

**JOURNEE DE TRAVAIL**  
**« Syndrome du bébé secoué –**  
**Connaissance et reconnaissance au service de la prévention»**  
**7.12.2018 - Rennes**  
**Co organisé par la GEEM – Groupe d’Etude sur l’Enfance Maltraitée**  
**& le réseau Bien Naître en Ille et Vilaine**

L’AFPEN a été invitée à soutenir et à être présente à ce colloque. Madame Claire Maitrot, médecin de l’Education nationale retraitée, ancienne médecin conseillère technique auprès du recteur de l’Académie de Rennes et ancienne membre du bureau national de l’ASCOMED - Association des Médecins Conseillers Techniques et membre du réseau Bien Naître en Ille et Vilaine a accueilli la représentante de l’AFPEN Véronique Le Mézec, vice-présidente.

L’ouverture de la journée s’est faite par une intervention vidéo de Madame Geneviève AVENARD, défenseure des enfants.

G. Avenard a présenté le Rapport sur les enfants de 0 à 6 ans : « De la naissance de 0 à 6 ans, le début des droits » <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000734.pdf>

« Le bébé est une personne » de Brazelton a servi de fil rouge à ce rapport.

Un paradoxe est souligné dans ce rapport, l’enfant est considéré de plus en plus comme précieux, et en même temps le projet de loi sur l’abolition des châtiments corporels vis-à-vis des enfants a été difficile à faire passer. Dans ce rapport, l’importance des mesures d’accompagnement des parents est soulignée.

Les interventions suivantes :

- Mr BELLISSANT, doyen de la faculté de médecine, Rennes 1 qui souligne que le médecin généraliste est souvent en première ligne pour repérer les risques ou le syndrome du « bébé secoué ». Il souhaite une forte sensibilisation et formation des étudiants.

- Mr ROUSSEY, pédiatre honoraire

Après un déni pendant des siècles, la prise de conscience médicale se fait en lien avec la place donnée à l’enfant et aux modalités d’éducation des enfants.

Quelques dates et remarques :

- la société protectrice des animaux (1845) a existé avant celle des enfants

- 1989 convention internationale des droits de l’Enfant

- Ambroise Tardieu en 1860 publie « Étude médico légale sévices et mauvais traitements sur les enfants»

- James Parkinson en 1804 rédige un texte adressé aux parents dénonçant les violences et coups aux enfants qui pouvant entraîner une hydrocéphalie

- Michel Manciaux pédiatre parle des violences faites aux très jeunes enfants et les effets sur leur développement en 1964

- En 1972, l'appellation « syndrome du bébé secoué » apparaît

L'Imagerie médicale a permis d'objectiver de façon précise les lésions occasionnées.

Ce syndrome reste toujours difficile à reconnaître car il faut pouvoir accepter l'impensable, faire face aux dénis, et s'appuyer sur un travail en pluridisciplinarité. La prévention, le repérage des signes avant-coureurs, le profil des auteurs, le travail sur la parentalité sur la gestion des pleurs (noté dans les carnets de santé ) sont des éléments essentiels.

- Pr PLADYS, chef de pôle femme-enfant du CHU de Rennes rappelle que un bébé secoué par mois est reçu en pédiatrie au CHU de Rennes.

- Pr RAUL, neurochirurgien, médecin légiste, directeur Institut médico-légal de Strasbourg, rappelle que le terme « secoué » est un terme impropre qui simplifie et atténue la violence des chocs reçus par le nourrisson. Il s'agit d'un « coup de fouet cervical » (la tête libre arrive en arrière en butée, le cerveau continue à bouger alors que le crâne est stabilisé car le liquide céphalo rachidien ne peut plus amortir, les veines-ponts sont arrachées), des hématomes sous-duraux, des lésions osseuses (thorax, os longs), des lésions ophtalmologiques (hémorragies rétinienne pour 85%) et des lésions rachidiennes (parfois discrètes mais avec très fort retentissement) peuvent être diagnostiquées.

Il s'agit toujours de secousses violentes avec une décélération brutale.

L'HAS a publié des recommandations.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_argumentaire\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf)

En aucun cas ces lésions peuvent apparaître lors de jeu avec un bébé (faire l'avion, jet en l'air...), promenade en poussette, ou lors de freinages brutaux en 4X4.

Ces séquelles sont la conséquence d'actes violents d'une grande intensité, et ne sont pas des lésions accidentelles.

Cf sur le site de l'HAS [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement)

### Présentations de cas cliniques :

- Dr LEMESLE & Dr FLEURY, pédiatres, médecin légiste CHU Nantes

On peut souvent repérer une augmentation du périmètre crânien suite à la compensation de l'hypertension intra crânienne.

- Dr ELOI, pédiatre, CHU de Rennes

Concernant la datation, il n'y a pas d'intervalle libre entre secouements et symptômes. Mais attention ces symptômes ne sont pas toujours spécifiques, la mesure du périmètre crânien est essentielle.

On meurt du syndrome du bébé secoué. Il est aussi très pourvoyeur de séquelles neurologiques, 40% de handicap sévères neuro-moteurs, visuels, cognitifs (dyslexie, problèmes d'attention...), et de difficultés comportementales.

Quand il y a des vomissements isolés : alerte. Il faut faire une imagerie cérébrale, on peut dater, hospitaliser, rôle majeur de la prévention.

- Dr VANIER, médecin HAS

Dans le « syndrome du bébé secoué », le bébé est une victime. Il y a urgence à poser le diagnostic parce que le pronostic peut être d'autant plus sévère qu'il est tardif. Les facteurs aggravants sont : le jeune âge de l'enfant, la répétition et le retard de soin et de diagnostic. Le taux de mortalité est supérieur à 10%, et celui de lésions sévères est supérieur à 75%.

C'est une violence impensable et qui tue. Les adultes invoquent des chutes, et des malaises spontanés. A cause des idées reçues : plus enfants sont blancs, plus les parents vivent ensemble, plus le diagnostic est retardé.

Concernant les auteurs des faits, les assistants maternels, les pères puis les mères sont responsables.

Il y a une indemnisation possible des séquelles pour l'enfant, mais il y a très peu de demandes. Il y a énormément de diagnostics manqués, de méconnaissance par les professionnels, et de remise en cause par des « déniéristes ». Il s'agit d'un acte d'une extrême violence.

L'HAS a utilisé une méthode d'audition publique pour rédiger son rapport. Le travail s'est effectué de Février 2008 à Mai 2011, avec une actualisation en 2017.

[www.syndromedubebesecoue.com](http://www.syndromedubebesecoue.com)

- Dr BALANCON, pédiatre, médecin légiste CHU Rennes

Le « secouement » ça fait dormir les enfants : il s'agit d'une perte de connaissance. Cela a été évoqué par Soranus, médecin grec, 200 après JC ; il recommandait de ne pas confier ses enfants en nourrice à des femmes colériques.

Les secouements sont répétés dans 53% des cas. Il est estimé qu'il y a jusqu'à 1000 nouveaux cas en France, chaque année, avec un âge moyen de 5 mois.

Les facteurs pré disposants et non prédictifs sont : sexe masculin, prématurité, pathologies néonatales, séparation néonatales, grossesses multiples, grossesses rapprochées non désirées.

Il y a souvent eu des pleurs de 2 semaines à 5 mois jusqu'à 6 H / Jour, souvent plus de 3H/Jour.

Il est important d'étudier la différence de perception des pleurs par les parents. Le simple fait de considérer que les pleurs sont excessifs peut être facteurs de violence. Ces pleurs peuvent être vécus comme persécutant.

Le diagnostic est difficile pour les médecins, il est important de ne pas rester seul (cf point 6 du rapport de la défenseure des droits). Les freins potentiels sont le déni (du refus de voir à la peur de savoir), la sidération, l'habitude, et la minimisation. D'où l'importance du travail en équipe, et de la nécessité d'une supervision.

Dans l'anamnèse, il est repéré que les enfants maltraités ont souvent une moindre expression de la douleur. Il y a également des lésions sentinelles.

-Dr BRUNEAU et Dr TREGUIER radiologues pédiatres

Le dépistage des lésions traumatiques d'origine indéterminée et l'imagerie cérébrale sont essentiels pour poser un diagnostic certain d'hématomes sous-duraux caractéristiques des effets du « secouement ». Il est important d'examiner le corps en radiologie + IRM ou scintigraphie osseuse, avec une surveillance à 15 jours recommandée.

**JOURNEE DE TRAVAIL**  
**« Syndrome du bébé secoué –**  
**Connaissance et reconnaissance au service de la prévention»**  
**7.12.2018 - Rennes**  
**Co organisé par la GEEM – Groupe d'Etude sur l'Enfance Maltraitée**  
**& le réseau Bien Naître en Ille et Vilaine**

L'AFPEN a été invitée à soutenir et à être présente à ce colloque. Madame Claire Maitrot, médecin de l'Education nationale retraitée, ancienne médecin conseillère technique auprès du recteur de l'Académie de Rennes et ancienne membre du bureau national de l'ASCOMED - Association des Médecins Conseillers Techniques et membre du réseau Bien Naître en Ille et Vilaine a accueilli la représentante de l'AFPEN Véronique Le Mézec, vice-présidente.

L'ouverture de la journée s'est faite par une intervention vidéo de Madame Geneviève AVENARD, défenseuse des enfants.

G. Avenard a présenté le Rapport sur les enfants de 0 à 6 ans : « De la naissance de 0 à 6 ans, le début des droits » <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000734.pdf>

« Le bébé est une personne » de Brazelton a servi de fil rouge à ce rapport.

Un paradoxe est souligné dans ce rapport, l'enfant est considéré de plus en plus comme précieux, et en même temps le projet de loi sur l'abolition des châtiments corporels vis-à-vis des enfants a été difficile à faire passer. Dans ce rapport, l'importance des mesures d'accompagnement des parents est soulignée.

Les interventions suivantes :

- Mr BELLISSANT, doyen de la faculté de médecine, Rennes 1 qui souligne que le médecin généraliste est souvent en première ligne pour repérer les risques ou le syndrome du « bébé secoué ». Il souhaite une forte sensibilisation et formation des étudiants.

- Mr ROUSSEY, pédiatre honoraire

Après un déni pendant des siècles, la prise de conscience médicale se fait en lien avec la place donnée à l'enfant et aux modalités d'éducation des enfants.

Quelques dates et remarques :

- la société protectrice des animaux (1845) a existé avant celle des enfants
  - 1989 convention internationale des droits de l'Enfant
  - Ambroise Tardieu en 1860 publie « Étude médico légale sévices et mauvais traitements sur les enfants »
  - James Parkinson en 1804 rédige un texte adressé aux parents dénonçant les violences et coups aux enfants qui pouvant entraîner une hydrocéphalie
  - Michel Manciaux pédiatre parle des violences faites aux très jeunes enfants et les effets sur leur développement en 1964
  - En 1972, l'appellation « syndrome du bébé secoué » apparait
- L'Imagerie médicale a permis d'objectiver de façon précise les lésions occasionnées. Ce syndrome reste toujours difficile à reconnaître car il faut pouvoir accepter l'impensable, faire face aux dénis, et s'appuyer sur un travail en pluridisciplinarité. La prévention, le repérage des signes avant-coureurs, le profil des auteurs, le travail sur la parentalité sur la gestion des pleurs (noté dans les carnets de santé ) sont des éléments essentiels.

- Pr PLADYS, chef de pôle femme-enfant du CHU de Rennes rappelle que un bébé secoué par mois est reçu en pédiatrie au CHU de Rennes.

- Pr RAUL, neurochirurgien, médecin légiste, directeur Institut médico-légal de Strasbourg, rappelle que le terme « secoué » est un terme impropre qui simplifie et atténue la violence des chocs reçus par le nourrisson. Il s'agit d'un « coup de fouet cervical » (la tête libre arrive en arrière en butée, le cerveau continue à bouger alors que le crâne est stabilisé car le liquide céphalo rachidien ne peut plus amortir, les veines-ponts sont arrachées), des hématomes sous-duraux, des lésions osseuses (thorax, os longs), des lésions ophtalmologiques (hémorragies rétiniennes pour 85%) et des lésions rachidiennes (parfois discrètes mais avec très fort retentissement) peuvent être diagnostiquées.

Il s'agit toujours de secousses violentes avec une décélération brutale.

L'HAS a publié des recommandations.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_argumentaire\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf)

En aucun cas ces lésions peuvent apparaître lors de jeu avec un bébé (faire l'avion, jet en l'air...), promenade en poussette, ou lors de freinages brutaux en 4X4.

Ces séquelles sont la conséquences d'actes violents d'une grande intensité, et ne sont pas des lésions accidentelles.

Cf sur le site de l'HAS [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement)

### Présentations de cas cliniques :

- Dr LEMESLE & Dr FLEURY, pédiatres, médecin légiste CHU Nantes

On peut souvent repérer une augmentation du périmètre crânien suite à la compensation de l'hypertension intra crânienne.

- Dr ELOI, pédiatre, CHU de Rennes

Concernant la datation, il n'y a pas d'intervalle libre entre secouements et symptômes. Mais attention ces symptômes ne sont pas toujours spécifiques, la mesure du périmètre crânien est essentielle.

On meurt du syndrome du bébé secoué. Il est aussi très pourvoyeur de séquelles neurologiques, 40% de handicap sévères neuro-moteurs, visuels, cognitifs (dyslexie, problèmes d'attention...), et de difficultés comportementales.

Quand il y a des vomissements isolés : alerte. Il faut faire une imagerie cérébrale, on peut dater, hospitaliser, rôle majeur de la prévention.

- Dr VANIER, médecin HAS

Dans le « syndrome du bébé secoué », le bébé est une victime. Il y a urgence à poser le diagnostic parce que le pronostic peut être d'autant plus sévère qu'il est tardif. Les facteurs aggravants sont : le jeune âge de l'enfant, la répétition et le retard de soin et de diagnostic. Le taux de mortalité est supérieur à 10%, et celui de lésions sévères est supérieur à 75%.

C'est une violence impensable et qui tue. Les adultes invoquent des chutes, et des malaises spontanés. A cause des idées reçues : plus enfants sont blancs, plus les parents vivent ensemble, plus le diagnostic est retardé.

Concernant les auteurs des faits, les assistants maternels, les pères puis les mères sont responsables.

Il y a une indemnisation possible des séquelles pour l'enfant, mais il y a très peu de demandes. Il y a énormément de diagnostics manqués, de méconnaissance par les professionnels, et de remise en cause par des « déniéristes ». Il s'agit d'un acte d'une extrême violence.

L'HAS a utilisé une méthode d'audition publique pour rédiger son rapport. Le travail s'est effectué de Février 2008 à Mai 2011, avec une actualisation en 2017.

[www.syndromedubebesecoue.com](http://www.syndromedubebesecoue.com)

- Dr BALANCON, pédiatre, médecin légiste CHU Rennes

Le « secouement » ça fait dormir les enfants : il s'agit d'une perte de connaissance. Cela a été évoqué par Soranus, médecin grec, 200 après JC ; il recommandait de ne pas confier ses enfants en nourrice à des femmes colériques.

Les secouements sont répétés dans 53% des cas. Il est estimé qu'il y a jusqu'à 1000 nouveaux cas en France, chaque année, avec un âge moyen de 5 mois.

Les facteurs pré disposants et non prédictifs sont : sexe masculin, prématurité, pathologies néonatales, séparation néonatales, grossesses multiples, grossesses rapprochées non désirées.

Il y a souvent eu des pleurs de 2 semaines à 5 mois jusqu'à 6 H / Jour, souvent plus de 3H/Jour.

Il est important d'étudier la différence de perception des pleurs par les parents. Le simple fait de considérer que les pleurs sont excessifs peut être facteurs de violence. Ces pleurs peuvent être vécus comme persécutant.

Le diagnostic est difficile pour les médecins, il est important de ne pas rester seul (cf point 6 du rapport de la défenseure des droits). Les freins potentiels sont le déni (du refus de voir à la peur de savoir), la sidération, l'habituation, et la minimisation. D'où l'importance du travail en équipe, et de la nécessité d'une supervision.

Dans l'anamnèse, il est repéré que les enfants maltraités ont souvent une moindre expression de la douleur. Il y a également des lésions sentinelles.

-Dr BRUNEAU et Dr TREGUIER radiologues pédiatres

Le dépistage des lésions traumatiques d'origine indéterminée et l'imagerie cérébrale sont essentiels pour poser un diagnostic certain d'hématomes sous-duraux caractéristiques des effets du « secouement ». Il est important d'examiner le corps en radiologie + IRM ou scintigraphie osseuse, avec une surveillance à 15 jours recommandée.

# Programme

## 8h30 : Accueil

9h00 - 9h20 : Allocution Mr Jean-Luc Chenut Président du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et Mme Geneviève Avenard Défenseure des enfants.

9h20 - 9h30 : Introduction de la journée par M. Roussey Pr honoraire de pédiatrie

**Modérateur :** Pr Patrick Pladys chef de pôle femme-enfant - CHU Rennes, Président de l'I.M.E

9h30 - 10h00 : Apport de la biomécanique sur la compréhension des phénomènes de secouement : certitudes et idées reçues. Pr J-S Raul Neurochirurgien-Médecin légiste, Directeur de l'I.M.L de Strasbourg

10h00 - 10h40 : Présentations cliniques : anomalies du PC, vomissements, MIN  
Dr M. Pierre - Dr C. Eloi - CHU Rennes - Dr M. Lemesle, Dr J. Fleury - CHU Nantes

## 10h40 - 11h00 : Pause

11h00 - 11h30 : Les apports des recommandations de la HAS en 2017 Dr A. Laurent-Vannier, Médecin rééducateur - Présidente du Groupe de travail HAS S.B.S 2011-2017

11h30 - 12h00 : Chronique d'un secouement annoncé : Les signes avant-coureurs Dr M. Balençon Pédiatre-Médecin légiste - CHU Rennes - A.P.H.P

12h00 - 12h30 : Les apports de la radiologie dans le diagnostic du S.B.S et la datation Dr C. Tréguier - Dr B. Bruneau - Radiologues pédiatres - CHU Rennes

## 12h30 - 14h00 : Déjeuner libre

**Modérateur :** Dr A. Gindt-Ducros Directrice Observatoire National de la Protection de l'Enfance - ONPE

14h00 - 15h30 : Espaces d'interrogations autour des « certitudes et paradoxes sur le S.B.S » :  
Prise en charge initiale - Protection du mineur - Réparation du préjudice - formations professionnelles transversales et inter institutionnelles.

## Débat salle

15h30 - 16h00 : Les aveux et les profils d'auteurs  
Dr C. Rey-Salmon - Pédiatre-Médecin légiste - Hôtel Dieu - A.P.H.P

16h00 - 16h30 : « Le regard du grand témoin » Dr A. Laurent-Vannier

16h30 Conclusion : Une reconnaissance des violences sur mineurs au service du « BIEN GRANDIR »

# Programme

## 8h30 : Accueil

9h00 - 9h20 : Allocution Mr Jean-Luc Chenut Président du conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et Mme Geneviève Avenard Défenseure des enfants.

9h20 - 9h30 : Introduction de la journée par M. Roussey Pr honoraire de pédiatrie

**Modérateur :** Pr Patrick Pladys chef de pôle femme-enfant - CHU Rennes, Président de l'I.M.E

9h30 - 10h00 : Apport de la biomécanique sur la compréhension des phénomènes de secouement : certitudes et idées reçues. Pr J-S Raul Neurochirurgien-Médecin légiste, Directeur de l'I.M.L de Strasbourg

10h00 - 10h40 : Présentations cliniques : anomalies du PC, vomissements, MIN  
Dr M. Pierre - Dr C. Eloi - CHU Rennes - Dr M. Lemesle, Dr J. Fleury - CHU Nantes

## 10h40 - 11h00 : Pause

11h00 - 11h30 : Les apports des recommandations de la HAS en 2017 Dr A. Laurent-Vannier, Médecin rééducateur - Présidente du Groupe de travail HAS S.B.S 2011-2017

11h30 - 12h00 : Chronique d'un secouement annoncé : Les signes avant-coureurs Dr M. Balençon Pédiatre-Médecin légiste - CHU Rennes - A.P.H.P

12h00 - 12h30 : Les apports de la radiologie dans le diagnostic du S.B.S et la datation Dr C. Tréguier - Dr B. Bruneau - Radiologues pédiatres - CHU Rennes

## 12h30 - 14h00 : Déjeuner libre

**Modérateur :** Dr A. Gindt-Ducros Directrice Observatoire National de la Protection de l'Enfance - ONPE

14h00 - 15h30 : Espaces d'interrogations autour des « certitudes et paradoxes sur le S.B.S » :  
Prise en charge initiale - Protection du mineur - Réparation du préjudice - formations professionnelles transversales et inter institutionnelles.

## Débat salle

15h30 - 16h00 : Les aveux et les profils d'auteurs  
Dr C. Rey-Salmon - Pédiatre-Médecin légiste - Hôtel Dieu - A.P.H.P

16h00 - 16h30 : « Le regard du grand témoin » Dr A. Laurent-Vannier

16h30 Conclusion : Une reconnaissance des violences sur mineurs au service du « BIEN GRANDIR »