recours inégale selon le mode d'accueil

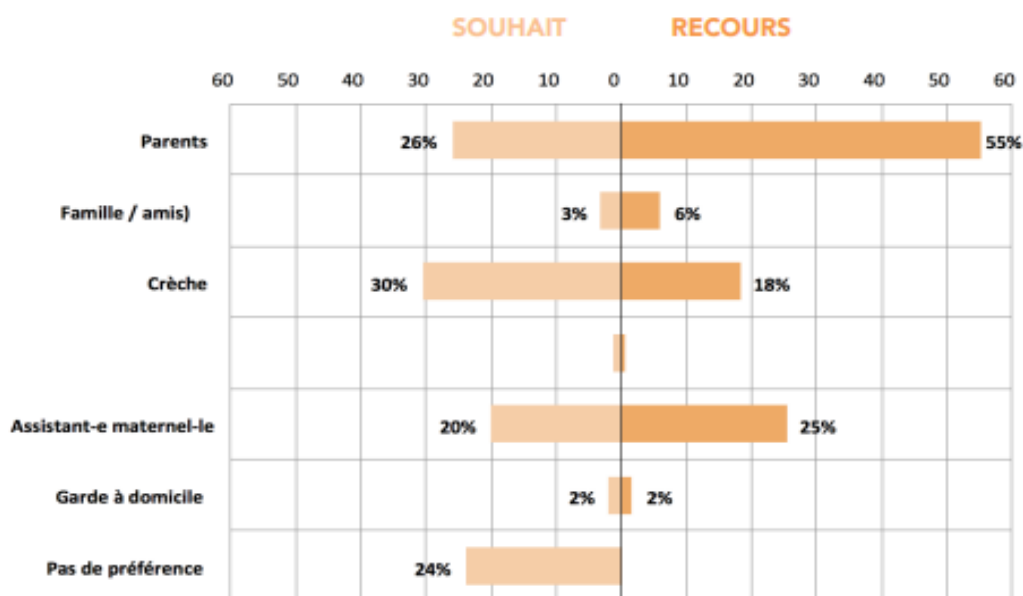


Figure 6 : Résultat du rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance, *Cnaf - Tmo*, enquête barométrique 2017 (72)

Un quart des enfants étant réellement gardé par une assistante maternelle, il est essentiel de les inclure dans la prévention du SBS et de mettre à niveau leurs connaissances sur ce sujet.

Une assistante maternelle est une professionnelle de la petite enfance accueillant, à domicile ou dans une structure dédiée, des enfants mineurs. Le lien enfant-assistante maternelle ne remplace pas celui des parents avec l'enfant et l'éducation parentale ne doit pas être substituée par celle de l'assistante maternelle. Néanmoins, le recours aux services d'une assistante maternelle permet l'accès aux parents à un mode de garde pour leur enfant au moment de la reprise du travail en fin de congé parental. C'est une professionnelle qui reçoit une formation initiale de 120 heures durant lesquelles sont évoqués les règles de sécurité et d'hygiène, les soins essentiels pour le confort et le bien-être de l'enfant ainsi que son évolution physiologique avec l'éveil et le développement. La

validation de la formation donne lieu à l'agrément d'assistante maternelle.

L'assistante maternelle peut être amenée à prendre en charge des enfants dès leur plus jeune âge (à quelques mois de vie) et doit comprendre la physiologie des pleurs du nourrisson. C'est pourquoi, lors de la formation, différentes notions sont enseignées et devront être acquises en vue de l'obtention de l'agrément. A travers les 80 premières heures de formation sont enseignés, entre autre, les besoins de l'enfant, leur accueil, la sécurité ou les activités adaptées. De plus, les futures assistantes maternelles bénéficient d'une formation aux gestes de premiers secours au cours de laquelle sont abordés les accidents domestiques (brûlures, chutes, noyades, étouffements) mais aussi la perte de connaissance, la crise convulsive et l'arrêt respiratoire, symptômes cliniques pouvant être retrouvés dans le SBS.

L'assistante maternelle a la responsabilité d'un ou plusieurs enfants simultanément, parfois de plusieurs bébés en même temps et doit être disponible, et leur donner une attention suffisante. Elle est aussi fortement exposée aux pleurs du, voire des, nourrissons, il est donc nécessaire et indispensable qu'elle ait conscience des risques du secouement.

Il y a donc ici, je pense, grand d'intérêt à leur présenter les actions de prévention qui seront menées au travers de cette Thèse.

I.6.c. Connaissances des parents et de l'entourage de l'enfant

La prévention du SBS et les informations relatives à la physiologie des pleurs doivent être apportées aux parents au cours de la grossesse mais également après la naissance du nourrisson. L'information doit être répétée et doit passer par différents professionnels de la santé et de la petite enfance. Une étude australienne menée en Turquie sur des mamans ou futures mamans a montré qu'après visionnage d'un film éducatif de quelques minutes comportant des messages forts sur les dangers du SBS et sur la physiologie des pleurs, le niveau de connaissance de ces femmes sur les risques du secouement a augmenté (73).

Le but de cette étude était de trouver le meilleur moment pour réaliser la prévention autour du SBS auprès des mamans ou futures mamans pour ensuite fournir une information sur les pleurs et les dommages causées par le secouement.

Ainsi, 3 groupes ont été établis parmi les 545 femmes constituant la population étudiée :

- **Groupe 1** : 217 femmes ayant reçu la **formation 48 heures après la naissance**
- **Groupe 2** : 235 femmes ayant reçu la **formation entre le 3^{ème} et 7^{ème} jour de vie du bébé.**
- **Groupe 3** : 93 femmes ayant reçu le programme de prévention durant une visite prénatale **au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse.**

Le film visionné par les mères des différents groupes dure trois minutes et présente des messages explicites relatifs à la « normalité » des pleurs du bébé tels que « Les nourrissons en bonne santé peuvent pleurer pendant 2 à 3 heures par jour, c'est normal » et des messages de prévention sur le secouement et ses dangers « Ne secouez pas votre bébé, car les secousses endommagent le cerveau du bébé et peuvent causer la mort ». Leur perception des pleurs du bébé et leurs connaissances vis-à-vis du SBS ont été évalués au travers d'un questionnaire. Un pré-test et un post-test comprenant les mêmes questions ont été utilisés pour évaluer l'efficacité de l'information transmise.

Dans les différents groupes, le niveau d'éducation, l'âge et le nombre d'enfants étaient statistiquement similaires. Concernant les résultats obtenus, **moins de 10% des mères incluses dans l'étude indiquaient avoir déjà entendu parler du SBS.** En revanche, près de 60% avaient connaissance de la gravité potentielle d'un tel secouement. Après avoir bénéficié du programme de prévention / information, le niveau de connaissances de ces femmes sur les dangers du SBS a augmenté. En effet, après la formation, la prise de conscience de la dangerosité du secouement était plus importante (**Figure 7**).

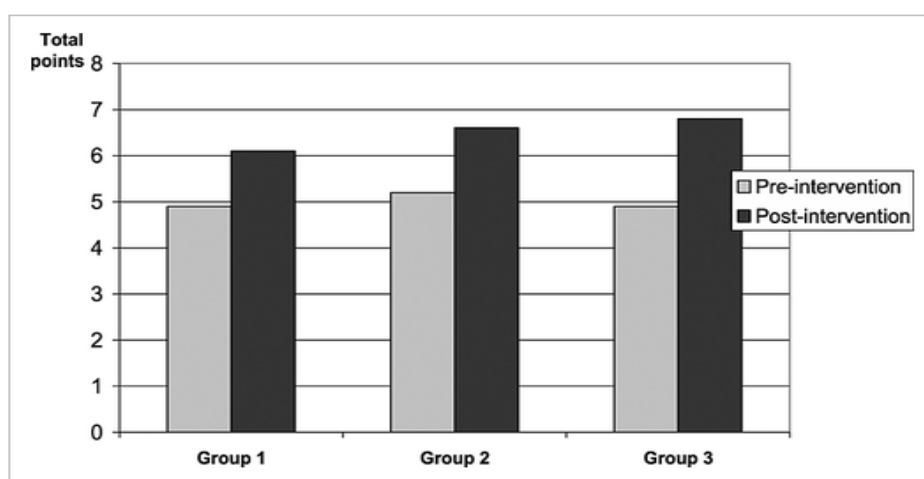


Figure 7 : Répartition des connaissances moyennes des mères interrogées sur le secouement en fonction de leur groupe d'appartenance, en pré- et post-intervention (73)

Plus de 90% des mères incluses dans l'étude ont dit avoir trouvé utile la formation préventive proposée. Cependant, avant la formation, moins de 1% des mères a coché « laisser le bébé dans une pièce sécurisée » sur les méthodes d'apaisement du bébé en cas de pleurs. Ce chiffre passe à plus de 5% après visionnage du petit film, mais il reste encore très largement insuffisant puisque laisser le bébé pleurer dans sa chambre sur le dos est parfois essentiel pour éviter la survenue d'un secouement.

Finalement, le résultat de cette étude s'est avéré globalement très positif puisque, pour la plupart des femmes interrogées, le programme de prévention du SBS leur a permis d'en apprendre plus sur le SBS et ses dangers. La connaissance des mères sur les pleurs du bébé s'est fortement améliorée, moins de la moitié pensait initialement qu'un bébé en bonne santé pouvait pleurer 2 à 3 heures par jour avant la formation, contre près de 80% après visionnage du film. Concernant le secouement, près de 60% avait conscience que ce geste est nocif pour le bébé, plus de 75% en post-formation.

Après avoir comparé les différents groupes, il est mis en avant que la formation donnée dans les 48 heures suivant l'accouchement est la moins propice (scores les plus bas dans l'étude) en raison de la douleur encore ressentie, du début éventuel de l'allaitement, de la fatigue et des premiers jours avec le bébé. **Les périodes les plus propices à l'éducation au SBS** sont surtout juste avant la naissance c'est-à-dire lors du **3^{ème} trimestre de grossesse** ou lors des premières visites post-natales **entre trois et sept jours après la naissance**. C'est d'ailleurs ce que le *crying plan*, permet puisqu'il est dispensé aux jeunes parents avant la sortie de leur séjour à la maternité.

À ces différents moments, la maman ou future maman est également susceptible de se rendre en officine pour divers motifs. C'est alors l'occasion de faire la présentation du SBS au comptoir. Le pharmacien officinal peut donc être apte à réaliser ou compléter la prévention du SBS déjà parfois présentée à la maternité. De plus, le papa peut être présent à la maternité ou au comptoir de l'officine pour entendre aussi les informations relatives aux pleurs et au secouement.

I.7. Impact économique du syndrome du bébé secoué

D'un point de vue économique, les dommages consécutifs au secouement engendrent des **coûts humains et financiers considérables**. Pour comprendre l'impact du SBS sur l'économie, une étude néo-zélandaise a évalué pour la prise en charge d'un seul enfant secoué, un coût direct avoisinant les **700 000€** (74). Cette somme tient compte à la fois des frais d'hospitalisation, des examens radiologiques, des gestes chirurgicaux éventuels, des frais d'orthophonie, des frais de justice, des subventions pour les structures d'aides spécialisées, des frais liés à la santé mentale de l'enfant, ainsi que le suivi médical à vie de l'enfant. À ces 700 000€, sont à ajouter les coûts financiers indirects tels que la réduction de la productivité de la victime dans sa vie professionnelle future (75).

En somme, les frais globaux d'un traumatisme crânien pédiatrique sont extrêmement coûteux et la dominante économique peut être avancée comme un argument majeur dans la mise en place de campagnes de prévention du SBS.

II. ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET INTERETS EN PREVENTION

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de qualité et de proximité exerçant dans une officine de ville, et spécialiste du médicament. Il a parmi ses devoirs, l'information, l'explication des traitements prescrits ou non, les conseils associés mais aussi l'écoute et l'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. Le pharmacien doit toujours agir dans l'intérêt des patients et de la santé publique. Ses rôles sont en constante évolution, en particulier depuis ces dernières années avec l'apparition des nouvelles missions qui lui sont confiées.

II.1. Démographie des officines en France : quelques chiffres

Au 1^{er} janvier 2020, on recensait près de 74 000 pharmaciens inscrits à l'Ordre National des Pharmaciens (ONP), dont environ 26 000 titulaires (section A) (76). Le nombre d'inscrits dans la section D (section regroupant les assistants et adjoints) a beaucoup progressé jusqu'en 2017, peut-être révélateur du besoin de personnel dans l'exercice des nouvelles missions du pharmacien, dont beaucoup ont été mises en place au cours de ces dernières années. Depuis, le nombre de pharmaciens inscrits à la section D reste quasiment stable.

Avec plus de 21 000 officines réparties en France au 1^{er} septembre 2021, le maillage territorial pharmaceutique est pleinement assuré. La répartition de la profession sur le territoire permet une accessibilité facilitée aux soins pour les patients. La présence pharmaceutique est maîtrisée sur la quasi-totalité du pays, avec un accès à une officine pour plus de 97% des habitants en moins de 10 minutes en voiture (77). Une pharmacie couvre en moyenne les besoins de 3000 habitants, ce qui représente environ 32,4 officines pour 100 000 habitants. En France, quatre millions de patients en moyenne franchissent le pas d'une officine chaque jour. Selon une enquête de 2008, 97% des patients interrogés trouvent « plutôt important » ou « très important » d'avoir accès à une officine à proximité de leur domicile ou de leur lieu de travail (78).

Par ailleurs, les larges horaires d'ouverture des pharmacies permettent au patient d'avoir accès rapidement à un professionnel de santé, qui plus est, sans rendez-vous, gratuitement, en permanence et même par mail ou par téléphone. Pour toutes ces raisons,

le pharmacien est un acteur majeur de santé publique, maillon primaire du système de soins et professionnel de santé de proximité aux qualités humaines et sociales indispensables.

II.2. Le pharmacien : ses rôles, ses missions

Le pharmacien d'officine a de nombreuses responsabilités quant à la délivrance des médicaments, qu'ils soient d'ailleurs sur prescription ou non. Outre le fait qu'il soit spécialiste du médicament bénéficiant du monopole pharmaceutique, le pharmacien possède un atout majeur : sa **disponibilité**. Ce caractère a d'ailleurs facilité la mise en place de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, dans laquelle les missions du pharmacien se sont élargies notamment ses missions du service public. Il est vrai que la disponibilité du pharmacien permet aussi au patient de se tourner vers celui-ci pour avoir un traitement, des conseils ou pour tout simplement discuter. En effet, le pharmacien d'officine joue également un rôle de soutien et d'accompagnement qui sera optimisé par 2 qualités essentielles à sa profession qui sont, l'**écoute** et l'**empathie**. Un contact étroit se crée entre le pharmacien et le patient lui-même mais aussi avec sa famille, et ce lien social permet de connaître l'histoire familiale. Ainsi, les contacts fréquents permettent d'instaurer un climat de confiance indispensable à la relation patient-pharmacien. Au comptoir le pharmacien peut rencontrer tous types de patients, tels qu'une personne âgée, une femme enceinte ou des futurs parents, et ce, que ce soit pour une délivrance de médicaments ou pour un conseil. Le contact étroit et le lien qui peut se créer permet de mettre en place plus facile des actions de prévention notamment celle du SBS.

L'objet de cette partie est de montrer que le pharmacien d'officine est tout à fait apte à mettre en place une campagne de prévention du SBS au comptoir, et qu'il sait s'adapter à différentes situations pour lesquelles il n'était pas initialement formé.

II.2.a. Traitements

La mission première du pharmacien d'officine est la dispensation de médicaments qu'ils soient prescrits, en libre accès, ou encore sur demande spontanée de la part du patient. Ses principaux rôles sont par exemple :

Si le médicament bénéficie d'une prescription :

- Analyse de l'ordonnance,
- Validation de la prescription,
- Vérification de la posologie,
- Explication des éventuels effets indésirables pouvant être rencontrés,
- Explication des contre-indications et / ou des précautions d'emploi,
- Absence de redondances thérapeutiques,
- Mise en place du plan de prise du traitement.

Si le médicament est en libre accès ou lors d'une demande spontanée d'un médicament par le patient

- Conseil et orientation du patient vers un traitement qui lui sera adapté selon les symptômes décrits,
- Rappel des posologies,
- Rappel des contre-indications associées au traitement voire refus de dispensation du médicament souhaité par le patient,
- Limite du conseil et orientation vers un autre professionnel de santé (médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme, dentiste...).

Pour prendre un autre exemple, le pharmacien a aussi pour rôle le renouvellement d'ordonnances dans le cadre d'un traitement chronique, permettant un suivi thérapeutique et un suivi de l'observance. La régularité des délivrances est un point essentiel à la bonne observance, elle-même presque toujours indispensable à l'efficacité du traitement.

Depuis la loi du 30 janvier 2007, la dispensation des médicaments est sécurisée grâce à la création du dossier pharmaceutique (DP). Cette loi a valu une modification du Code de la santé publique (CSP) pour autoriser le pharmacien à créer le DP avec le consentement du patient (79).

Assurément, la délivrance est toujours accompagnée d'un conseil pharmaceutique approprié comme précisé dans l'article R.4235-48 du CSP (80). Ce conseil est adapté à la compréhension du patient, clair et détaillé. Le pharmacien prend alors soin d'expliquer au patient le traitement délivré de manière à optimiser au maximum le bon usage du médicament et garantir la sécurité du patient. C'est aussi un moment privilégié avec le patient pour lequel le pharmacien peut répondre à ses questions ou ses doutes en particulier chez les jeunes parents.

II.2.b. Conseils

Le rôle du pharmacien ne se limite pas uniquement à la délivrance de médicaments prescrits. À juste titre, il existe une différence significative entre « délivrance » et « dispensation » :

- La **délivrance** est le fait de donner le médicament ou le produit de santé au patient.
- La **dispensation** est un mécanisme plus complexe prenant en compte la lecture et l'analyse de l'ordonnance d'un médicament ou produit de santé qu'il soit ou non sur ordonnance. Dans la dispensation s'intègre les notions de conseil pharmaceutique, de suivi du traitement et des résultats obtenus.

Au moment de la délivrance des médicaments, le pharmacien rappelle aussi au patient les règles hygiéno-diététiques en lien avec sa pathologie ou avec son état de santé. En particulier avec l'automédication, où le pharmacien est le seul maillon de la chaîne de dispensation et doit donc être vigilant quant aux conseils délivrés, que ce soit pour un enfant, un adulte, une personne âgée ou une femme enceinte.

II.2.c. Nouvelles missions

Au cours de ces dernières années, le pharmacien est devenu responsable de nombreuses nouvelles missions. Pour cela, quelques adaptations ont dû être mises en place, telles que la formation de l'équipe officinale, l'agencement des locaux et le respect de la législation en vigueur parfois imprécise ou changeante.

L'objet de ce chapitre est de démontrer que le pharmacien est tout à fait habile à réaliser des actions de prévention, en particulier relatives au SBS au vu des actions déjà menées à l'officine. Parmi ces missions, on retrouve :

- **L'éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante de la prise en charge du patient et tous les professionnels de santé peuvent y être intégrés (81). L'ETP est réalisée sous forme d'entretiens ou d'ateliers dont l'objectif est la mise au point des connaissances du patients concernant ses traitements ou sa pathologie. Le patient est directement

intégré aux séances d'ETP, devenant acteur de son traitement et l'ensemble permet d'acquérir ou de maintenir des connaissances relatives à sa maladie et une meilleure gestion de la prise du traitement.

À partir de là, le pharmacien d'officine peut soumettre au médecin des propositions de changements de traitements, ce qui renforce aussi la communication entre les professionnels de santé dans l'intérêt du patient. Il peut aussi engager des actions dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et du bon usage du médicament lors de ces entretiens. L'ETP se déroule la plupart du temps dans l'espace de confidentialité de la pharmacie ce qui permet au pharmacien de garder une certaine discrétion, et au patient de poser ses questions ou ses craintes sur les traitements ou à la maladie dans un environnement plus discret qu'au comptoir. Ce cadre facilite la discussion, dans un climat de confiance. **L'espace de confidentialité est aussi plus propice à réaliser de la prévention sur divers sujets.**

- **La vaccination antigrippale et la vaccination anti-COVID-19**

Nouvelle mission proposée aux pharmaciens, la vaccination antigrippale a été élargie sur l'ensemble du territoire en 2019. Ainsi, le pharmacien participe largement à cette mission de santé publique et peut réaliser, en amont de l'acte vaccinal, la prévention contre la grippe saisonnière. Le pharmacien a été sollicité dans cette mission afin d'augmenter la couverture vaccinale des patients et notamment ceux ciblés par les recommandations. Mais « pourquoi avoir choisi les pharmaciens pour la mise en place de cette campagne de vaccination antigrippale ? » La Présidente du Conseil de l'ONP a répondu à cette question avec un argument de taille, à savoir que « **le pharmacien est en effet le seul professionnel de santé présent sur l'ensemble du territoire et disponible sans rendez-vous.** Cette proximité lui confère un rôle majeur dans le parcours vaccinal aux côtés des autres professionnels de santé » (82). De plus, les femmes enceintes peuvent venir se faire vacciner par le pharmacien et c'est, une fois de plus, un moment de rencontre entre le pharmacien et le patient où divers sujets peuvent être abordés, notamment la grossesse et l'accouchement, et pourquoi pas la prévention du SBS.

Plus récemment encore, la mise en place de la vaccination anti-COVID-19 et la réalisation des tests antigéniques font partie des nouvelles missions accordées au pharmacien d'officine. Elle s'inscrit dans l'intérêt de la santé publique et démontre, là encore, l'implication du pharmacien notamment dans la gestion d'une crise sanitaire.

- **Le bilan partagé de médication**

Le pharmacien d'officine, spécialiste du médicament réalise aussi des bilans partagés de médication (BPM) à destination des patients âgés polymédiqués. Ce dispositif consiste en un suivi pharmaceutique personnalisé, c'est-à-dire, une évaluation de l'observance et de la tolérance des traitements après obtention du consentement du patient. Le pharmacien peut proposer un BPM au patient dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, d'une modification de traitement, de l'ajout d'un nouveau médicament ou après la survenue d'un événement iatrogène nécessitant un rappel du traitement avec, par exemple, les différents moments de prise. Ce type de rendez-vous permet au pharmacien de s'investir pleinement dans le parcours de soin du patient et renforce le lien patient-pharmacien.

- **Le test rapide d'orientation diagnostique**

Dans le but de participer aux actions de dépistage à l'officine, le pharmacien peut réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

Sont actuellement autorisés 3 types de TROD tels que le TROD de la grippe saisonnière, le TROD angine pour le diagnostic d'une angine bactérienne ou le test capillaire d'évaluation de la glycémie dans le cadre d'une campagne de prévention du diabète.

La mission des TROD nécessite une collaboration avec les pharmaciens biologistes ainsi que les médecins traitants et renforce la communication interprofessionnelle. Le pharmacien a pour rôle d'informer le patient sur l'usage du test, le résultat obtenu et son interprétation. Depuis peu, du fait de la crise sanitaire causée par la COVID-19, le pharmacien peut réaliser un autre type de TROD à savoir, un test antigénique nasopharyngé permettant de détecter le SARS-Cov 2.

De toute évidence, le pharmacien d'officine a été pleinement intégré dans les mesures de prise en charge relative à la COVID-19 et a, une fois de plus, montré sa capacité d'adaptation rapide et son engagement dans les diverses actions qui lui sont confiées.

- **La prévention « femmes battues »**

Concernant les nouvelles missions du pharmacien, une action de prévention a été mise en place par le Ministre de l'Intérieur, au sein des officines : l'alerte des violences conjugales et notamment le plan d'aide aux femmes battues lors du confinement.

Une forte hausse des signalements de violences conjugales, de l'ordre de 30% après une

semaine de confinement, a été remarquée, relatif à la crise sanitaire du COVID-19.

Pour alerter, **les victimes de violences conjugales** ou plus spécifiquement les femmes battues **peuvent se rendre à la pharmacie qualifiée comme « lieu d'alerte »** et utiliser le code « Masque 19 » pour que le pharmacien lance l'alerte et prévienne la police ou la gendarmerie.

Ce dispositif permet au pharmacien d'entrer en relation avec les victimes et d'être vraiment considéré comme **professionnel de premier recours**. Pour permettre ce type de prévention, le Ministre de l'Intérieur a déployé avec l'appui de l'ONP ce dispositif au sein des officines, système déjà mis en place dans les pharmacies en Espagne (83). Pour informer les pharmaciens, un article sur les violences conjugales est paru dans la revue « Le Quotidien du pharmacien », les victimes quant à elles ont pu être informées via les réseaux sociaux ou sur les chaînes de télévision.

Une fiche et un flyer téléchargeables sur le Cespharm peuvent être exposés derrière les comptoirs ou à l'intérieur de la pharmacie pour faire connaître la pharmacie comme lieu d'alerte (84) **(Annexes 2 et 3)**.

Ce qui est réalisé pour la prévention « femmes battues » peut tout à fait l'être également pour la prévention du SBS.

En conclusion, du fait de l'instauration de ces nouvelles missions, les pharmaciens montrent qu'ils sont motivés à réaliser de nouvelles fonctions et sont prêts à s'investir massivement dans l'intérêt du patient et de la santé publique. Ils sont capables de s'adapter à différentes situations et la profession en est ainsi valorisée. La mise en place des missions implique pourtant des efforts de grande ampleur pour les pharmaciens tels qu'une formation théorique et pratique, un aménagement des locaux et une organisation du planning. Toutes ces tâches sont confiées aux pharmaciens d'officine et nécessitent de travailler de concert avec différentes professions de soins, ce qui renforce l'interprofessionnalité.

II.3. Atouts de la coopération interprofessionnelle

Le décloisonnement des professions permet d'améliorer le parcours de soins des malades. C'est ainsi que le pharmacien d'officine peut interagir avec d'autres professionnels tels que les médecins, généralistes ou spécialistes, les infirmiers, les sage-femmes, les chirurgiens-dentistes, les kinésithérapeutes ou encore les diététiciens, d'autant plus qu'il peut aussi échanger avec d'autres pharmaciens exerçant dans les officines avoisinantes. Inévitablement, la communication interprofessionnelle devient essentielle à la continuité des soins du patient. Cette coopération pluridisciplinaire permet ainsi de pallier les difficultés d'accès aux soins rencontrés dans certaines régions, mais aussi de valoriser les compétences du pharmacien.

Selon une enquête de l'ONP de 2016, 20% des pharmaciens d'officine sont engagés dans une démarche de coopération interprofessionnelle (85).

- 87% avec un médecin,
- 86% avec un infirmier,
- 61% avec un autre professionnel de santé (kinésithérapeute ou sage-femme par exemple)

Dix pour cent des pharmaciens d'officine sont référents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou d'une structure de soins n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). De plus, comme évoqué précédemment, l'éducation thérapeutique du patient s'est développée ces dernières années, facilitant ainsi les échanges entre le pharmacien et les autres professionnels.

II.4. Prévention en officine

II.4.a. Définitions

- **Définition de la prévention :**

Selon l'OMS, la prévention est définie comme « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie. Elle vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la

réinsertion des personnes atteintes (86). »

Il existe 3 stades d'intervention sanitaire préventive : prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'éducation thérapeutique avec les entretiens pharmaceutiques fait partie de la prévention secondaire et tertiaire.

- **Prévention primaire** : prévention réalisée avant l'apparition de l'événement sanitaire dont elle vise à réduire l'incidence, promotion de comportements favorables à la santé.
 - Exemple : campagne de vaccination antigrippale
- **Prévention secondaire** : prévention dont l'objectif est de détecter la pathologie ou l'événement sanitaire le plus tôt possible (prise en charge précoce) pour en limiter la durée d'évolution et donc la prévalence.
 - Exemple : campagne de dépistage
- **Prévention tertiaire** : Prévention visant à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives et donc réduisant au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à l'événement, prévention des complications des maladies ou de l'iatrogénie.
 - Exemple : instauration de traitements
- **Définition de la promotion de la santé**

La promotion de la santé se définit, selon l'OMS, comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (charte d'Ottawa 1986) (87). »

II.4.b. Intérêts de la prévention à l'officine

Le métier de pharmacien d'officine évolue et se concentre plus particulièrement sur l'accompagnement du patient au comptoir.

La relation patient-pharmacien est un point de départ essentiel pour réaliser de la prévention au comptoir. Elle permet de connaître ou d'apprendre à mieux connaître le patient. Le fait de pouvoir discuter facilement, de prendre le temps des explications et

d'avoir un temps pour l'écoute favorise un climat de confiance, propice à la confiance. Le pharmacien est aussi présent au comptoir pour apporter une aide personnalisée et partager des conseils adaptés.

Le pharmacien peut accompagner le patient aux divers moments de sa vie, en particulier la femme enceinte tout au long de sa grossesse et par la suite, l'enfant.

Il serait donc cohérent de proposer une prévention sur le thème du SBS au sein des officines. Développer la prévention en France est un des objectifs du gouvernement puisque 15 propositions ont d'ores et déjà été faites afin de renforcer le rôle des pharmaciens (88). Parmi elles, on retrouve la mise en place d'entretiens formalisés de préventions à différents âges de la vie (25, 45 et 65 ans). Jusqu'à maintenant, il est vrai que les entretiens sont principalement destinés aux personnes plus âgées et polymédiquées comme expliqué auparavant. Ces rencontres aux âges-clés de la vie seraient un moyen de faire le point sur les rappels de la vaccination mais aussi permettraient au pharmacien de s'entretenir avec des patients jeunes et pourquoi pas de faire de la prévention sur le SBS chez les jeunes parents.

Enfin, pour que le pharmacien soit acteur et initiateur de la démarche de prévention à l'officine, l'OMS conseille à titre général, d'organiser la mise en place d'une campagne de prévention en la réalisant en 4 étapes :

- Définition du problème
- Identification des causes et des facteurs de risque
- Conception et expérimentation d'interventions destinées à minimiser les facteurs de risque
- Diffusion d'informations concernant l'efficacité des interventions et extension de celles qui ont fait leurs preuves

En reprenant le déroulement de ces 4 étapes décrites ci-dessus, il serait envisageable de créer une campagne de prévention sur le SBS en pharmacie d'officine.

II.5. Motifs de venue des femmes enceintes au comptoir

Les patients peuvent venir en officine pour de nombreuses raisons, évoquées précédemment. Les femmes enceintes ou en suite de couches peuvent aussi consulter le pharmacien pour différents motifs. Ces moments au comptoir amènent le pharmacien à

discuter avec chacune d'entre elles. De plus, le papa peut être présent à l'officine au cours de ces différents moments et la prévention SBS peut aussi se faire en présence du papa tout autant concerné par la prévention du SBS.

II.5.a. Pendant la grossesse

En France, au cours de la grossesse, la femme bénéficie d'un suivi médical régulier incluant des consultations prénatales obligatoires au cours desquelles elle reçoit des informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur le développement du bébé. Entre ces divers rendez-vous, la femme enceinte peut consulter son pharmacien pour d'autres motifs à savoir (89) :

- **La poursuite du traitement d'avant grossesse**

Le traitement habituel mis en place chez la femme avant la grossesse peut être poursuivi au cours de la grossesse. Le médecin peut faire le point avec la patiente afin d'adapter ou modifier la posologie ou la forme galénique du traitement prescrit en fonction du terme de la grossesse. Par ailleurs, la relation de confiance qu'il peut y avoir entre le pharmacien et la patiente permet de créer une discussion autour de la nouvelle grossesse.

- **Instauration de traitements nécessaires au cours de la grossesse**

Au cours de la grossesse, de nouveaux traitements peuvent être initiés. Parmi eux, on peut retrouver les injections d'insuline pour traiter un diabète gestationnel, des comprimés à base de fer dans le cadre d'une anémie ou de sa prévention, ou encore du matériel médical comme une ceinture lombaire.

Une étude réalisée en 2000 sur 250 femmes enceintes suivies au CHU de Toulouse entre 1994 et 1995, a montré que **84% des femmes enceintes ont utilisé au moins 1 médicament durant les 15 jours précédents l'enquête** (90). Parmi eux on retrouve :

- Les antiacides,
- Les antiémétiques,
- Les antispasmodiques,
- Les veinotoniques,
- La vitamine C.

Vingt pour cent des futures mamans ont déclaré avoir recours à l'automédication. En 2017, l'INSERM (Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale) a publié les résultats d'une étude montrant que les femmes françaises comptent parmi les plus grandes consommatrices de médicaments à travers le monde durant leur grossesse, avec un total de **neuf médicaments différents en moyenne** (91).

Le pharmacien est souvent sollicité durant la grossesse, et son rôle est important en matière de conseils et de prévention. Il a notamment à sa disposition un outil informatique, le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) pour connaître les risques tératogènes ou fœtotoxiques des médicaments en cas d'utilisation pendant la grossesse ou l'allaitement. De plus, depuis fin 2017, un certain nombre de pictogrammes sont apposés sur les boîtes de médicaments (sur ordonnance ou non) indiquant le danger de la prise du traitement lors d'une grossesse. Le fait de savoir que le pharmacien possède un outil pour contrôler la possibilité de prendre ou non le traitement peut rassurer la maman. C'est aussi l'occasion de discuter avec la femme enceinte de sa grossesse et de la préparer à l'arrivée du bébé.

- **Automédication**

Bien que l'automédication soit à proscrire tout au long de la grossesse, elle est très souvent pratiquée pour des petits maux de la grossesse. C'est pourquoi, le pharmacien d'officine aura un rôle clé à jouer lors d'une demande spontanée chez une femme enceinte. Les questions posées sont importantes pour bien conseiller la patiente et orienter vers une consultation médicale s'il le juge nécessaire.

- **Demande spontanée de conseils concernant les petits maux de la grossesse**

La future maman peut venir voir le pharmacien pour traiter certains désagréments fréquemment rencontrés lors de la grossesse comme par exemple, les troubles du sommeil, la constipation ou les hémorroïdes, les remontées acides ou encore les vergetures. La femme enceinte peut également se rendre à la pharmacie pour la prise de mesures des bas de compression veineuse dont le port est recommandé durant toute la grossesse. D'ailleurs, la prise de mesures ayant lieu dans l'espace de confidentialité en toute intimité, la femme enceinte peut livrer ses peurs, ses craintes ou poser des questions plus librement au pharmacien concernant sa grossesse ou tout autre sujet.

- **Recherche d'informations concernant les examens biologiques**

Des examens biologiques sont à réaliser de manière régulière lors de la grossesse, tels que des examens de parasitologie comme la toxoplasmose pour laquelle la femme enceinte peut se questionner. Le pharmacien rappelle alors à la femme enceinte les règles à adopter en cas de sérologie négative et les risques encourus en cas de sérologie positive au cours de la grossesse. Il rassure également les femmes enceintes avec sérologie positive ancienne.

- **Préparation de la naissance du bébé**

Quelques temps avant l'arrivée du bébé, la femme enceinte peut acheter en pharmacie les produits d'hygiène et de première nécessité tels que le savon, la crème hydratante ou des produits de soin. Les produits comme les biberons et les tétines sont aussi vendus en officine et le pharmacien peut être disponible pour conseiller la future maman sur ces différents produits.

Au travers de tous ces motifs de venue à l'officine, la femme enceinte et future maman peut s'entretenir avec le pharmacien au comptoir ou dans l'espace de confidentialité. La relation de proximité et de confiance qui s'opère entre la patiente et le pharmacien est essentielle au bon déroulement du suivi de la grossesse.

II.5.b. Après la naissance

À la naissance du bébé, différents produits ou soins nécessitent la venue de la maman ou de son entourage à l'officine. Qu'il s'agisse des médicaments pour la maman, son bébé ou des soins concernant son bien-être personnel, le pharmacien sait conseiller au mieux le patient. Parmi les motifs de venue après la naissance, on peut par exemple citer :

- **La sortie de maternité**

À la sortie de la maternité, la maman reçoit une ordonnance de sortie de la maternité qui lui sera délivrée en officine, pouvant comporter la vitamine K pour le bébé, des compresses et de l'antiseptique pour les soins de cordon, ainsi que les gouttes de

vitamines D. Du matériel médical peut aussi être prescrit et délivré en pharmacie comme le tire-lait ou encore le pèse-bébé. Enfin, la jeune maman peut venir reprendre une contraception avec la prescription du médecin.

- **Le post-accouchement et l'hygiène intime**

Au retour à domicile, la jeune maman peut nécessiter de produits d'hygiène intime adaptés à la période de post-accouchement. La reprise de la sexualité peut aussi être source de questionnement en pharmacie, même si la discrétion n'est pas toujours optimale au comptoir. Le pharmacien peut alors proposer d'en discuter avec la patiente dans l'espace de confidentialité.

- **L'allaitement**

Au retour de la maternité, la maman peut choisir ou non de continuer l'allaitement maternel. Si elle le souhaite, elle peut avoir recours à un tire-lait mais aussi peut également être guidée par l'ensemble des équipes médicales et paramédicales pour répondre aux questions relatives à ses peurs, ses craintes et ses éventuels problèmes. La question de la diversification alimentaire peut être abordée librement au comptoir, avec les explications sur les différents types de lait (1^{er} âge, 2^{ème} âge, lait de croissance) ainsi que la période de diversification alimentaire et les types d'aliments instaurés et proposés.

- **Les petits maux du nourrisson**

L'accessibilité du pharmacien d'officine lui permet d'être facilement sollicité en cas de questions, doutes ou interrogations de la part des nouveaux parents. Certains « petits maux » du bébé peuvent être abordés au comptoir, comme les troubles digestifs, les difficultés liés au choix du lait puis quelques temps plus tard avec les problèmes liés aux douleurs dentaires.

Certains bébés ont des problèmes dermatologiques tels que la dermatite atopique qui peut nécessiter l'utilisation de crèmes ou savons adaptés. Enfin, les parents peuvent amener le carnet de santé pour venir récupérer un vaccin obligatoire durant les premiers mois de vie du bébé. D'ailleurs, le carnet de santé est un excellent moyen pour aborder le SBS puisqu'une page entière lui est dédiée, notamment sur les pleurs de nourrisson (**Figure 8**).

Ses pleurs



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

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

Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie.

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



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

15

Figure 8 : Carnet de santé, image illustrant les pleurs du nourrisson et la prévention SBS, ministère des Solidarités et de la Santé, Avril 2018

- **Le stress, l'épuisement et les pleurs du nourrisson**

La naissance d'un bébé bouleverse le quotidien des nouveau parents et son organisation. Le stress, l'appréhension ou la peur de mal faire sont sources d'inquiétude chez les parents. La fatigue de l'accouchement et le retour à la maison peut affecter et éreinter la maman. En outre, la fatigue peut naître de l'épuisement occasionné par les pleurs du nourrisson qui peuvent être incompris par les parents, les laissant dans un sentiment d'impuissance face à leur bébé. Le pharmacien peut être sollicité en premier lieu, son devoir est de présenter la physiologie des pleurs du bébé et d'orienter vers une

consultation médicale si besoin. Par ailleurs, il est possible de présenter la prévention du SBS à ce moment-ci. Tenir compte des informations données par les parents sur la fréquence, l'intensité et la gestion des pleurs du bébé est nécessaire ; ne pas les culpabiliser, mais trouver avec eux des solutions et astuces pour comprendre et calmer les pleurs.

II.6. Législation en vigueur : Cadre légal relatif au pharmacien officinal

II.6.a. Point sur la protection de l'enfance

La situation des enfants dans le monde est une préoccupation majeure. La protection de l'enfance est le centre d'intérêt de divers organismes ou organisations non gouvernementales qui ont vu le jour au fil des années et qui ont permis d'établir des lois en faveur des droits accordés aux enfants. D'ailleurs, tout comme les adultes, les enfants ont besoin de protection et doivent pouvoir être représentés et défendus contre toutes formes de violences ou violation de leurs droits.

II.6.b. Caractéristiques des droits de l'enfant

L'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable » (92).

De plus, la Déclaration des droits de l'enfant datant de 1959 précise que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance » (93).

II.6.c. Convention Internationale des Droits de l'Enfant

Les droits de l'enfant sont définis et rassemblés dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1989. Au travers de l'article 19 de la CIDE, on retrouve les mesures mettant fin à toute violence envers les enfants ; violence physique, psychique, sexuelle ou mentale, négligence ou brutalité (94). D'autres articles de la CIDE évoquent le bien-être de l'enfant, affectif ou

social ; sa liberté de conscience, de pensée ou encore d'expression. Le non-respect de ces mesures de protection comprend des poursuites judiciaires. D'ailleurs, la **loi du 10 juillet 1989** intitulée « Prévention et protection contre la maltraitance des enfants » a été adoptée en France par le Parlement, ayant entre autres pour objectifs la **mise en place de l'obligation de signalement, la levée du secret médical et le développement de numéros d'aide et d'urgence** (95).

II.6.d. Projet de Code de Déontologie Pharmaceutique

Le Code de Déontologie des Pharmaciens (CDP) énonce les droits et devoirs des pharmaciens ainsi que les règles éthiques et morales auxquels est soumise la profession. Selon le « projet de Code de Déontologie des Pharmaciens et autres dispositions à insérer dans le code de la santé publique », **le pharmacien est tenu au secret professionnel** comme mentionné à l'Article R.4235-5 du CSP, section 2 relative aux dispositions communes à tous les pharmaciens (96). La version de ce projet a été adoptée par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) le 1er octobre 2018.

La **frontière entre révélation du secret professionnel et signalement d'acte de violence a été établie par 2 articles** pour clarifier la situation, à savoir l'article **226-13** qui interdit de dévoiler le secret professionnel et le **226-14** qui le nuance.

II.6.e. Code Pénal

- Article 226-13 du Code Pénal, version en vigueur depuis le 1er janvier 2002

L'article 226-13 du Code Pénal annonce que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » (97).

Mais cet article ne sera pas applicable dans certains cas. En effet, l'article 226-14 du Code Pénal prévoit une clause, notamment dans le cadre du SBS.

- Article 226-14 du Code Pénal, version en vigueur depuis le 1er août 2020

L'article 226-14 ne rend pas applicable l'article 226-13 « dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret (97).

En clair, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° **Au médecin ou à tout autre professionnel de santé** qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

On note toutefois que cet article a été clarifié par la loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015. Après les mots « Au médecin » a été rajouté « ou à tout autre professionnel de santé » incluant donc plus explicitement le pharmacien (98).

- Articles du Code de Santé Publique

L'article R.4235-7 du CSP informe que le pharmacien doit porter secours à toute personne en danger immédiat dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, hormis lors de cas de force majeure (96).

L'article 4235-2 du CSP précise que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale »

Dans l'article L. 5125-1-1 du CSP il est indiqué que le pharmacien contribue aux soins de premiers recours (99). Cet article mentionne entre autres, que les pharmaciens participent à la coopération entre les professionnels de santé, à la mission de service public de la permanence et à la continuité des soins. Ils concourent également aux actions de veille et de protection sanitaire.

Depuis l'apparition des nouvelles missions *via* la loi HPST de 2009, l'éducation sanitaire s'inscrit comme une obligation déontologique.

- Loi de modernisation du système de santé, 26 janvier 2016

La loi de modernisation du système français a pour objectif la diminution des inégalités sociales en accentuant la contribution de tous les intervenants en santé vers la prévention (100). C'est donc une composante essentielle de la politique de santé actuelle. Mais la formation est un préalable inévitable et indispensable à la mise en place d'actions de prévention par les pharmaciens d'officine. Elle peut se retrouver sous forme :

- De formation continue renforcée : Développement Professionnel Continu (DPC),
- De message dans la vitrine de l'officine, sur les téléviseurs au sein de la pharmacie ou grâce aux brochures fournies par les pharmaciens.

III. REPERAGE DES SIGNES D'ALERTE ET DES FACTEURS DE RISQUE DU SYNDROME DU BEBE SECOUE

III.1.Profil-type de l'auteur du secouement

Il n'y a pas de « profil-type » d'un « secoueur ».

Cependant, comme l'a souligné la HAS dans la recommandation de bonne pratique (29), les principaux auteurs potentiels du secouement identifiés dans la littérature sont les suivants : un homme adulte, jeune (ou éventuellement un adolescent ayant la corpulence d'un adulte), que ce soit le père de l'enfant ou le compagnon de la mère et vivant avec la mère, ou un(e) gardien(ne) de l'enfant (assistante maternelle agréée ou nourrice non agréée). Une situation familiale complexe comme un isolement social, affectif ou une rupture sentimentale peut être facteur de risque de secouement.

En ce qui concerne le bébé secoué, il est **la plupart du temps âgé de moins d'un an et dans 2/3 des cas, moins de 6 mois.**

Le lien stéréotypé entre « maltraitance » et « population défavorisée » contribue à un manque de prévention de la part des professionnels vers les personnes issues d'un milieu favorisé, à tort.

III.2.Signes d'alerte et facteurs de risque du secouement

Les signes d'alerte ont pour principal objectif d'aider le pharmacien d'officine (ainsi que tous les autres professionnels de la santé) dans le repérage des violences chez l'enfant. Plus largement, ces actions sont mises en œuvre pour avant tout protéger l'enfant. Des facteurs de risques ou éléments déclenchants peuvent être remarqués au comptoir et il est important de souligner que **tout le monde peut être frappé par le drame du SBS** et ce, **quel que soit le milieu socio-économique, culturel, professionnel dans lequel l'individu se trouve.**

Un enfant en danger est un enfant maltraité ou à risque de l'être. Mais il n'y a pas que la maltraitance physique qui peut être observée. Pour rappel, la négligence est définie comme étant la non-satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant. Elle comprend à la fois les besoins alimentaires, les soins médicaux, ou encore l'hygiène.

Au comptoir de l'officine, la négligence peut être visible surtout concernant l'hygiène ou les soins médicaux. Par exemple, lorsque la tenue vestimentaire du bébé n'est pas en adéquation avec le temps, la saison, ou encore avec son âge. Des marques de blessures, ou de coups peuvent également être aperçus sur le bébé. En fonction de l'âge, certaines blessures telles que les brûlures, les ecchymoses, les hématomes ou, les plaies ne peuvent apparaître chez un si petit bébé. C'est alors qu'un questionnement doit avoir lieu pour définir la cause de la blessure, à savoir maltraitance ou accident domestique. Plus difficilement visibles à la pharmacie, les marques de négligences concernant les soins médicaux sont aussi une forme de mauvais traitements.

Ensuite, le comportement des parents peut être un indicateur de leur gestion de l'enfant notamment face aux pleurs. Un état d'exaspération lors des pleurs du nourrisson doit entraîner une prévention accentuée du SBS.

Enfin, la relation de proximité patient-pharmacien permet au pharmacien de mieux connaître la situation familiale de l'enfant et des parents.

Quelques facteurs de risque du SBS ont été observés. Concernant la situation de l'enfant, il a été identifié qu'un bébé prématuré ou né d'une grossesse gémellaire est plus à risque du SBS. Concernant la situation familiale propre aux parents, une situation complexe telle qu'une rupture, un divorce, un isolement social et/ou psychoaffectif peuvent être des éléments favorisant la survenue du SBS. Ces différentes formes de maltraitance faites à l'enfant peuvent être à l'origine de conséquences graves sur son développement pouvant entraîner sa mort.

Le pharmacien compte comme un professionnel de santé supplémentaire pouvant observer, déclarer ces actes et prendre en charge l'enfant.

Les pleurs du nourrisson, parfois incessants, peuvent conduire la personne qui s'en occupe à un état de stress non contrôlé, qui l'amène à agir de manière brutale. Il est fondamental de rappeler que le SBS touche **tous les milieux socio-économiques, toutes les classes intellectuelles et toutes les cultures.**

**Sous le coup de la colère,
100% des parents peuvent être amenés à secouer leur bébé.**

Il faut donc agir en amont du passage à l'acte, en favorisant la mise en place de campagnes de prévention destinées à toutes les populations en contact avec de jeunes enfants. Cette prévention peut être mise en place par divers professionnels de santé, y compris le pharmacien d'officine.

Des messages de prévention sont déjà accessibles aux professionnels de santé mais aussi aux parents. Le pharmacien peut conseiller aux parents de consulter les informations relatives au SBS sur le site d'Ameli.fr. Il est d'ailleurs noté qu'« **En raison de la gravité des séquelles, aucun enfant ne doit être secoué, quels que soient son âge et la situation** » (101).

III.3. Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance

L'un des objectifs de mon travail est de construire un outil de prévention sur le SBS et d'y inclure le pharmacien d'officine pour qu'il ait la charge de diffuser des messages de prévention aux patients. La HAS recommande la mise en œuvre de campagnes d'information à destination du grand public mais également à tout professionnel médico-social. Il est plus que nécessaire de **renforcer la prévention** déjà existante, notamment la prévention primaire et secondaire.

La **prévention primaire** peut passer par des questions concernant l'état de santé de l'enfant. Le pharmacien, en discutant avec les parents, peut par exemple, demander si l'enfant fait bien ses nuits, ou encore s'il boit correctement. Ces questions ne sont pas forcément d'emblée orientées « prévention du SBS » mais les réponses données vont pouvoir guider le pharmacien pour rassurer les parents. Plus explicitement, la question sur les pleurs du bébé et leur gestion peut s'appuyer sur un outil déjà créé : le thermomètre de la colère. Il sera d'ailleurs expliqué en détail dans la dernière partie de ce travail.

Concrètement, les professionnels de santé ont à leur disposition certains outils pour s'informer et informer les patients du SBS mais pour compléter la prévention il est possible de donner les numéros d'urgence. L'association « **Enfance et Partage** » a un **numéro gratuit** mis à disposition des parents : **0 800 00 34 56** (25).

Si l'entourage ou les professionnels de santé ont connaissance d'un enfant en danger ou si les parents veulent une écoute attentive, il est possible de composer le **119** enfance en danger. Un site internet gouvernemental est aussi accessible au **www.allo119.gouv.fr**.

Il est primordial de faire passer des messages clairs aux parents afin d'éviter au maximum

les gestes irréparables et les accompagner au mieux dans cette nouvelle vie avec le bébé. D'ailleurs, pour tous les professionnels de santé de premier recours sont mises à disposition des recommandations pour le repérage des enfants victimes de maltraitance et la conduite à tenir (14). Les messages de prévention pouvant être donnés au comptoir sur les pleurs du nourrisson concernent la durée des pleurs. Les causes et les raisons de ces pleurs sont à expliquer aux parents pour qu'ils sachent comment calmer et apaiser le bébé. Cette liste n'est pas exhaustive, et c'est pour cela qu'il peut être difficile de calmer les pleurs du bébé. En revanche, en cas de pleurs insupportables, le pharmacien d'officine doit conseiller systématiquement aux parents de poser doucement le bébé sur le dos, dans son lit, de quitter la pièce pour aller prendre l'air quelques minutes et surtout d'appeler à l'aide de la famille, des amis ou le voisinage. En aucun cas, il ne faut rester seul.

Actuellement, la prévention primaire du SBS n'est pas fréquente au sein des officines françaises. Un certain nombre de freins peuvent être à l'origine de cette faiblesse. Parmi eux, le manque de connaissances relatif au SBS en est certainement l'élément responsable dans la prévention primaire. La méconnaissance des moyens de prévention mis à disposition des professionnels de santé peut également limiter la prévention. De plus, il n'existe que très peu ou pas d'informations sur les pleurs du bébé et notamment sur la physiologie de ces pleurs. Il est alors difficile sans connaître le mécanisme des pleurs du bébé de transmettre une information pour les calmer.

On peut se poser la question du souhait des pharmaciens de réaliser ce genre de prévention, et on pourrait se demander s'ils se sentent concernés par le SBS.

La relation de confiance évoquée précédemment entre le patient et le pharmacien peut freiner l'envie du pharmacien à réaliser une prévention SBS. En effet, peut s'instaurer une peur du futur relationnel avec le patient ou peur de la réaction de certains parents pouvant se sentir jugés ou stigmatisés.

Une multitude de professionnels de santé prend en charge une même patiente au cours de la grossesse mais aussi après la naissance de l'enfant. Des messages de prévention sont présentés à différents moments et sous diverses formes, à l'écrit ou oralement, ou *via* des petits films / présentations.

La **prévention secondaire** a quant à elle vocation à protéger l'enfant, à le mettre en sécurité. Une consultation médicale voire une hospitalisation peut être envisagée. Un appel au SAMU centre 15 permet d'orienter la prise en charge médicale en urgence si l'enfant est symptomatique.

Le secouement est une **infraction pénale** devant être signalée au Procureur de la République au titre de la protection de l'enfant avec copie au président du conseil départemental, qu'il soit suspecté, probable ou certain (102).

À la suite du signalement, le Procureur de la République procède à la délivrance d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) pour protéger l'enfant de la personne le mettant en danger. C'est une mesure prise par le juge des enfants pour protéger un mineur en danger.

Le professionnel qui signale n'encourt aucune poursuite grâce à l'article 226-14 du Code pénal précédemment cité. En revanche, il ne doit pas s'agir d'une dénonciation calomnieuse envers le patient et le professionnel ne doit pas être de mauvaise foi, ou avoir pour simple intention de nuire.

IV. ACTIONS DE PREVENTION CONCRETES ET ACTIONS POUVANT ETRE MENEES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE

IV.1. Communication menée par l'association « Les maux-les mots pour le dire »

L'association « **Les Maux – Les Mots pour le dire** » (27) est une association « loi 1901 » à but non lucratif, œuvrant contre les violences faites aux enfants. Elle a été fondée en 2015 par Maître Danielle Gobert, avocate au barreau de Lille et Présidente de l'association, le Professeur Matthieu Vinchon et le Docteur Martine Beaussart, tous deux médecins et vice-présidents de l'association, et a pour mission la **lutte contre toutes les formes de maltraitance infantile, et en particulier le SBS.**

Son rôle est d'informer les professionnels de la santé, de la petite enfance et de la justice sur le SBS dans le but de mettre en place des actions de prévention lors de conférences ou de journées dédiées à ce phénomène. Par ailleurs, des conférences à destination du grand public sont aussi organisées.

Dans le cadre de mon travail de Thèse, j'ai pris contact avec cette association qui m'a proposé d'intervenir, lors de la journée de prévention à destination des professionnels, intitulée « La prévention du syndrome du bébé secoué », le 12 novembre 2019 (**Annexe 4**), au sujet de « L'information et la prévention du syndrome du bébé secoué en officine de pharmacie » afin de communiquer sur les nouveautés en prévention et surtout de montrer en quoi le pharmacien d'officine peut jouer un rôle dans la mise en place d'action de prévention. (**Annexe 5**).

Inclure le pharmacien d'officine dans une démarche de prévention du SBS est fondamental pour viser tous les publics, à différents moments de la vie du bébé. Pour parvenir au mieux à faire passer un message, le pharmacien doit recevoir une formation sur la maltraitance ou tout au moins des informations concernant le SBS.

Le but de la mise en œuvre d'actions de prévention est d'agir sur la gestion des pleurs. Il va falloir que les parents sachent décrypter ces pleurs, apprennent à connaître le bébé et répondent à ses besoins exprimés.

IV.2. Autres outils de communication

- Le thermomètre de la colère

Le CHU de Sainte Justine à Montréal a déclaré en 2002 que la prévention du SBS apparaît comme l'une de ses priorités en matière de promotion de la santé. Un projet global de prévention appelé Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué (PPPSBS) a été instauré par Mme Fortin au CHU Sainte-Justine de Montréal depuis 2002 (103). Il permet de prévenir la violence faites aux enfants et notamment les secousses du SBS, et de donner les clés pour agir en situation de perte de contrôle.

Le PPPSBS se décompose en 2 parties :

- La **phase 1** du PPPSBS est une **prévention primaire**, c'est-à-dire la **présentation** et la **gestion des pleurs** du nourrisson, les émotions ressenties par les parents et le SBS. Cette phase est réalisée **en sortie de maternité**, et proposée **à tous les parents**.
- La **phase 2** du PPPSBS s'appuie sur un outil appelé « **le thermomètre de la colère** » (104) qui a pour but de présenter les **différents états émotionnels du parent face aux pleurs du nourrisson** et d'agir en conséquence (**Annexe 6**).

Le thermomètre de la colère

Le thermomètre de la colère est un dispositif matériel permettant de gérer et maîtriser la colère de l'adulte qui s'occupe de l'enfant. Il a été mis en évidence comme étant un outil de lutte contre le SBS. Il permet d'indiquer aux parents la conduite à tenir en fonction du niveau de colère dans lequel ils se trouvent. Le thermomètre de la colère se présente comme une jauge illustrant la progression des émotions, du questionnement sur les pleurs jusqu'à l'exaspération et la colère. En fonction du degré de colère, des conseils sont affichés afin d'éviter de commettre un secouement. Cet outil peut être présenté par tous les professionnels rencontrant les parents ou les personnes s'occupant d'enfants.

Chaque année au Québec, environ 30 bébés sont secoués et amenés au CHU de Sainte Justine pour une prise en charge. Quatre-vingt-dix pour cent de ces jeunes enfants ont aussi moins de 6 mois (103).

- Dépliant d'information de l'association « Stop Bébé Secoué »

L'association « Stop Bébé Secoué » a réalisé un support d'information sous forme de dépliant sur les conseils à adopter en cas d'exaspération face aux pleurs du nourrisson. (**Annexe 7**). Les numéros d'urgence et lignes d'écoute sont aussi mentionnés pour aider les parents.

- Livret « Première Naissance »

Un ajustement tempéré entre le bébé et les parents est nécessaire afin de comprendre la communication entre deux langages différents. Pour cela, un « Livret Première Naissance » (106) initié par le ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes (Laurence Rossignol) a été édité en 2017. Il permet un accompagnement des parents lors de l'arrivée de leur premier enfant, et constitue une aide à l'organisation de la nouvelle vie avec le bébé. Il contient de nombreux conseils et apporte aux parents des repères essentiels comme le comportement et le développement de l'enfant.

Les pleurs sont détaillés dans une des parties et le SBS est rapidement abordé quand les pleurs deviennent insupportables. Des messages explicites sont inscrits comme « Surtout, ne secouez pas votre bébé ! Secouer un bébé peut le tuer ou le laisser handicapé à vie. »

- Brochures, affiches et documents

D'autres outils sont mis à la disposition des parents, ou peuvent être conseillés par les professionnels de santé telle que la brochure « Sortie de maternité : Préparez votre retour à la maison » proposée par la HAS, et qui a pour but d'informer les futurs parents sur les possibilités de suivi pour la maman et son bébé. Ce sont des informations utiles à l'organisation du retour à la maison avec le bébé (106). On peut y lire « *Ne restez pas isolée, parlez aux professionnels de santé qui vous entourent* » et parmi eux, est cité le pharmacien.

Ce document permet de mieux échanger avec les professionnels de santé, ou de PMI qui pourront rendre visite à la maman et au bébé directement à domicile ou dans un centre de PMI en ville.

Des conseils sont également repris dans une brochure destinée aux pleurs du nourrisson lors de la campagne de prévention primaire enfants (0-4 ans) – parents (107). Cette brochure mentionne certaines raisons pour lesquelles le bébé peut pleurer et donne quelques petites astuces pour comprendre et répondre aux pleurs du bébé.

Un certain nombre de brochures documentaires, affiches ou outils éducatifs sur des sujets de santé publique sont déjà disponibles en pharmacie ou téléchargeables, comme le guide « grossesse sans tabac », « Nutrition des enfants et ados pour tous les parents », ou encore une affiche sur « les bons gestes d'hygiène à adopter l'hiver ».

Le Cespharm propose aussi un programme intitulé « Vitrine d'éducation et de prévention pour la santé » (108) qui permet la diffusion, en vitrine ou dans la pharmacie, de message de santé publique selon la saisonnalité. Les objectifs du programme sont de relayer régulièrement des campagnes de santé publique, d'interpeller la curiosité du patient et ainsi, d'instaurer plus facilement le dialogue au comptoir sur l'un de ces thèmes.

Que ce soit durant les trois trimestres de grossesse, avant l'accouchement ou juste après le retour à la maison avec bébé, la femme multiplie les contacts avec différents professionnels de santé y compris le pharmacien d'officine. Grâce à ces nombreuses visites en pharmacie, le pharmacien peut prodiguer des conseils, délivrer des traitements et aussi réaliser une première approche sur le SBS et sa prévention.

- Production personnelle

D'un point de vue plus personnel, il m'a semblé essentiel de créer pour cette Thèse des outils pratiques. Pour cela, j'ai réfléchi à la diffusion potentielle d'une fiche explicative à destination des pharmaciens d'officine et d'un flyer destiné aux patients.

La fiche « pharmacien » comprend des informations relatives au SBS notamment le mécanisme du secouement, les facteurs de risque mais aussi le rôle du pharmacien d'officine dans le cadre de la survenue du secouement.

La fiche « patient » se décline quant à elle sous forme de triptyque, avec la présentation du SBS, les causes des pleurs du nourrisson, et les aides apportées en cas de pleurs insupportables. Des messages de prévention sont par ailleurs mentionnés tels que « Jouer n'est pas secouer, secouer n'est pas un jeu » ou « Il ne faut jamais secouer un bébé ! Secouer tue ou handicape à vie ».

L'objectif final serait la prise de conscience collective de ce problème de santé publique, pourtant évitable, mais qui tue encore chaque année de nombreux enfants. Cette prise de conscience au niveau des politiques est en train d'être observée, notamment avec la nouveauté 2022, la « Bébé Box » constituée de produits de première nécessité, mais aussi de messages de prévention sur la dépression post-partum et bien entendu, sur le SBS.

CONCLUSION

Le syndrome du bébé secoué est un sujet peu ou mal connu du grand public et des professionnels de santé et de la petite enfance. L'incidence du SBS est probablement sous-estimée, en partie à cause du manque de connaissances relative à ce syndrome mais aussi à la méconnaissance de la physiologie des pleurs du nourrissons. La prévention SBS est déjà réalisée dans certains domaines notamment à la maternité de Lille avec le *Crying plan* et les résultats obtenus semblent déjà montrer leur efficacité.

Il est pourtant nécessaire et indispensable de continuer à sensibiliser à la fois les professionnels de la santé tels que les pharmaciens d'officine mais aussi le grand public. C'est pourquoi, évoquer le sujet des pleurs du nourrisson au comptoir de l'officine et faire de la prévention sur le SBS peut s'avérer possible, grâce à la disponibilité, l'écoute et les conseils du pharmacien.

De plus, lors de la 5^e année de pharmacie, les étudiants en santé sont intégrés dans un programme de Service Sanitaire et interviennent auprès des élèves pour réaliser de la prévention sur divers sujets de santé publique (nutrition et alimentation, hygiène bucco-dentaire, ou encore les addictions). Pour ma part, je suis intervenue avec d'autres étudiants en santé (médecine et maïeutique) sur le thème « santé sexuelle et vie affective » dans un lycée professionnel.

La diffusion dans les officines des fiches de prévention réalisées au cours de la Thèse et la mise en place d'une campagne de prévention directement au comptoir sont les objectifs principaux de ce travail de Thèse.

Par la suite, on pourrait imaginer développer une présentation du SBS directement aux étudiants en santé et notamment en pharmacie ainsi qu'aux professionnels de la petite enfance comme les assistantes maternelles.

LE SYNDROME DU BEBE SECOCUE (SBS)

Le SBS

- Maltraitance infantile grave, commise par un adulte sur un bébé
- Perte de contrôle de l'adulte qui saisit le bébé par les bras ou le thorax et le secoue violemment, parfois de façon répétée
- Responsable de séquelles graves à plus ou moins long terme voire du décès du nourrisson
- Association d'un ou plusieurs hématomes sous-duraux avec œdème cérébral et hémorragies rétiniennes

Circonstances de survenue du SBS

- Principalement causé par les pleurs du nourrisson qui exaspèrent les parents les rendant en difficulté face à la gestion du bébé
 - Les pleurs physiologiques du bébé peuvent atteindre 3 heures/jour
- Secouement dans le but de faire cesser l'enfant de pleurer



Mécanisme du secouement

- Mouvements antéro-postérieurs de la tête avec ballotement du cerveau dans la boîte crânienne responsables de nombreuses lésions vasculaires, cérébrales et oculaires
- Répétitions des secousses fréquemment rencontrées dans le SBS, associées ou non à un impact sur une surface.



Signes d'alerte du SBS et modalités de repérage

Négligence
→ Médicale
→ Hygienne
→ Alimentaire

Atteintes corporelles
Brûlures, fractures
plaies, ecchymoses

Situation familiale

De l'enfant :

- Prématuration
- Gémellité
- Handicap

De l'adulte :

- Situation complexe, rupture
- Isolement social, affectif
- Solitude

Exaspération
face aux pleurs du nourrisson

Le SBS peut intervenir dans tous les milieux socio-économiques, culturels et intellectuels.

Rôles du pharmacien d'officine

- **Prévention du SBS à l'officine**, au comptoir ou dans l'espace de confidentialité : à destination des femmes enceintes ou des parents
- Présenter les **numéros d'aide** et de soutien à la parentalité :

Allié enfance en danger : 119 **Allié parents bébé : 0800 003 456**

- **Protéger l'enfant** en envisageant une hospitalisation ou en appelant le 15 en cas d'urgence

- **Signalement** en cas de suspicion de maltraitance au procureur de la République par dérogation au principe du secret médical.



Guide du SBS, Matthieu Vinchon



Association "Les maux-les mots pour le dire"

S.B.S : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le syndrome du bébé secoué résulte d'un geste violent réalisé par un adulte qui perd le contrôle en raison des pleurs incessants du nourrisson.

L'adulte « pète les plombs » et saisit l'enfant par les bras ou le thorax et le secoue brutalement, plusieurs fois.

Le secouement peut être réalisé par tout adulte, issu de toute classe sociale, économique, culturelle et intellectuelle.



Mécanisme de secouement, (Illustration : Association Stop Bébé Secoué)

Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS)

POURQUOI MON BEBE PLEURE ?

Votre bébé peut pleurer plusieurs heures par jour et c'est tout à fait normal.

Votre bébé peut pleurer pour diverses raisons :

- Il a faim
- Il a chaud
- Il a froid
- Il a la couche humide
- Il est fatigué
- Il réclame un câlin
- Il s'ennuie
- Il a mal au ventre
- Il s'exprime

Les pleurs du nourrisson peuvent vous énerver et vous pouvez avoir le sentiment de ne plus réussir à les contrôler ou les supporter.

Il existe des solutions pour vous aider à vous calmer tout en mettant le bébé en sécurité.

Virginie DUBOS, dans le cadre de la Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie "SBS : Rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention", 2021.

QUE PUIS-JE FAIRE SI JE NE SUPPORTE PLUS LES PLEURS DE MON BEBE ?

Il est normal que vous puissiez vous sentir un jour démuni face aux pleurs de votre bébé.

Si c'est votre cas, voici des conseils pour essayer de calmer ses pleurs :

- Le bercer, le promener
- Lui parler doucement
- Changer sa couche
- Lui donner à boire, à manger ou la tétée

Si les pleurs persistent et vous sont toujours insupportables :

- **Demander de l'aide** autour de vous à une personne de confiance (conjoint, ami, voisin...)
- **Coucher le bébé sur le dos** dans son lit et quitter la pièce
- **Parlez-en à votre pharmacien**, il est à l'écoute pour vous aider

Jouer n'est pas secouer

Secouer n'est pas un jeu



Association "Les Mots - les mots pour le dire"

POURQUOI EST-CE DANGEREUX DE SECOUER UN BEBE ?

Le bébé est fragile, surtout sa tête qui n'est pas encore maintenue.

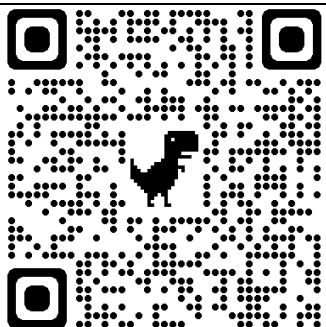
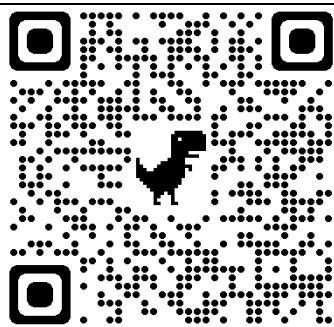
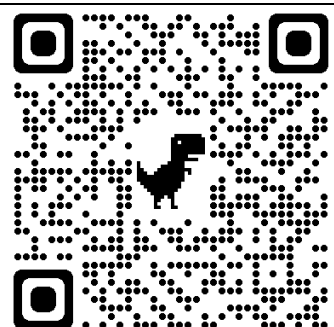
Lors du secouement, son cerveau bascule dans son crâne et les vaisseaux sanguins s'arrachent, saignent et entraînent des lésions cérébrales importantes voire le décès du nourrisson.

**Il ne faut jamais secouer un bébé !
Secouer tue ou handicape à vie**

NUMEROS UTILES ET ASSOCIATIONS

Numéros	Associations
✓ 119 : Enfance en danger	✓ Les Maux – Les Mots pour le dire
✓ 15 : SAMU	✓ Stop Bébé Secoué
	✓ Enfance et Partage

ANNEXES

Association	Les maux – les mots pour le dire 	Enfance et partage 	Stop bébé secoué 
Coordonnées	Adresse : 31, rue du général de Gaulle, 59110 La Madeleine France Mail : contact@lesmauxlesm otspourledire.fr	Stop maltraitance : 0800 05 12 34 Allô Parents Bébé : 0800 00 34 56	SOS Parentalité : 0974 76 39 63 Appels d'urgence : 112 Enfance en danger : 119
Objectifs	Lutter contre la maltraitance des enfants - Informer, former et prévenir la maltraitance infantile dont le syndrome du bébé secoué	Mettre en place des actions de prévention Apporter une écoute et un soutien grâce aux numéros verts	Sensibiliser le grand public et les professionnels Informer, échanger et accompagner les parents
QR code			

Annexe 1 : Présentation des différentes associations citées au cours de la Thèse et qui luttent contre la maltraitance, notamment contre le SBS



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

Modalités de saisine des forces de l'ordre (police ou gendarmerie) par les pharmaciens face à des signalements de violences intrafamiliales

Professionnel de premier recours, vous pouvez être en relation avec des victimes ou des témoins de violences intrafamiliales.

Le pharmacien peut ainsi constituer un point d'appui essentiel afin d'alerter les forces de l'ordre pour leur permettre d'intervenir en urgence.

S'il ne revient pas au pharmacien de recueillir les déclarations de la victime ou du témoin, le premier contact avec ces derniers peut néanmoins être déterminant.

Il conviendra ainsi d'adopter une attitude bienveillante, respectueuse et de ne pas banaliser ou minimiser les faits dénoncés.

Pour faciliter la prise en charge des personnes concernées par les forces de l'ordre, nous invitons les membres de l'équipe officinale à suivre les recommandations suivantes :

Une personne se présente en pharmacie et évoque spontanément des violences dont elle aurait été victime ou témoin au sein de son foyer.



La personne indique clairement avoir été victime de violences ou en avoir été témoin à l'encontre d'un membre de son foyer, particulièrement les enfants, au domicile familial.

Recommandations :

Installez la victime dans l'espace de confidentialité de l'officine, au calme et à l'abri de la vue du public, et recueillez, avec son accord, les informations utiles la concernant (identité, adresse, coordonnées téléphoniques).

À l'abri des regards, avec l'accord de la victime, composez le 17, les forces de l'ordre prendront attache avec la victime et évalueront la gravité de la situation. Elles prendront les mesures immédiates assurant sa mise en sécurité ou celle de ses proches.

Proposez à la victime d'attendre dans l'officine dans un local à l'abri de la vue du public.

Que faire si la victime ne souhaite pas l'intervention des forces de l'ordre ou n'a pas le temps d'attendre leur venue au sein de la pharmacie ?



Proposez la remise discrète du flyer au format de carte bleue (joint au présent) ou invitez la victime à le prendre en photographie. Proposez-lui d'appeler pour une aide, selon son souhait, son médecin traitant ou sa sage-femme pour une femme enceinte, son infirmier(e) ou tout professionnel de santé intervenant dans une prise en charge en cours, le 15, un avocat (voir p. 2) ou une association s'occupant des femmes ou des mineurs victimes de violences (voir p. 2) Rappelez-lui les coordonnées des forces de l'Ordre (17) ou leur accessibilité par le biais du tchat sur le portail des violences sexuelles ou sexistes, ainsi que des services d'accompagnement (39.19 et 119). Pensez à lui demander si des enfants sont présents à son domicile, ils peuvent être en danger.

Annexe 2 : Fiche reflexe pharmacien sur les violences conjugales (1/2). (Cespharm)

Informations utiles à destination du public et des victimes :

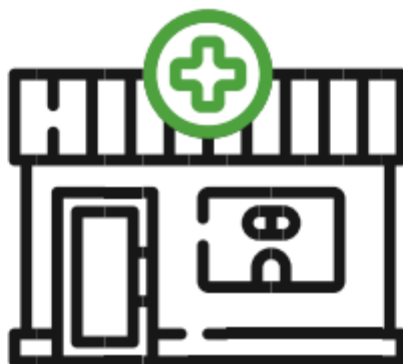


- ➡ Vous pouvez utilement mettre à la disposition du public au sein de votre pharmacie le flyer « violences conjugales » figurant ci-dessous.
- ➡ Le portail de signalement des violences sexuelles ou sexistes fonctionne 24/24 et 7/7, il permet d'entrer en relation par tchat avec un policier ou un gendarme spécifiquement formé, depuis un mobile ou un ordinateur, de façon tout à fait anonyme, aux adresses suivantes :
www.signalement-violences-sexuelles-sexistes.gouv.fr ;
ou depuis le site service-public.fr.
- ➡ Il existe des associations nationales ou locales pouvant prendre en charge les personnes concernées.
Elles sont référencées sur le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr.
- ➡ Le numéro d'appel 3919 violences femmes info est un numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme (ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 22h, samedi et dimanche et jours fériés, de 9h à 18h). Ce numéro n'est pas repérable sur les factures et les téléphones. Ce numéro pourrait utilement être repris sur les écrans vidéos ou sur les tickets de caisse.
- ➡ Le numéro d'appel 119 « Allo enfance maltraitée » est un numéro gratuit d'écoute au service de l'enfance en danger. Ce numéro n'est également pas repérable sur les factures de téléphone.
- ➡ Par SMS en recourant au 114. Les victimes de violences intrafamiliales peuvent appeler les urgences par un mode de communication silencieux en recourant au 114, numéro d'urgence destiné aux personnes sourdes et malentendantes.
- ➡ Il existe une permanence téléphonique gratuite mise en place par le Conseil national des Barreaux à destination des professionnels amenés à accueillir et/ou prendre en charge des victimes de violences intrafamiliales : 01 76 40 17 71.
- ➡ Vous pouvez télécharger sur le [site du CESPHARM](#) des affiches en lien avec la protection des personnes sujettes aux violences familiales

Annexe 2 : Fiche réflexe pharmacien sur les violences conjugales (2/2). (Cespharm)

Violences familiales :

face au danger, **votre
pharmacien** est là



Annexe 3 : Violences familiales : l'officine comme lieu d'alerte. (Cespharm)

8h00-8h45	Accueil, inscriptions
8h45-9h15	Ouverture : Monsieur Xavier BERTRAND, Président de la Région Hauts-de-France (sous réserve), Monsieur Yves DUSART, Vice-Président au Département du Nord, Délégué à l'Enfance, la Famille et la Jeunesse (sous réserve), Madame Marguerite CHASSAING, Conseillère départementale, Canton de Lille 1, Madame Danielle GOBERT, Avocate et Présidente de l'association "LES MAUX LES MOTS POUR LE DIRE"
9h15-9h30	Les actions de prévention sur la région Hauts-de-France - Dr Elisabeth VERITE, Chargée de mission femmes-mères-enfants, ARS Hauts-de-France
9h30-10h45	Nouveautés en prévention : L'expérience québécoise - Dr Jean-Yves FRAPPIER, Pédiatre, CHU Sainte-justine de Montréal L'expérience française - Dr Thameur RAKZA, Pédiatre en maternité, Hôpital Jeanne de Flandres; Pr Matthieu VINCHON, Neurochirurgien CHU de Lille
10h45-11h15	Pause café, visite des stands
11h15-12h15	Actions de prévention en PMI - Dr Anne HUC, Responsable PMI Santé, Direction territoriale métropole Lille, Département du Nord Rôle de l'association "Les Maux Les Mots pour le dire" : Dr Martine BEAUSSART, Vice-présidente de l'association Information et prévention en officine de pharmacie : Madame Virginie DUBOS, Etudiante en pharmacie
12h15-12h30	Questions animées par M. Adrien LANOY, Journaliste à Grand Lille TV
12h30-13h30	Pause déjeuner (aux alentours)
13h30-15h30	Reconstitution d'un procès d'Assises, animée par M. Adrien LANOY Audience présidée par Mme la présidente Josette CAUBET, Magistrat Médecin réanimateur-pédiatrique, CHU Lille: Dr Marie-Emilie LAMPIN Enquêteur: M. David SYMOENS, Policier Groupe d'appui judiciaire de Tourcoing Médecin légiste, expert auprès des tribunaux: Dr Nathalie NOULE Procureur de la République; substitué par M. Jean-Michel Faure, Premier Vice-président du TGI de Lille Avocats au barreau de Lille: Maitres Catherine POUZOL et Nicolas VANDEN BOSSCHE Débriefing et Conclusion: Pr Matthieu VINCHON, Neurochirurgien, CHU Lille
15h30-16h	Pause café, visite des stands
16h-17h	Réflexions sur la parentalité Le maltraitant est-il un ancien maltraité? - Professeur Pierre DELION, Pédiopsychiatre et Psychanalyste Le parent de demain: un robot? - Dr A. DE BROCA, Neuropédiatre (CHU Amiens), Philosophe, Directeur ERER Hauts de France
17h-17h15	Questions
17h15-18h00	Forum des associations Association Enfance et partage: Madame Elisabeth DELQUIGNIE Réseau TC/AVC 59/62: Dr Odile KOZLOWSKI, administratrice
18h00-18h15	Clôture de la journée Perspectives: mise en place d'un plan national de prévention (rôle des associations, de la Haute Autorité de Santé, des médias)

L'association « Les Maux les Mots pour le Dire », vous convie
À la conférence « La prévention du syndrome du bébé secoué »:
Le 12 novembre 2019 de 08h00 à 18h00
Au Nouveau Siècle à LILLE



Entrée: Payante pour les non-adhérents: 25 euros

Adhérents et étudiants : GRATUIT

Votre adhésion (20 €, déductible des impôts) à l'association Les Maux Les Mots pour le Dire lui permettra d'être reconnue d'utilité publique .

Possibilité de déjeuner aux alentours

Réponse souhaitée pour le 15 octobre 2019 au plus tard

Inscription sur le site uniquement <https://lesmauxlesmotspourledire.fr>



Annexe 4 : Programme de la conférence « La prévention du syndrome du bébé secoué », 12 novembre 2019, Lille

La prévention du Syndrome du Bébé Secoué (SBS)

Informations et prévention en pharmacie d'officine



VIRGINIE DUBOS
Étudiante en 6^e année de pharmacie



Conférence du 12/11/2019,
Lille

OUTILS CRÉÉS ET À METTRE EN PLACE

Outils à mettre en place

Journée de
prévention du
SBS du 12
Novembre 2019

→ Résumé des
points-clés de la
prévention du SBS

Fiche résumée à
destination des
pharmaciens
d'officine

→ Adaptation avec
les messages à faire
passer au patient

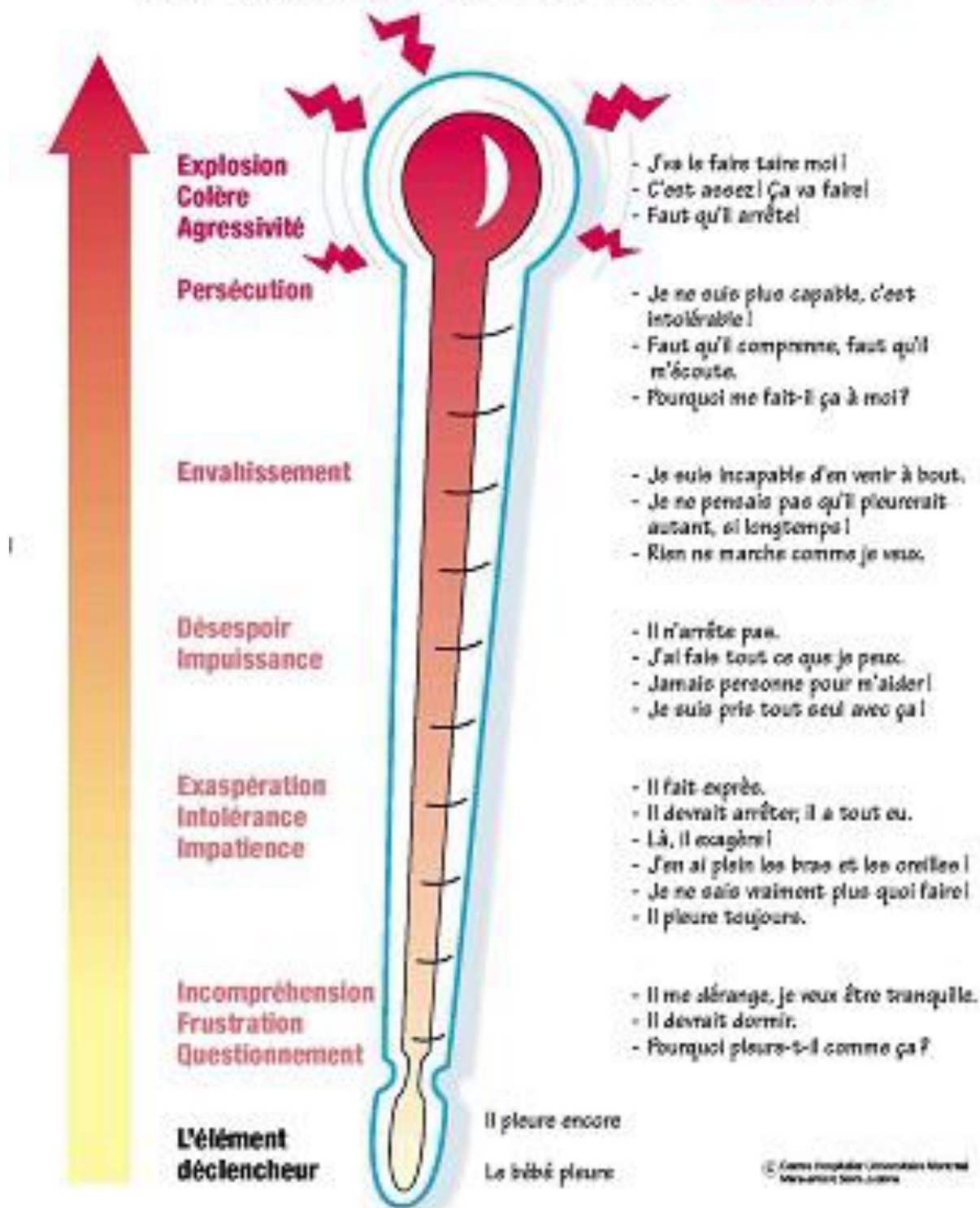
Fiche
d'informations
destinée au
grand public

→ Les pleurs du
bébé et conseils
Rappel des dangers

Annexe 5 : Diaporama réalisé pour la conférence du 12 novembre 2019

Prévention du syndrome du bébé secoué

Thermomètre de la colère



Annexe 6 : Le thermomètre de la colère issu du Programme Périnatal de Prévention du Syndrome du Bébé Secoué (PPPSBS)

Conseils

Un bébé peut beaucoup pleurer dans les premiers mois de sa vie. Si vous sentez exaspéré par les pleurs, dépassé, à bout :

-  **Posez le bébé dans son lit doucement.**
-  **Eloignez-vous de lui et quittez la pièce.**
-  **Faites appel à quelqu'un pour en discuter ou prendre le relai (conjoint, parent, ami, ligne d'écoute).**
-  **Retournez voir le bébé régulièrement.**
-  **Attendez de vous calmer avant de reprendre le bébé dans vos bras.**

Un bébé est en sécurité dans son lit même s'il pleure. Un bébé est en danger dans les bras d'un adulte exaspéré.

L'association

Stop Bébé Secoué est une association dont le but est l'information et la prévention du Syndrome du Bébé Secoué (S.B.S.) auprès du Grand Public, des professionnels de Santé et de la Petite Enfance en France.

Informez pour permettre la prise de conscience.

Prévenez pour protéger des vies.

STOP
BÉBÉ SECOUÉ

Lignes d'écoute

Familles	
Allo Parents Bébé	0 800 00 3456 Service à appel gratuit
SOS Parentalité	0 974 76 3963 Consulte et accompagnement après l'acte
Professionnels de la petite enfance	
VOTRE PMI	
IRCEM (24h/24 - 7j/7)	0 800 80 2027 appel gratuit dépendant de l'âge
Autres	
Appels d'urgence	112
Enfance en danger	119

contact@stopbebesecoue.fr



Stop Bébé Secoué est une association loi 1901 dédiée à l'information et la prévention du Syndrome du Bébé Secoué. Ne pas prioriser sur la voie publique.

Syndrome du Bébé Secoué

TOUS CONCERNÉS !



SBS :
Secouer,
c'est quoi ?

Le SBS est une maltraitance infantile dont tous les bébés peuvent être victimes.
Ensemble, protégeons les.
Pour en savoir plus : stopbebesecoue.fr

STOP
BÉBÉ SECOUÉ



Annexe 7 : Support d'information et de sensibilisation du SBS. (Stop Bébé Secoué)

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Association canadienne de santé publique. Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatr Child Health*. 2001 Nov;6(9):673-7.
- (2) Mignot C. Enjeux de la protection de l'enfant contre la maltraitance. *Après-demain*. 2019 Nov;(49,NF):32-33.
- (3) Rebuffat E. Shaken baby syndrome. *Med Brux*. 2009 Sep;30(4):234-8.
- (4) Hung KL. Pediatric abusive head trauma. *Biomed J*. 2020 Jun;43(3):240-250.
- (5) Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatr Annals*. 1989 Aug;18(8):482-4, 486-9, 492-4.
- (6) Laurent-Vannier A. Syndrome et séquelles du bébé secoué. *Les Cahiers de la Justice*. 2018;1:47-53.
- (7) Biron D, Shelton D. Perpetrator accounts in infant abusive head trauma brought about by a shaking event. *Child Abuse & Neglect*. 2005 Déc;29(12):1347-58.
- (8) Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive Head Trauma: Judicial Admissions Highlight Violent and Repetitive Shaking. *Pediatrics*. 2010 Sep;126(3):546-55.
- (9) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique. *49e Assemblée Mondiale de la Santé : Résolution WHA 49.25*. 1996.
- (10) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial sur la violence et la santé. [En ligne]. 2002 (consultée le 17/12/2020). Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- (11) Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health*. 1995;1:2-9.
- (12) Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68-81.
- (13) Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas). Définition de l'enfant en danger [En ligne]. 2015 (consultée le 17/12/2020). Disponible sur : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
- (14) Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche Mémo : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. [En ligne]. 2017 (consultée le 09/08/2020). Disponible sur : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
- (15) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La maltraitance des enfants [En ligne]. 2020 (consultée le 19/01/2020). Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- (16) Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Enfances Psy*. 2008 Nov 6;39(2):174-8.
- (17) Labbé J. Ambroise Tardieu : the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Neglect*. 2005 Apr;29(4):311-24.
- (18) Haute Autorité de Santé (HAS). Synthèse bibliographique issue de l'Audition publique sur le diagnostic de secouement [En ligne]. 2011 (consultée le 13/01/2021). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201109/bb_secoue_audition_publique_synthese_bibliographique_sofmer
- (19) Sherwood D. Chronic subdural hematoma in infants. *The American Journal of Diseases of Children*. 1930 ;39(5):980-1021.
- (20) Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1946 Aug;56(2):163-73.
- (21) Caffey J. On the theory and practice of shaking infants – Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *The American Journal of Diseases of Children*. 1972;124:161-9.
- (22) Jlalila Z, Znaigui T, Smida M. Battered child syndrome : clinical and radiological aspects. *The Pan African Medical Journal*. 2016 May 20;24:68.
- (23) Caffey J. The Whiplash Shaken Infant Syndrome : Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation. *Pediatrics*. 1974 oct 1;54(4):396-403.
- (24) Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM). [En ligne]. (consultée le 12/01/2021). Disponible sur : <http://www.afirem.fr/>
- (25) Association Enfance et Partage. [En ligne]. (consultée le 12/01/2021). Disponible sur : <https://enfance-et-partage.org/notre-mission/notre-engagement/>
- (26) Association Stop Bébé Secoué. [En ligne]. (consultée le 12/01/2021). Disponible sur : <https://stopbebesecoue.fr/nos-actions/>
- (27) Association Les Maux-Les Mots pour le Dire. [En ligne]. (consultée le 07/08/2019). Disponible sur : <https://lesmauxlesmotspourledire.fr/>
- (28) Mireau E. Maltraitance du nourrisson : le syndrome du bébé secoué. *Laennec*. 2008 Jan;(56):18-25.
- (29) Haute Autorité de Santé (HAS). Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, recommandation de bonne pratique [En ligne]. 2017 (consultée le 10/09/2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement

- (30) Radiologie et imagerie médicale (Radeos). Fiche de cours collaborative au sujet de la maladie Syndrome du bébé secoué [En ligne]. 2019 (consultée le 12/01/2021). Disponible sur : https://www.radeos.org/maladie/fiche-syndrome-du-bebe-secoue_1754.html
- (31) World Health Organisation (WHO). Fragile brain, handle with care. *Bull World Health Organ*. 2009;87:330-1.
- (32) Nassogne M.C., Bonnier C. Diagnostic et devenir à long terme du bébé secoué. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2001;14(4):235-9.
- (33) Lind K, Laurent-Vannier A, Toure H, Brugel D-G, Chevignard M. Le syndrome du bébé secoué : les séquelles ?. *Archives de pédiatrie*, 2013 Jun;12(3):446-8.
- (34) Talarowska M, Florkowski A, Mossakowska J, Gałeczki P. Zespół dziecka potrasanego jako rodzaj przemocy domowej [The shaken baby syndrome as a kind of domestic abuse]. *Pol Merkur Lekarski*. 2010 Jul;29(169):70-3.
- (35) Thomas N. Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant. Première année [En ligne]. 2003 (consultée le 02/09/2020). Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.2.html>
- (36) Renier D. Le bébé secoué : traumatisme crânien du nourrisson. Karthala;2001.
- (37) Mireau E. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance. À propos d'une série de 404 cas [Thèse de Doctorat en Médecine]. Versailles : Université Paris V René Descartes; 2005.
- (38) Laurent-Vannier A. Des séquelles irréversibles. *Ecole Parents*. 2014;610(5):28-9.
- (39) Haute Autorité de Santé (HAS), SOFMER. Audition publique, Syndrome du bébé secoué : Rapport d'orientation de la commission d'audition [En ligne]. 2011 (consultée le 13/01/2021). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue + audition publique
- (40) CHU Sainte-Justine. Syndrome du bébé secoué (SBS) : Tout ce qu'il faut savoir [En ligne]. 2018 (consultée le 22/01/2021). Disponible sur : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Tout-ce-qu-il-faut-savoir>
- (41) Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport d'orientation de la commission d'audition. La HAS réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué [En ligne]. 2017 (consultée le 20/01/2021). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf

- (42) Adamsbaum C, Rey-Salmon C. Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier; 2013;38-55.
- (43) Haute Autorité de santé (HAS). Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, démarche diagnostique [En ligne]. 2017 (consultée le 10/01/2021). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf
- (44) Leroy B, Renier D, Meyer Ph. Prise en charge en réanimation des traumatismes crâniens non accidentels de l'enfant « Syndrome du bébé secoué ». *SFAR, 53^e congrès national d'anesthésie et de réanimation*, 2011.
- (45) Bonnier C, Nassogne M.C, Husson I. *et al.* Sévices et développement cérébral. Devenir des enfants secoués. Flammarion (Médecine Sciences), Paris, 1996;173-178.
- (46) Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. *15^e congrès national de pédiatrie ambulatoire*. Saint Malo. 2007 Jun 24.
- (47) Bydlowski-Aidan S, Jousseme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2008;21(5–6):204-8.
- (48) Société Française de pédiatrie, Pas à Pas en Pédiatrie. Pleurs excessifs du nourrisson [En ligne]. (consultée le 03/02/2020). Disponible sur : <https://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
- (49) Barr RG. The normal crying curve: What do we really know?. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1990;32:356-62.
- (50) Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Les pleurs du nourrisson [En ligne]. (consultée le 12/02/2021). Disponible sur : <https://www.chu-nantes.fr/les-pleurs-du-nourrisson>
- (51) Brazelton TB. Crying in Infancy. *Pediatrics*. 1962 Apr 1;29(4):579-88.
- (52) Jenni O. Enfants bruyants, parents désespérés : Pleurs du nourrisson et développement de la régulation sommeil/veille [En ligne]. 2016 (consultée le 16/06/2021). Disponible sur : <https://primaryhospital-care.ch/fr/article/doi/phc-f.2016.01359/>
- (53) Reijneveld SA, Emily Brugman E, Hirasing RA. Excessive Infant Crying: The Impact of Varying Definitions. *Pediatrics*. 2001;108:893-7.
- (54) Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child*. 2001;84:398-403.
- (55) Zeifman DM. An ethological analysis of human infant crying : answering Tinbergen's four questions. *Dev Psychobiol*, 2001;39:265–85.

- (56) Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics*, 1998;102:1282-6.
- (57) Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954;14:421-35.
- (58) Groupe Francophone d'Hépatologie-Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP). Coliques du nourrisson [En ligne]. 2018 (consultée le 05/09/2020). Disponible sur : <https://www.gfhgnp.org/recommandations-et-documents/coliques-du-nourrisson/>
- (59) Callahan CW. Increased gastroesophageal reflux in infants : can history provide an explanation? *Acta Paediatr*. 1998;87:1219-23.
- (60) Barr RG. Normality: a clinically useless concept. The case of infant crying and colic. *J Dev Behav Pediatr*. 1993;14:264-70.
- (61) Israël J. Les pleurs de bébé : « Quipuniquei ». *Spirale*. 2012 Dec 10; 62(2):16-25.
- (62) Bellaïche M, Odasso F. Le pédiatre qui danse avec les bébés. *Ecole Parents*. 2014;610(5):26-7.
- (63) Vinchon M. Le guide du bébé secoué [En ligne]. 2017 (consultée le 10/01/2020). Disponible sur : <https://neurochirurgiepediatrique.files.wordpress.com/2017/08/le-guide-du-bc3a9bc3a9-secouc3a9-18oct28.pdf>
- (64) Tavernier M, Ganga-Zandzou P. Le syndrome de l'enfant secoué : enquête auprès des femmes en suites de couches. *Arch Pediat*. 2006 ;13(1):87- 88.
- (65) La Voix du Nord. Syndrome du bébé secoué : le secoueur a souvent été une victime [En ligne]. 2016 (consultée le 07/03/2020). Disponible sur : <https://www.lavoixdunord.fr/409/article/2016-05-12/syndrome-du-bebe-secoue-le-secoueur-souvent-ete-une-victime>
- (66) Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France : retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Neglect*. 2010 Jul;34(7):534-44.
- (67) Grand Lille TV. 250 « bébés secoués » sont morts ou handicapés dans le Nord-Pas-de-Calais en 10 ans [En ligne]. 2019 (consultée le 07/03/2020). Disponible sur : <https://www.grandlille.tv/250-bebes-secoues-sont-morts-ou-handicapes-dans-le-nord-pas-de-calais-en-10-ans/>
- (68) Parrish J, Baldwin-Johnson C, Volz M, Goldsmith Y. Abusive head trauma among children in Alaska : a population-based assessment. *Int J Circumpolar Health*. 2013 Aug 5;72.

- (69) King WJ, MacKay M, Sirnick A, Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada : clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2003 Jan 21;168(2):155-9.
- (70) Les Maux-Les Mots pour le Dire. Présentation de madame Sylvie Fortin [En ligne]. 2017 (consultée le 16/06/2021). Disponible sur : <https://lesmauxlesmotspourledire.fr/2017/09/29/585/>
- (71) Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant. Connaissances des professionnels de la santé et de l'enfance sur le SBS [En ligne]. 2013 (consultée le 26/08/2019). Disponible sur : syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2013/11/Connaissances-des-professionnels-de-la-santé-et-de-lenfance-sur-le-SBS-F.-Quiriau.pdf
- (72) Observatoire national petite enfance. Résultats Rapport 2017. [En ligne]. 2017 (consultée le 22/03/2020). Disponible sur : https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Presse/Communiqu%C3%A9s%202018/R%C3%A9sultats_%20Rapport%202017_Observatoire_%20national_petite%20enfance%2023jan2018.pdf
- (73) Taşar MA, Dallar Bilge Y, Şahin F, Çamurdan A, Beyazova U, Polat S, et al. Shaken Baby Syndrome Prevention Programme : A Pilot Study in Turkey. *Child Abuse Rev*. 2015 Apr 3;24(2):120-8.
- (74) Friedman J, Reed P, Sharplin P, Kelly P. Primary prevention of pediatric abusive head trauma : a cost audit and cost-utility analysis. *Child Abuse Neglect*. 2012 Dec;36(11-12):760-70.
- (75) Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011 [En ligne]. 2017 (consultée le 13/03/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf
- (76) Ordre National des Pharmaciens (ONP). La démographie des pharmaciens [En ligne]. 2020 (consultée le 30/09/2021). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/506717/2312917/version/2/file/LA-DeMOGRAPHIE-2020-d%C3%A9pliant+maquette.pdf>
- (77) Rapport IGAS-IGF. La régulation du réseau des pharmacies d'officine [En ligne]. 2016 (consultée le 26/11/2020). Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article559>
- (78) Ipsos. Les Français et leur pharmacien [En ligne]. 2008 (consultée le 06/01/2021). Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-leur-pharmacien>

- (79) Ordre National des Pharmaciens. Le DP - Nos missions [En ligne]. 2019 (consultée le 06/01/2021). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Le-role-de-l-Ordre-dans-les-missions-de-sante-publique/Le-DP>
- (80) Légifrance. Code de la santé publique, Article R4235-48 [En ligne]. 2004 (consultée le 07/01/2021). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/
- (81) Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin* 2008;27:201-4.
- (82) Fougere É. La vaccination antigrippale à l'officine en pratique. *Actual Pharm*. 2019 oct;58(589):34-8.
- (83) Ordre National des Pharmaciens (ONP). Violences familiales : l'officine comme lieu d'alerte [En ligne]. 2020 (consultée le 30/09/2021). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Violences-familiales-l-officine-comme-lieu-d-alerte>
- (84) Cespharm. Affiches violences familiales [En ligne]. 2020 (consultée le 30/09/2021). Disponible sur : [http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/\(theme\)/48263/](http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/(theme)/48263/)
- (85) Ordre National des Pharmaciens (ONP). La coopération interprofessionnelle. Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets [En ligne]. 2016 (consultée le 06/01/2021). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/layout/set/print/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
- (86) Haute Autorité de Santé. Présentation générale [En ligne]. 2019 (consultée le 14/09/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
- (87) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Promotion de la santé, chartre d'Ottawa [En ligne]. 1986 (consultée le 16/11/2020). Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- (88) Cespharm. Développer la prévention – synthèse [En ligne]. 2020 (consultée le 01/03/2020). Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Developper-la-prevention-synthese>
- (89) Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne]. 2005. (consultée le 15/09/2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- (90) Mikou S, Buire AC, Trenque T. Automédication chez la femme enceinte. *Thérapies*, 2008;63,(6):415-18.

- (91) Inserm. Surconsommation médicamenteuse des femmes enceintes en France [En ligne]. 2017 (consultée le 01/03/2020). Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/surconsommation-medicamenteuse-des-femmes-enceintes-en-france/29879/>
- (92) Nations unies Droits de l'Homme. Convention relative aux droits de l'enfant, Article premier [En ligne]. 1990 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- (93) Humanium. Déclaration des Droits de l'Enfant du 20 Novembre 1959 - Texte intégral [En ligne]. 1959 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/texte-integral-declaration-droits-enfant-1959/>
- (94) UNICEF France. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [En ligne]. 2019 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
- (95) Sénat. Proposition de loi relative à la maltraitance [En ligne]. 2020 (consultée le 07/03/2020). Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l99-204/l99-2041.html>
- (96) Légifrance. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique [En ligne]. 2018 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000036782372/2018-03-26/#LEGIARTI000036782372>
- (97) Légifrance. Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (Articles 226-13 à 226-14) [En ligne]. 2020 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000042193510/2020-08-01/#LEGIARTI000042193510>
- (98) Légifrance. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé - Article 1 [En ligne]. 2015 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031424650/>
- (99) Légifrance. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique [En ligne]. 2020 (consultée le 19/11/2020). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006171370/#LEGISCTA000020890194
- (100) Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé [En ligne]. 2019 (consultée le 14/01/2020). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>

- (101)** Ameli. Syndrome du bébé secoué [En ligne]. 2020 (consultée le 08/03/2020). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/bebe-enfant/syndrome-bebe-secoue>
- (102)** Haute Autorité de santé (HAS). Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement, aspects juridiques [En ligne]. 2017 (consultée le 10/01/2021). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_3_bebe_secoue.pdf
- (103)** Fortin, S., Frappier, J.Y., Déziel, L. Syndrome du bébé secoué (SBS) : Programme périnatal de prévention (PPPSBS) [En ligne]. 2011 (consultée le 13/06/2021). Disponible sur : https://www.chusj.org/getmedia/b87e8020-2fb8-4be7-9469-d11be61d9425/SBS_resume-implantation-programme-perinatal_fr.pdf.aspx
- (104)** CHU Sainte-Justine. Syndrome du bébé secoué (SBS) : thermomètre de la colère [En ligne]. 2014 (consultée le 13/06/2021). Disponible sur : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Pour-professionnels-et-intervenants/Le-thermometre-de-la-colere-et-le-CDRom-de-formation>
- (105)** Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Livret-Parentalite, [En ligne]. 2016 (consultée le 03/02/2020). Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/04/LivretParentalite100x210_fevrier-2017.pdf
- (106)** Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison...Document d'information destiné aux femmes enceintes [En ligne]. 2014 (consultée le 01/03/2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1729194/fr/sortie-de-maternite-preparez-votre-retour-a-la-maison-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
- (107)** Centre de référence cantonal pour les infirmières de la petite enfance. Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-4 ans) – parents [En ligne]. 2015 (consultée le 15/03/2020). Disponible sur : <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dfme/documents/dmcp-pleurs.pdf>
- (108)** Cespharm. Programme Vitrites [En ligne]. 2019 (consultée le 06/01/2020). Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Agir-au-quotidien/Programme-Vitrines>

AUTORISATION DE SOUTENANCE



Faculté de Pharmacie
de Lille

3 rue du Professeur Lagasse - B.P. 83 - 59008 LILLE CEDEX

☎ 03 20 96 40 40

<http://pharmacie.univ-lille.fr/>



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : DUBOS Virginie INE : 0906016128P.....

Date, heure et lieu de soutenance :

Le

1	6
---	---

 /

1	1
---	---

 /

2	0	2	1
---	---	---	---

 à ..18..h..15... Amphithéâtre ou salle : Amphithéâtre PAULING.....

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant :

Avis du directeur de thèse

Nom : GARAT.....

Prénom : Anna.....

☒ Favorable

☐ Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 16/09/21

Signature:

Avis du président du jury

Nom : DECAUDIN.....

Prénom : Bertrand.....

☒ Favorable

☐ Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 17 septembre 2021

Signature:

Décision du Doyen

☒ Favorable

☐ Défavorable

Le 17 septembre 2021

Le Doyen



B. DECAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/ 2020

Université de Lille
FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : DUBOS
Prénom : Virginie

Titre de la thèse : Syndrome du bébé secoué : Rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention

Mots-clés :

Syndrome du bébé secoué, rôle du pharmacien, officine, actions de prévention, santé publique, maltraitance infantile

Résumé :

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une cause majeure de maltraitance, reconnu comme étant un problème de santé publique. Plusieurs centaines de bébés sont touchés chaque année en France, et le degré de morbidité/mortalité est excessivement élevé. Le SBS est entièrement évitable et il y a donc grand intérêt à mettre en place des actions de prévention pour communiquer sur ce sujet mal ou peu connu des professionnels de santé mais aussi du grand public. Des facteurs de risque ont été identifiés mais le SBS peut survenir dans tous les milieux socio-économiques, culturels et intellectuels. La mise en place d'une campagne de prévention à l'officine peut s'avérer utile afin d'informer les parents sur la physiologie des pleurs du nourrisson, principal élément à l'origine du SBS. L'écoute, l'empathie et la disponibilité confèrent au pharmacien la possibilité d'être impliqué dans cette nouvelle mission qu'est la prévention du SBS pour qu'aucun autre bébé ne soit victime de secouement.

Membres du jury :

Président :

Professeur **Bertrand DECAUDIN**, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Directeur, conseiller de thèse :

Docteur **Anne GARAT**, Maître de Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Assesseur(s) :

Professeur **Matthieu VINCHON**, Professeur des Universités, Faculté de Médecin, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille ; Vice-Président de l'association « Les maux-les mots pour le dire », Lille

Maître **Danielle GOBERT**, Avocate au Barreau, Lille ; Présidente de l'association « Les maux-les mots pour le dire », Lille