

# Syndrome du bébé secoué

A partir des recommandations aux professionnels  
publiées par la HAS en 2011

« Quelle certitude diagnostique,  
Quelles démarches pour les professionnels ? »

**Dr Anne Laurent-Vannier**

Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation  
Hôpitaux de Saint Maurice

Coordinateur du DIU « TC de l'enfant et de l'adolescent, SBS »

Présidente du comité d'organisation et membre du jury de l'audition publique sur le SBS

Présidente du groupe de travail HAS 2017 sur l'actualisation des recommandations

Expert près la cour d'appel de Paris agréé par la cour de cassation

[a.laurentvannier@gmail.com](mailto:a.laurentvannier@gmail.com)

ALV

# Syndrome du bébé secoué

- Autrement appelé
  - traumatisme infligé (abusive head trauma)
  - ou traumatisme non accidentel (non accidental head trauma)
- Mécanisme : secouement

# Sémantique

## source de confusion.

- Importance des mots et de leur définition pour se comprendre.
- Champ juridique : violence
- ≠ Champ sanitaire, médico social, social : maltraitance.
- Confusion, hors du champ juridique, entre volonté de l'acte et volonté des conséquences de l'acte : « il ne l'a pas fait exprès » d'où confusion entre maltraitance et malveillance.

# Recommandations aux professionnels dédiées au **diagnostic de secouement et aux conséquences juridiques et judiciaires**

- Issues de l’Audition publique organisée par la SOFMER avec le soutien méthodologique de la HAS
- Premières recommandations en 2011
- Actualisation en 2017.

# Quelques questions en préambule...

- Est-ce qu'on peut secouer un bébé en jouant avec lui ? Est-ce que le lancer en l'air ou lui faire faire l'avion, c'est secouer ?
- Est-ce qu'on est tous susceptibles d'avoir envie de secouer un bébé ?
- Est-ce qu'on est tous susceptibles de secouer un bébé ?
- Est-ce qu'une seule fois peut suffire à créer des lésions ?
- Y a-t-il répétition dans le temps du secouement ?
- Y a-t-il un sex ratio chez les victimes ?
- Y a-t-il un sex ratio chez les secoueurs ?
- Est-ce que cela arrive dans tous les milieux ?
- Les enfants avec séquelles sont-ils majoritaires ?

# 1- Mécanisme

# Historique : syndrome très « récent »

- 1860 : *Ambroise Tardieu* : « Enfants battus » avec épanchements sous-duraux
- 1964 : *Hawkes* : rupture veine pont
- 1971 : *Guthkelch* : Secousses
- 1972 : *Caffey* : « Whiplash Shaken Baby Syndrome »

# Vidéos

- Jeu / JS RAUL



ALV

# Vidéos

- Secouement/ JS  
RAUL



# Vidéos

- Secouement/  
Gilles Fortin  
Sainte Justine Québec



# Vidéos

- Chute/  
Rite initiatique



ALV

# Bibliographie

- Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking *Pediatrics* 2010;126:546–55.

- *« J'étais très mal, je n'en pouvais plus de ne plus dormir. Je le secouais plusieurs fois par semaine, je ne sais pas précisément, toujours la nuit »*
- *« Je l'ai pris par les épaules ; je l'ai secoué et j'ai gueulé »*
- *« Je tenais ma fille sous ses bras et je l'ai secouée. Sa tête n'était pas maintenue et faisait un balancier d'avant en arrière »*
- *« Je n'arrivais pas à le calmer... J'allais du salon à la cuisine en marchant avec lui, mais il ne se calmait toujours pas... Les pleurs ont démonté mes nerfs... je lui ai dit « calme toi, calme toi » et je l'ai secoué avec de la force. Le drame, c'est à cause de la force... Je l'ai pris par les aisselles et je l'ai secoué deux fois très fort ».*

- *« Il pleurait ; ça m'a énervé, je l'ai secoué... peut être 10 fois et je l'ai jeté sur le canapé »*
- *« Il m'est arrivé une ou deux fois de le prendre à bout de bras et de le secouer ; j'ai pété les plombs ; je l'ai secoué plusieurs fois depuis plus d'un mois »*
- *« J'ai eu des coups de colère. Elle pleurait ; quand elle faisait ça, il m'arrivait de la secouer... je me suis énervée et je lui ai tordu le bras ; je lui donnais de grosses gifles depuis plus de 2 mois »*

# Au total

- Geste d'une grande violence
- Toujours volontaire
- De plus, très fréquente répétition +++  
(Adamsbaum *Paediatrics* 2010)

# 2 - Pronostic

- Haut taux de mortalité : 10 à 40 % de morts
- Fréquence et gravité des séquelles pour la vie entière : < 25 % sont indemnes.
- D'emblée ou d'apparition progressive
- Troubles visuels, anomalies motrices mais aussi troubles intellectuels et du comportement
- Encéphale : Siège de notre fonctionnement en particulier intellectuel et comportemental

- Par défaut d'apprentissage
- Lorsque l'enfant atteint l'âge requis
- Lorsque les exigences sont plus importantes
- Lorsque l'examen clinique peut être plus subtil
- Importance du « handicap invisible »++++
- Âge très jeune, lésions diffuses, répétition, retard aux soins et au diagnostic = facteurs clairement identifiés de mauvais pronostic.

- Hémiplégie, tremblements, maladresse...
- Cécité mono ou bioculaire/ malvoyance
- Défaut de compréhension, d'attention de concentration, de mémoire....
- Défaut d'inhibition / défaut d'intérêt et d'initiative
- Lenteur/ fatigabilité.

# Difficulté d'appréhension des séquelles

- Car l'enfant ne peut être comparé à ce qu'il était mais à ce qu'il aurait dû devenir...
- D'où prudence+++ dans l'appréciation des séquelles qui ne doit pas intervenir après traumatisme crânien grave de l'enfant avant la fin de la deuxième décennie.

# 3- Incidence

# Incidence

- 40 pour 100 000 enfants de moins d'un an
- Mais sous estimation certaine
  - Enfants non hospitalisés
  - Diagnostics manqués
- Récidives > 50 % des cas (Adamsbaum et al 2010)  
d'où l'importance de faire le diagnostic de violence le plus tôt possible.

# Articles qui doivent faire particulièrement réfléchir.

- **Chadwick, D.L.**, Chin S Salerno, C., Landsverk, J. & Kitchen, L. (1991). Deaths from fall in children: How far is fatal? *The journal of trauma*, 31, 1353-1355.
- **Williams RA.** Injuries in infants and small children resulting from witnessed and corroborated free falls. *J Trauma*. 1991;31:1350-2.
- **Jenny, C.**, Hymel, K.P., Ritzen, A., Reinert, S.E. & Hay, T.C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*, 281, 621-626.

# Chadwick, D.L. 1991

- 317 enfants admis consécutivement dans un centre pédiatrique de trauma crânien aux USA entre 1984 et 1988
- Groupe 1 / chute < 1m 100 enfants
- Groupe 2 / chute entre 1 et 3 m 65 enfants
- Groupe 3 / chute > 3m 118 enfants
  
- Mortalité :
  - Groupe 1 / chute < 1m 7 décès sur 100
  - Groupe 2 / chute entre 1 et 3 m 0 décès sur 65
  - Groupe 3 / chute > 3m 1 décès sur 118après une chute > 9 mètres.
- Plus on tombe de bas plus on meurt !

# Williams (1991)

- Dans une étude prospective portant sur 398 chutes, Williams a étudié deux populations d'enfants de 2 ans et moins pour lesquels le mécanisme causal allégué était une chute,
- Groupe 1 : témoins = proches (53 enfants)
  - 3,8% de mortalité
  - 34 % de traumatismes crâniens graves
- Groupe 2 : témoins neutres ou multiples (106 enfants)
  - <1 % de mortalité (un enfant tombé de 21 mètres)
  - 0 % de traumatisme crânien grave

# Jenny, C.(1999)

- 31,2% (54 cas) cas non diagnostiqués au moment de la première consultation médicale.
- Bon diagnostic en moyenne 2,8 visites et 7 jours plus tard.
- Importance d'une interprétation radiologique correcte.
- Erreur diagnostique statistiquement plus fréquente
  - chez les petits nourrissons (âge moyen de 6 mois)
  - que les plus âgés (âge moyen de 9 mois).
- Diagnostic manqué
  - chez 37% des enfants blancs par opposition à 19 % des enfants noirs
  - chez 40% des couples par opposition à 19% des parents séparés.
- 4 décès sur les cinq auraient pu être évités, et 15 autres enfants/54 (28%) n'auraient vraisemblablement pas été soumis à un nouveau secouement.

# Donc,

- Violence à l'évidence sous évaluée
- Chute = mécanisme le plus souvent allégué. Egalemeht manoeuvre de réanimation.
- Importance des faits rapportés et de qui les rapporte.
- Importance de ne pas avoir d'idées préconçues.

# 4- Facteurs de risque du TCI

- Facteur de risque =  
variable statistiquement associée  
sans pour autant en être la cause d'un  
phénomène.
- Le secouement peut survenir sans facteur de risque / tous les facteurs de risque peuvent être présents sans qu'il y ait secouement.

# Facteurs de risque liés à l'enfant

- Sex ratio : prédominance des garçons
- < 1 an et dans 2/3 des cas  $\leq$  6 mois
- Prématurité X 2 à 3
- Grossesse multiple X 4 à 5
- 1<sup>er</sup> enfant
- Pleurs

# Facteurs de risque liés à l'auteur des faits

- Père plus souvent que mère /  
Assistante maternelle
- Contexte socio-économique
  - Tous les milieux sont concernés.
- Mauvaise connaissance des besoins de l'enfant.

# 5- Lésions

# Lésions

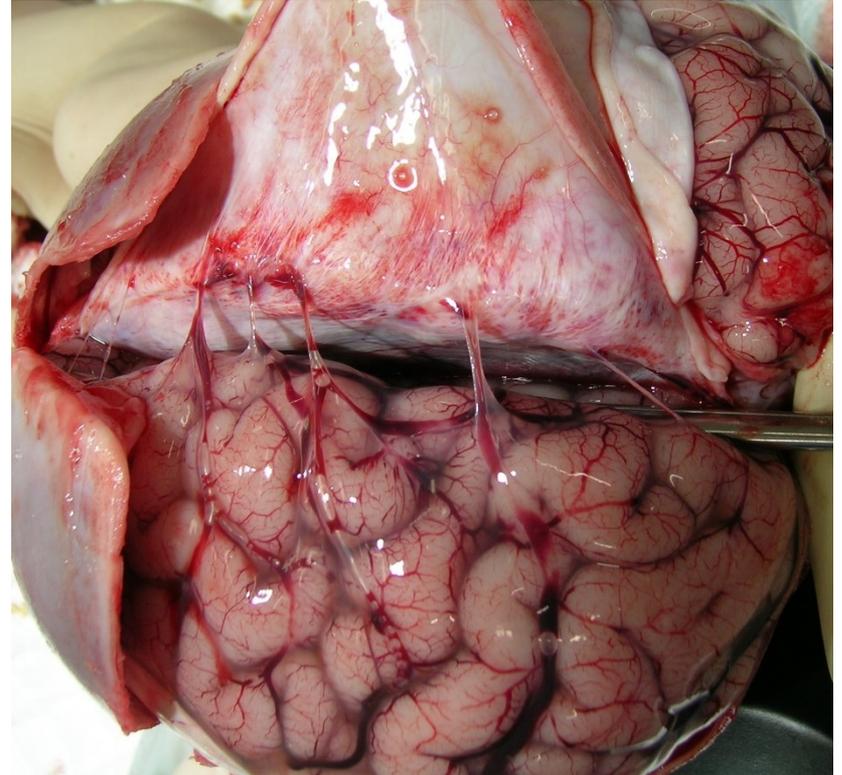
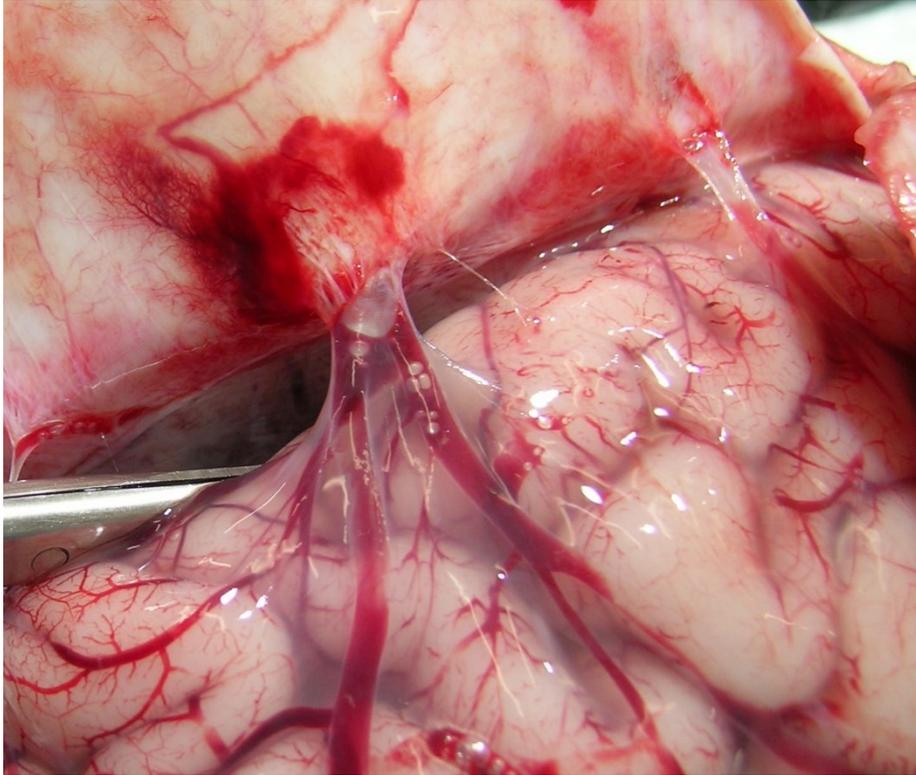
- Lésions intra-crâniennes
  - Hématome sous-dural
  - Rupture des veines ponts
  - Lésions cérébrales
- Œil
- Moelle.
- Peau
- Os : crâne, côtes, membres.

# Lésions intra -crâniennes

- HSD

- Plurifocal (Adamsbaum 111/112 cas).
- Association possible avec hémorragies sous-arachnoïdiennes.
- Sièges évocateurs : vertex, faux du cerveau, péricérébral, tente du cervelet
- L'HSD est presque constamment retrouvé initialement dans le SBS (il peut être masqué par l'œdème)

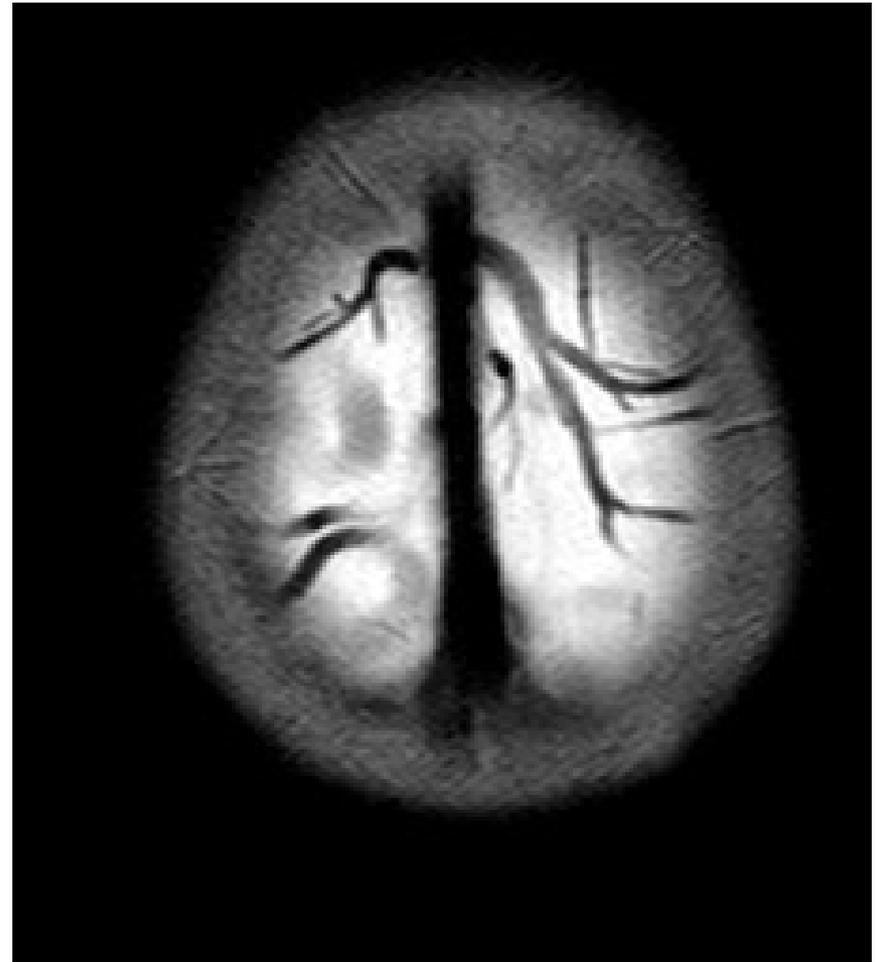
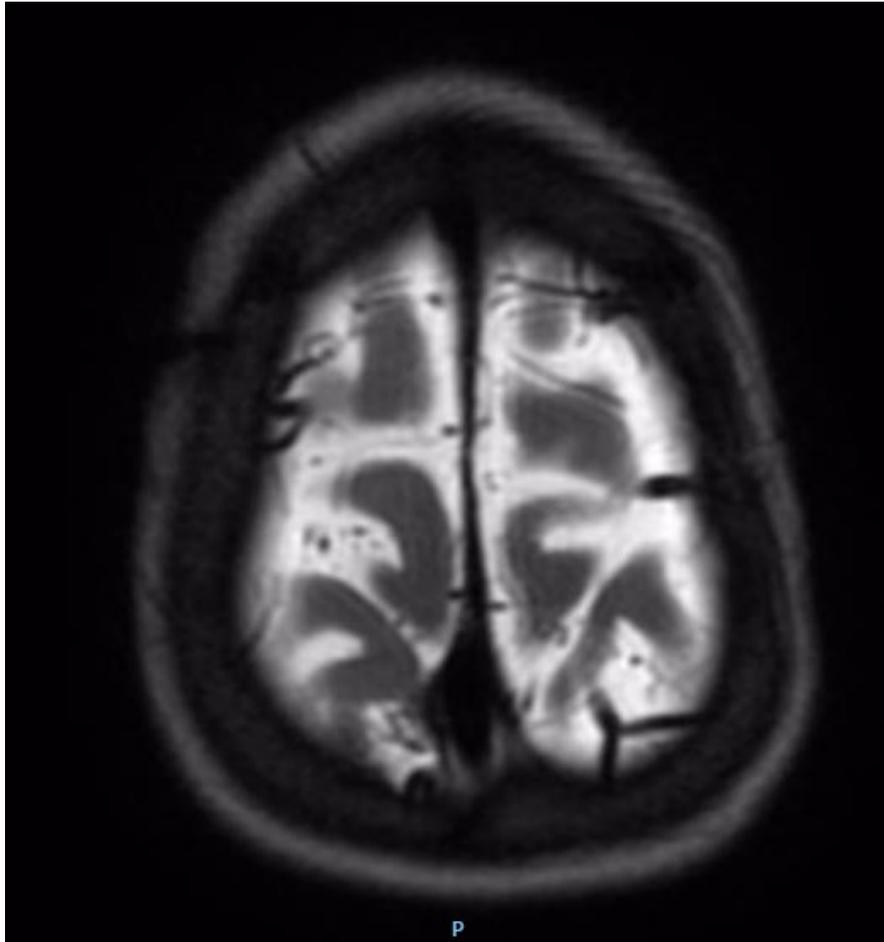
# Veines ponts

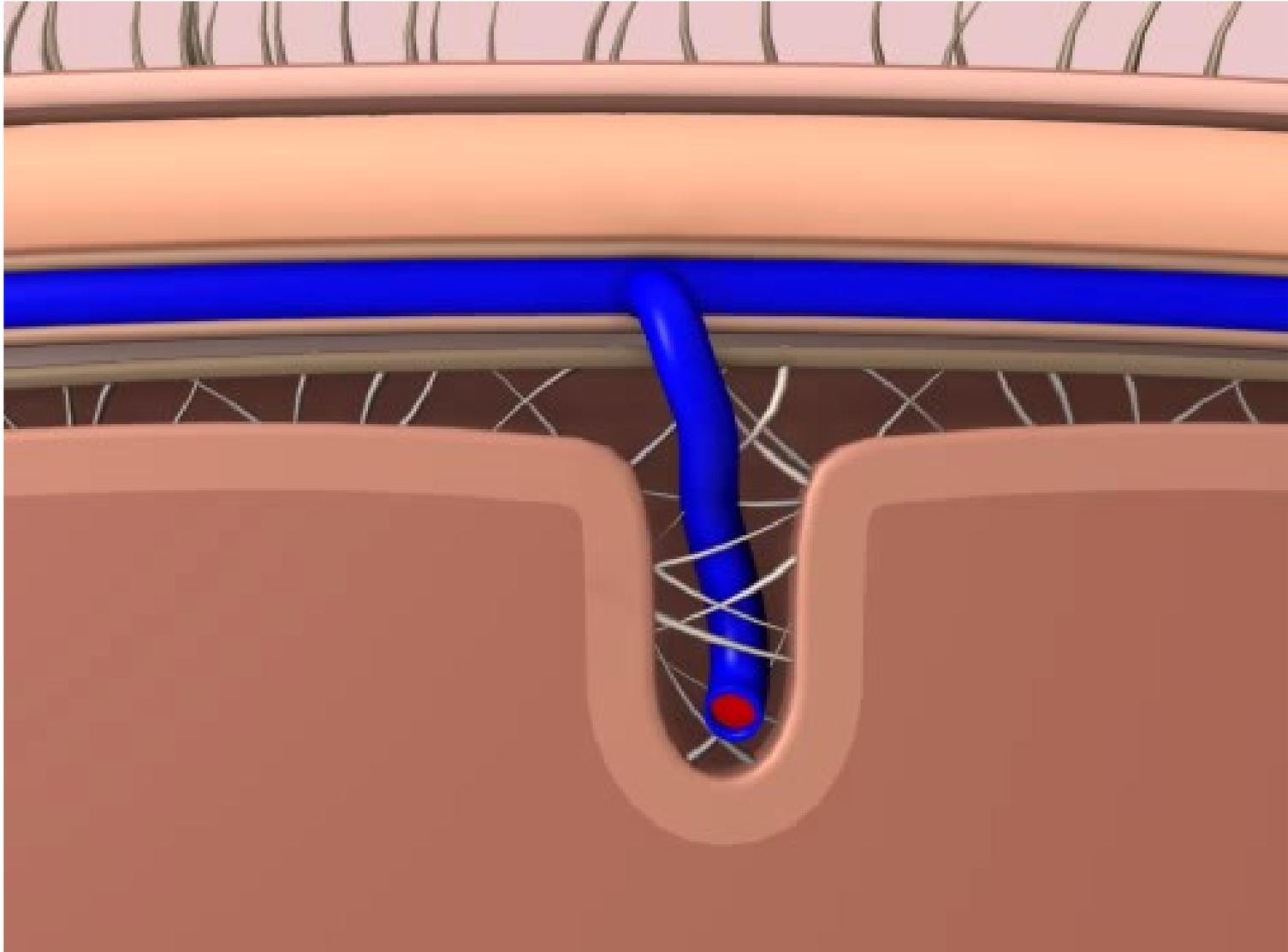


- Relient l'encéphale au crâne

ALV

# MRI: Normal bridging veins



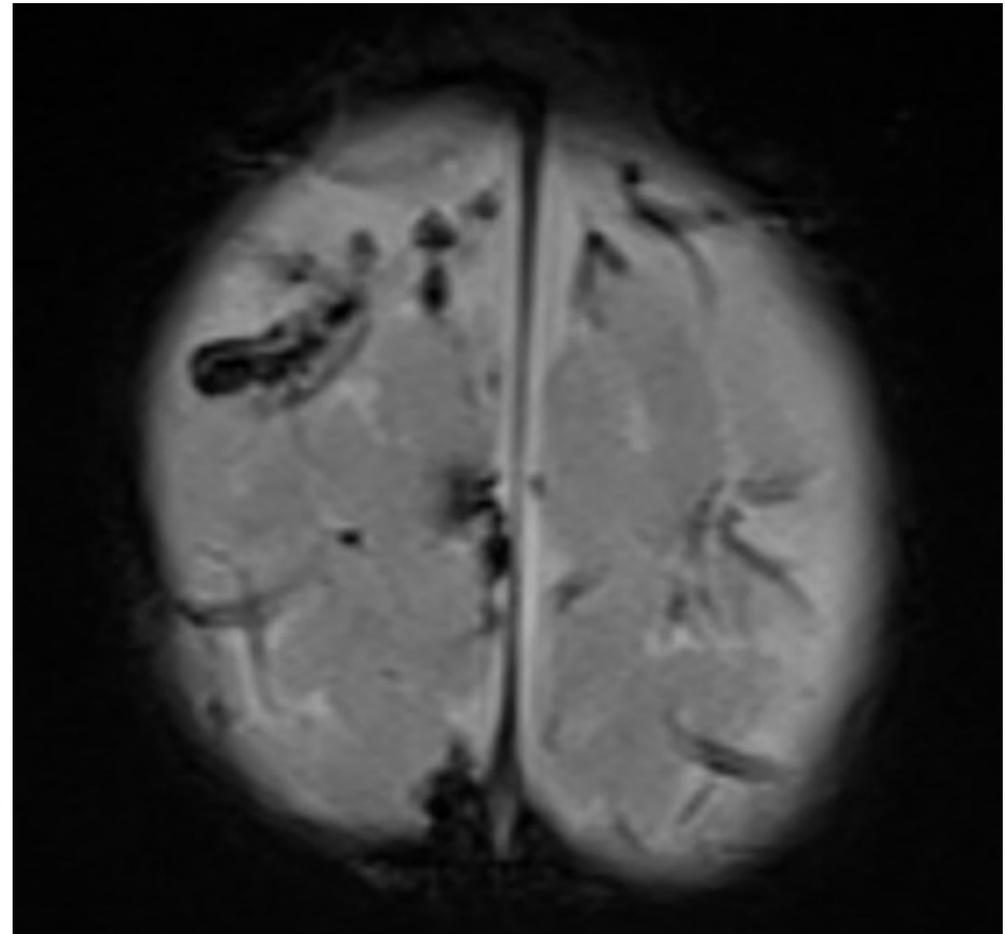
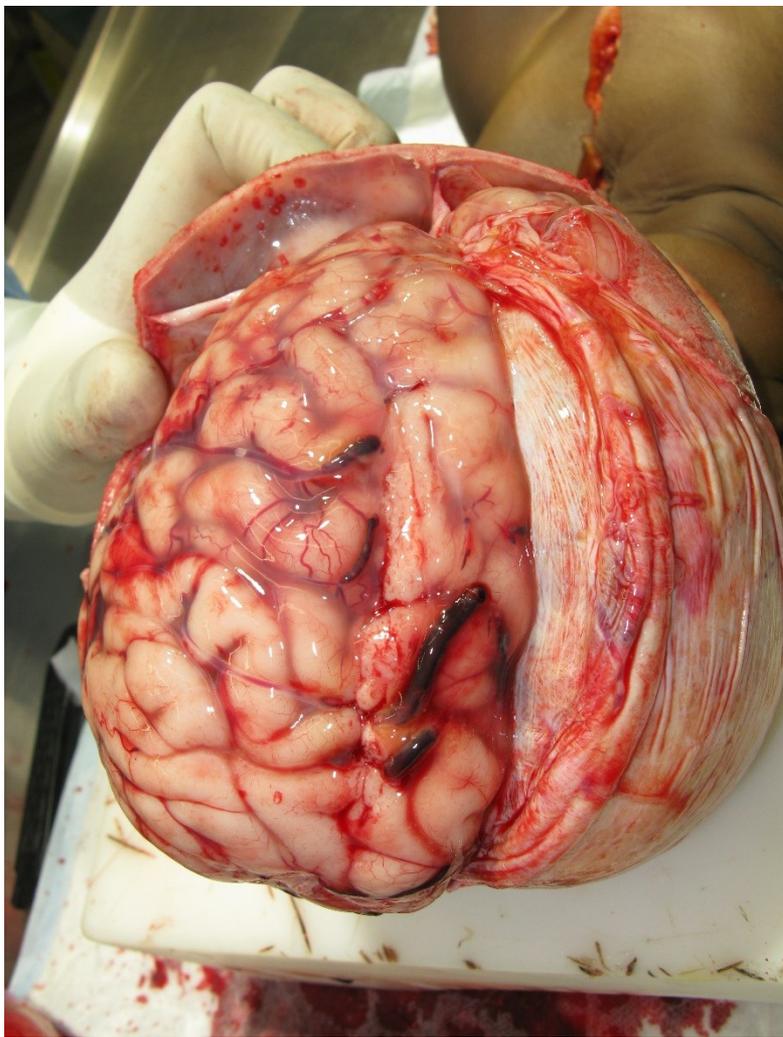


# Tadpole and Lollipop

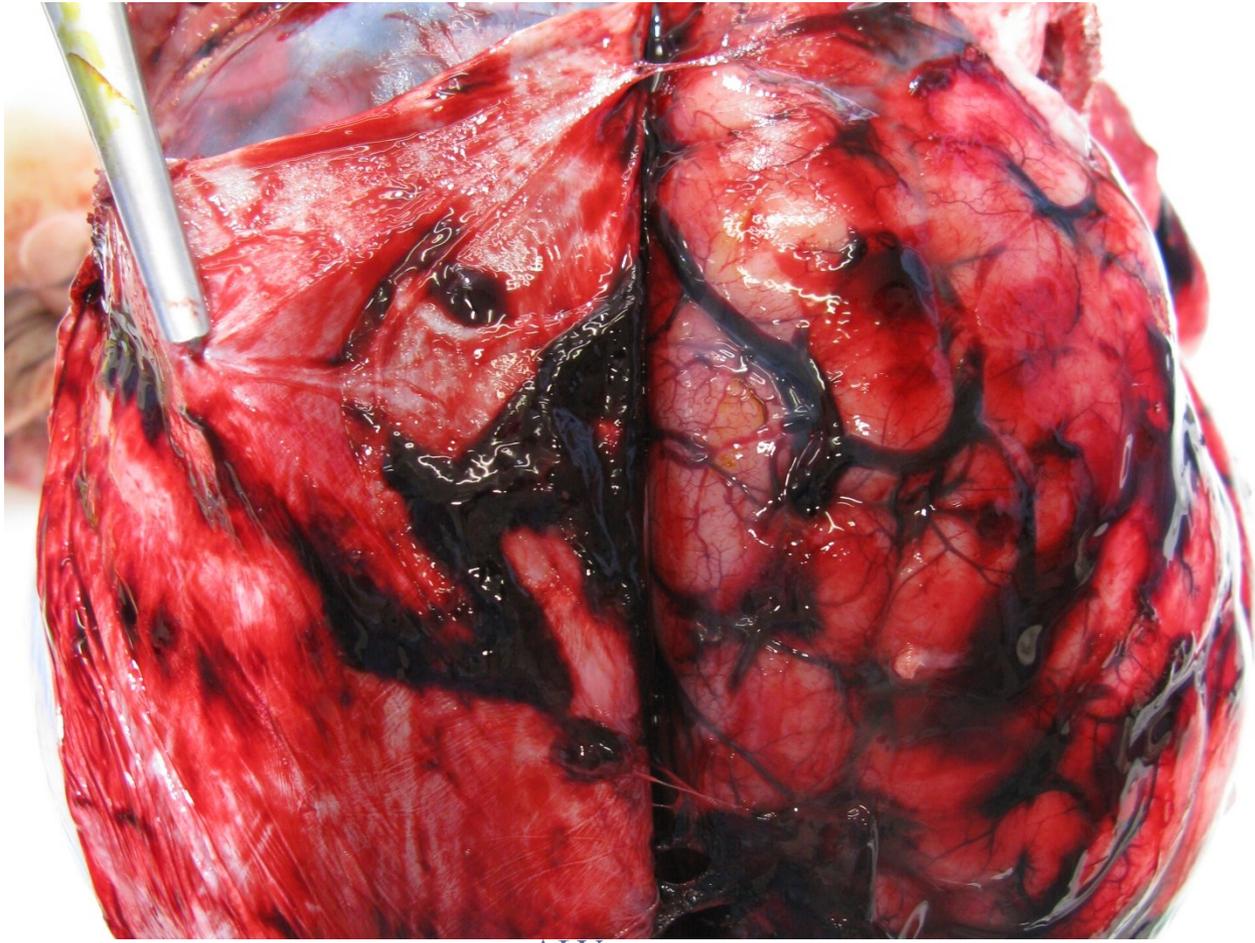
*Hahneman et al. Europ Radiol 2015*

*Choudhary et al. Pediatr Radiol 2015*

*Adamsbaum & Rambaud; Pediatr Radiol  
2012*



T2\*  
Rupture of bridging veins



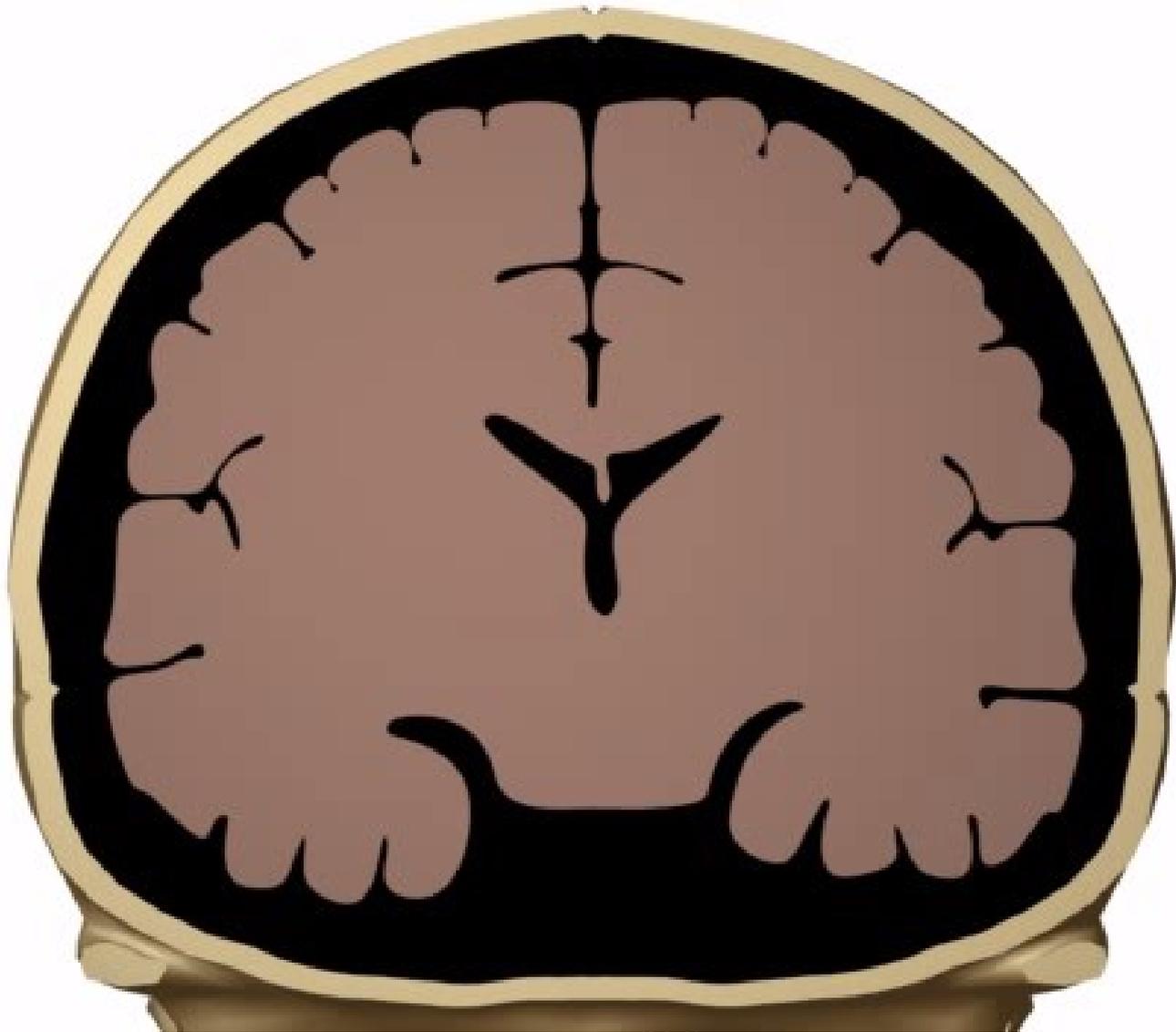
ALV

# HSD



# Lésions cérébrales

- Œdémateuses, anoxiques, par pause ou arrêt cardio-respiratoire.
- ou à type de contusion.
- Ou à type de lacération



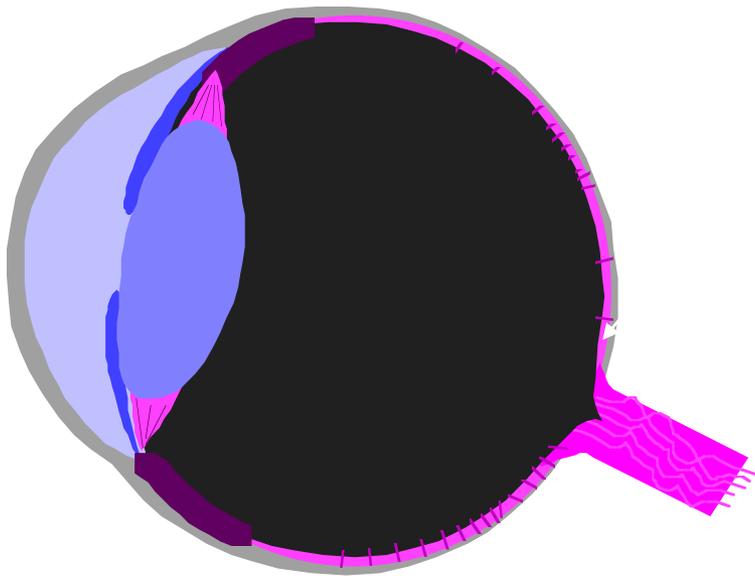
ALV



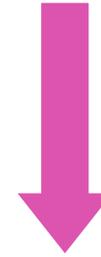
# Les hémorragies rétiniennes

- sont quasi-pathognomoniques de SBS quand elles sont multiples, profuses ou éclaboussant la rétine jusqu'à sa périphérie,
- mais elles peuvent être aussi localisées ;
- leur constatation est importante pour le diagnostic.
- **Mais elles sont absentes dans 20% des cas.**

**OEIL** : très forte adhérence entre le vitrée et la partie postérieure de la rétine

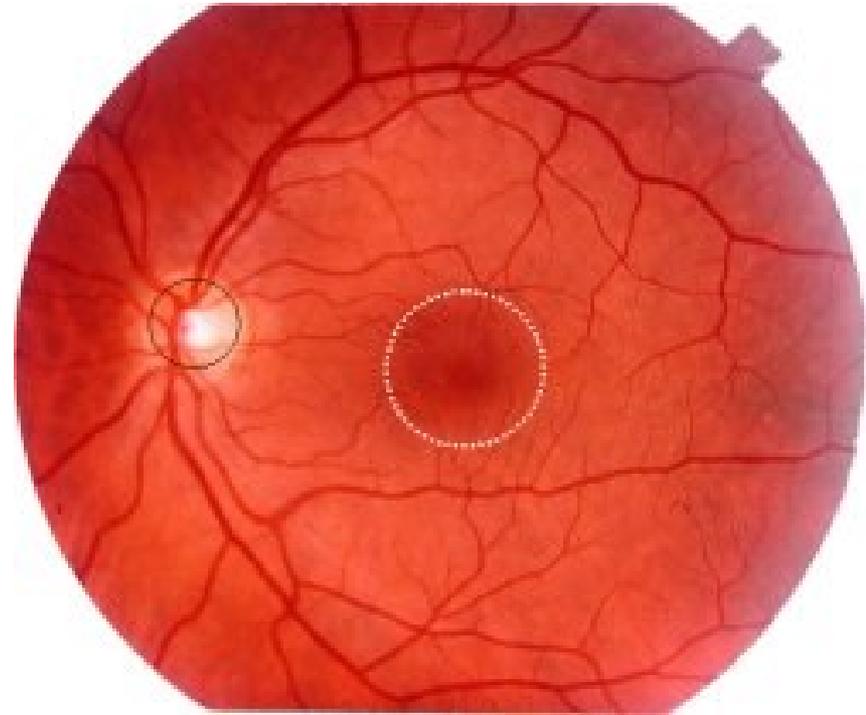
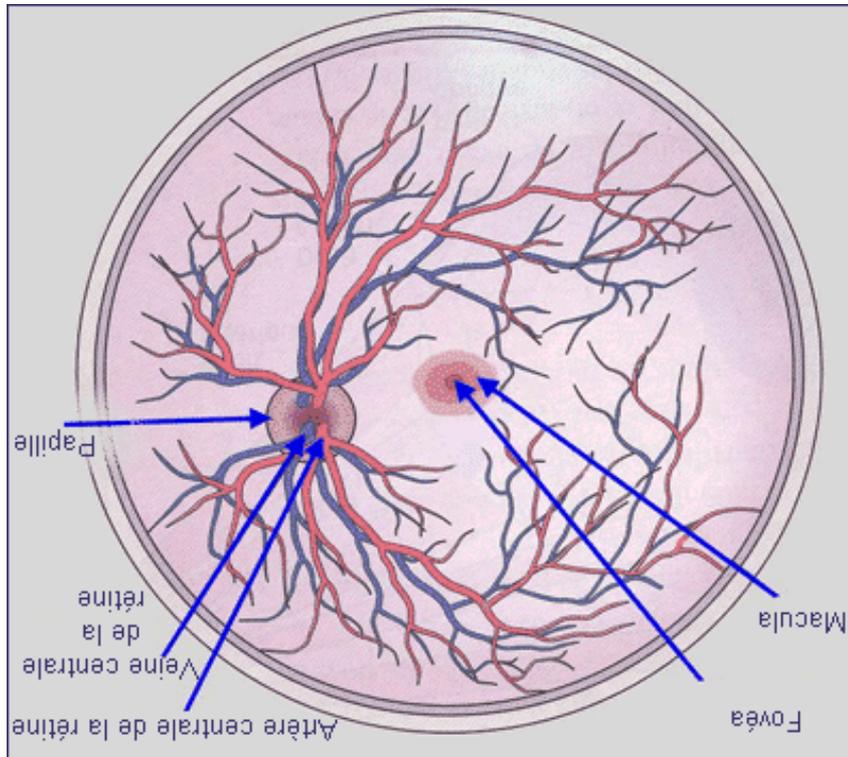


**secouements**

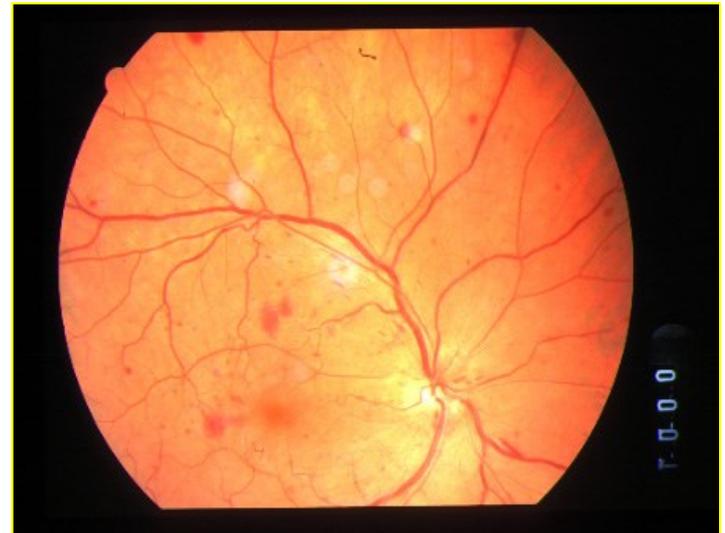
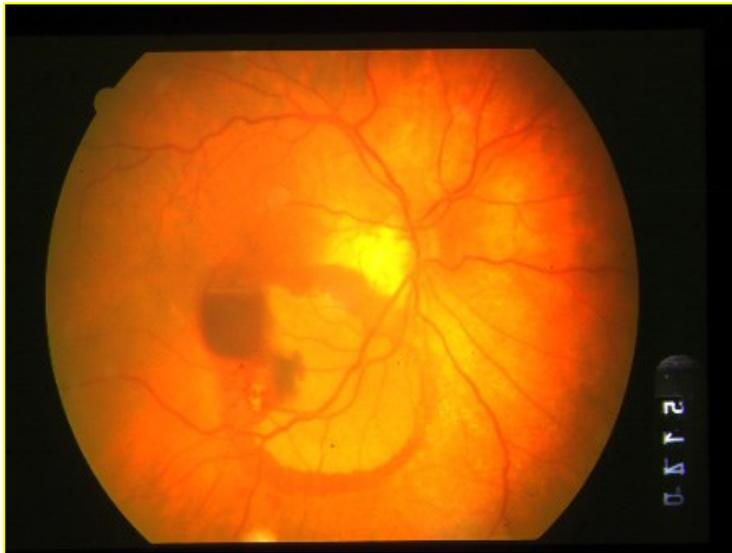


- **tractions** sur la rétine
- avec décollement et
- saignement dans les cavités (schisis) ainsi créées

# Fond d'oeil



# Hémorragies rétiniennes



ALV

- Lésions cutanées

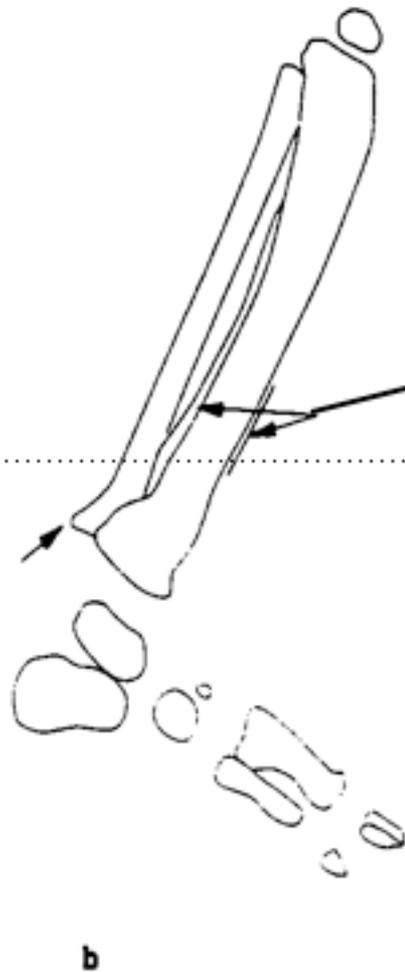
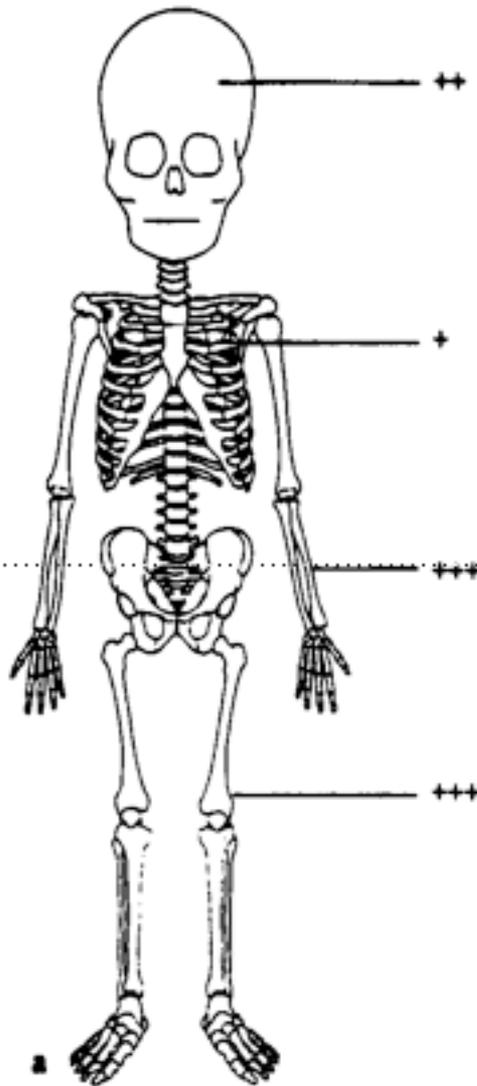
Thèse Etienne Mireau 2005

les ecchymoses avant l'âge de la marche autonome sont, en l'absence de cause médicale, très évocatrices de mauvais traitements  
face, oreille, intérieur de la bouche, cuir chevelu, cou, thorax, lombes, face antérieure +++++



Al

# Lésions osseuses



- petites fractures des métaphyses des os longs
- décollements périostés diaphysaires  
=> H<sup>ies</sup> sous-périostées
- fractures de côtes (arcs postérieurs)
- fracture(s) de crâne (si choc associé)



# 6- Tableau clinique initial

## « Malaise » grave

- Troubles de la vigilance allant jusqu'au coma
- Pausés respiratoires
- Hypotonie
- Pâleur
- Convulsions
- Plafonnement du regard
  
- A ne pas confondre avec spasme du sanglot ou malaise sur RGO

# Autres signes orientant vers une atteinte neurologique

- Modification du tonus (hypotonie axiale)
- Moins bon contact, moins bonne interaction
- Diminution des compétences de l'enfant.

# Signes pouvant égarer le diagnostic

- Modifications du comportement (moins de sourires, pleurs, geignement)/ modifications du sommeil/ mauvaise prises alimentaires.
- Vomissements souvent en jet (sans diarrhée ni fièvre)  $\neq$  gastro entérite
- Pauses respiratoires.
- Pâleur.

Etant donné l'absence de spécificité de certains signes, intérêt de leur association (Mireau 2005)

- Exemple, en cas de vomissements, CHERCHER une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance...

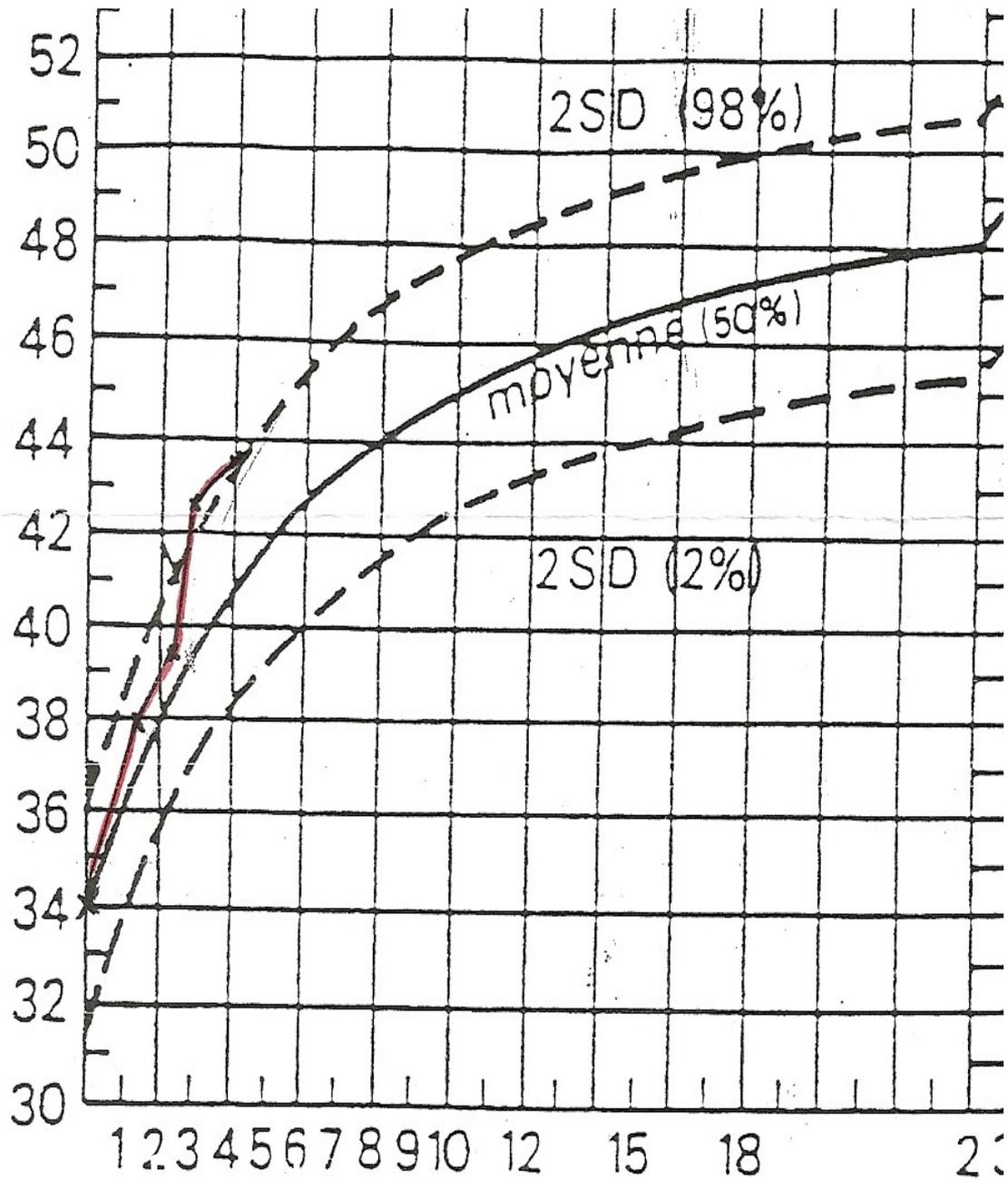
# Par ailleurs données de l'anamnèse.

- Retard de recours aux soins.
- Explications absentes ou incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant.
- Histoire changeante
- ATCD
  - Traumatisme, quel qu'il soit
  - Mort non expliquée (fratrie).

# 7- Conduite à tenir

# De toute façon,

- Examen minutieux et complet
- Nourrisson dévêtu
- Mesure du PC à rapporter à la courbe de PC : recherche d'un changement de couloir
- Recherche d'ecchymose sur tout le corps, y compris le cuir chevelu, derrière les oreilles, à l'intérieur de la bouche, le cou, le torse.



# Première étape : être alerté

- Penser au diagnostic de secouement doit conduire le praticien à faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant,
- Et à poser l'indication d'une hospitalisation en urgence.

# Deuxième étape

## Bilan hospitalier

### clinique et paraclinique

- Bilan clinique : examen complet, en particulier courbe de périmètre crânien, éventuelles lésions traumatiques (qu'il faut photographier), état de la fontanelle, examen neurologique.
- Scanner cérébral : examen de première intention ; il objective les lésions hémorragiques, l'œdème.

S'il est normal, il peut être répété 12 ou 24 heures plus tard.

# Bilan clinique et paraclinique

- Examen ophtalmologique après dilatation ; il doit être fait <24h, au plus tard dans les 48 à 72 heures, par un ophtalmologiste expérimenté.
- IRM à faire dès que l'enfant est stable :
  - **Elle a un intérêt diagnostique majeur** en phase aiguë, permet un bilan complet des lésions axiales ou extra-axiales, hémorragiques ou non ; elle explore également le tronc cérébral, la moelle, la région cervicale, l'œil et la zone péri-oculaire.
  - **Les nouvelles techniques dites « avancées »**, comme l'imagerie de susceptibilité magnétique (hémosidérine), la spectroscopie et l'imagerie de diffusion (lésions anoxo-ischémiques) augmentent encore la sensibilité et la valeur diagnostique et pronostique de l'IRM

# Bilan clinique et paraclinique

- Hémogramme, hématokrite, TP, TCA, certains facteurs de coagulation (pour éliminer des anomalies de la coagulation)
- Lactates
- Radiographies de tout le squelette, faites selon les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie.
- Une scintigraphie osseuse peut objectiver des lésions osseuses inapparentes sur les radios.

# 8- Diagnostic

# Difficultés du diagnostic du SBS.

- Diagnostic à plusieurs étapes dont les 2 premières étapes sont médicales :
  - Diagnostic des lésions intra crâniennes, savoir y penser
  - Diagnostic du secouement, savoir l'évoquer puis le poser
  - Diagnostic du contexte et de l'auteur.

Importance de délimiter le rôle respectif de la médecine et de la Justice.

- Souvent aucune lésion apparente / L'enfant ne peut témoigner / Réticence des professionnels à évoquer la possibilité de violence qui de plus implique un tiers

# Diagnostic positif

- Evidence based medicine difficile !
- Méthodologie utilisée lors de l'audition publique

# Diagnostic positif

- Comparaison des lésions du SBS : HSD, HR, rupture des veines ponts
  - Aux lésions dues aux mécanismes allégués par l'adulte lors de l'hospitalisation ou plus tard lors de processus judiciaire.
- Soit lésions comparables = mécanisme plausible
- Soit lésions  $\neq$  = Mécanisme rejeté

- HSD en nappe, RVP, HR ne peuvent être dus à
  - Chute de faible hauteur
  - Manœuvre de réanimation
  - Hypoxie ou anoxie
  - Jeu (jeu  $\neq$  secouement)
  - Un autre enfant
  - Vaccins
  - Troubles de l'hémostase sans traumatisme...
- HSD et HR peuvent être dus à accouchement  
MAIS
  - enfant asymptomatique
  - et les lésions disparaissent en moins d'un mois

- L'ostéogénèse imparfaite
  - « Maladie des os de verre »
    - constitue un diagnostic différentiel pour les fractures diaphysaires mais non métaphysaires.
    - L'HSD ne fait pas partie de la symptomatologie de l'ostéogénèse imparfaite.

-Cas particulier de  
« l'hydrocéphalie externe »  
= Expansion des espaces péricérébraux :  
prédisposition à HSD ?

- Pour rappel « hydrocéphalie externe »  
EESA expansion des espaces sous-arachnoïdiens  
= Augmentation régulière et harmonieuse du PC  
jusqu'à  $> + 2DS$   
Et enfant asymptomatique

# Prédisposition : expansion des espaces péricérébraux ?

- « Il n'a pas été trouvé d'argument dans la littérature permettant d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'EESA est un favorisant d'HSD chez le nourrisson » au contraire rôle amortissant.
- « Deux études prospectives plaident pour le fait que l'élargissement des espaces péri cérébraux objectivé à la phase initiale correspond non à un EESA mais à des lésions séquellaires d'un traumatisme crânien antérieur méconnu ».

A partir de ces données, établissement  
de critères diagnostiques de secouement  
**selon les lésions et l'histoire clinique**  
et non sur les facteurs de risque

Chez un nourrisson,  
en cas d'histoire clinique absente ou  
changeante ou incompatible avec les  
lésions ou l'âge de l'enfant,  
après avoir éliminé les diagnostics  
différentiels médicaux (hémopathie,  
ménigite, maladies métaboliques)

**Le diagnostic de traumatisme crânien  
non accidentel par secouement est  
**PROBABLE** en cas de :**

- HSD plurifocaux même sans aucune autre lésion ;
- ou HR touchant la périphérie et/ou plusieurs couches de la rétine, qu'elles soient uni ou bilatérales.

# Le diagnostic de traumatisme crânien non accidentel par secouement est **CERTAIN** en cas de :

- HSD plurifocaux
  - avec caillots à la convexité (vertex) traduisant la rupture de veines-ponts ;
  - ou avec HR quelles qu'elles soient ;
- ou HSD unifocal avec lésions cervicales et/ou médullaires.

- Dans tous les cas, la probabilité de maltraitance est augmentée en cas de lésions associées récentes ou anciennes :
  - lésions cérébrales
  - Cou ou moelle ;
  - Os ;
  - ecchymoses en particulier de la face, du cou ou du torse ;
  - Viscères

Dès que le diagnostic est probable  
(HSD plurifocal même isolé et histoire.....)

Le signalement s'impose

avec copie au président du Conseil Départemental

# 9- Errances diagnostiques

# Retard au diagnostic

- Jenny (1999)
- Mireau (2005)
- Adamsbaum (2010)
- Sheets (2010)
- Letson(2016)

# Données personnelles 2015

- A partir de 50 expertises judiciaires consécutives avec qualification = violence
- Une expertise de 2006 les autres 49 dossiers de 2011 à 2015.
- 80 % (39) ATCD de violence / aucun n'ayant amené au diagnostic de violence.
- Dont 42% (17) avec passage aux urgences ou hospitalisation pour certains répétés.
- Dont 67% (27) avec consultations antérieures.

# Données personnelles 2015

- Nature
  - 7 (17%) Malaise grave !
  - 25 (64%) Vomissements sans fièvre ni diarrhée
  - 17 (44%) Cassure de la courbe du périmètre crânien.
  - 13 (34%) Lésions cutanées
  - 10 (24%) Cassure de la courbe de poids
- Ancienneté : de 1 à 120 jours (12 (31%) dans la semaine précédente)
  - Moyenne : 30 jours
  - Médiane : 20 jours

# Errance diagnostique.

## Pourquoi tant de diagnostic manqués ?

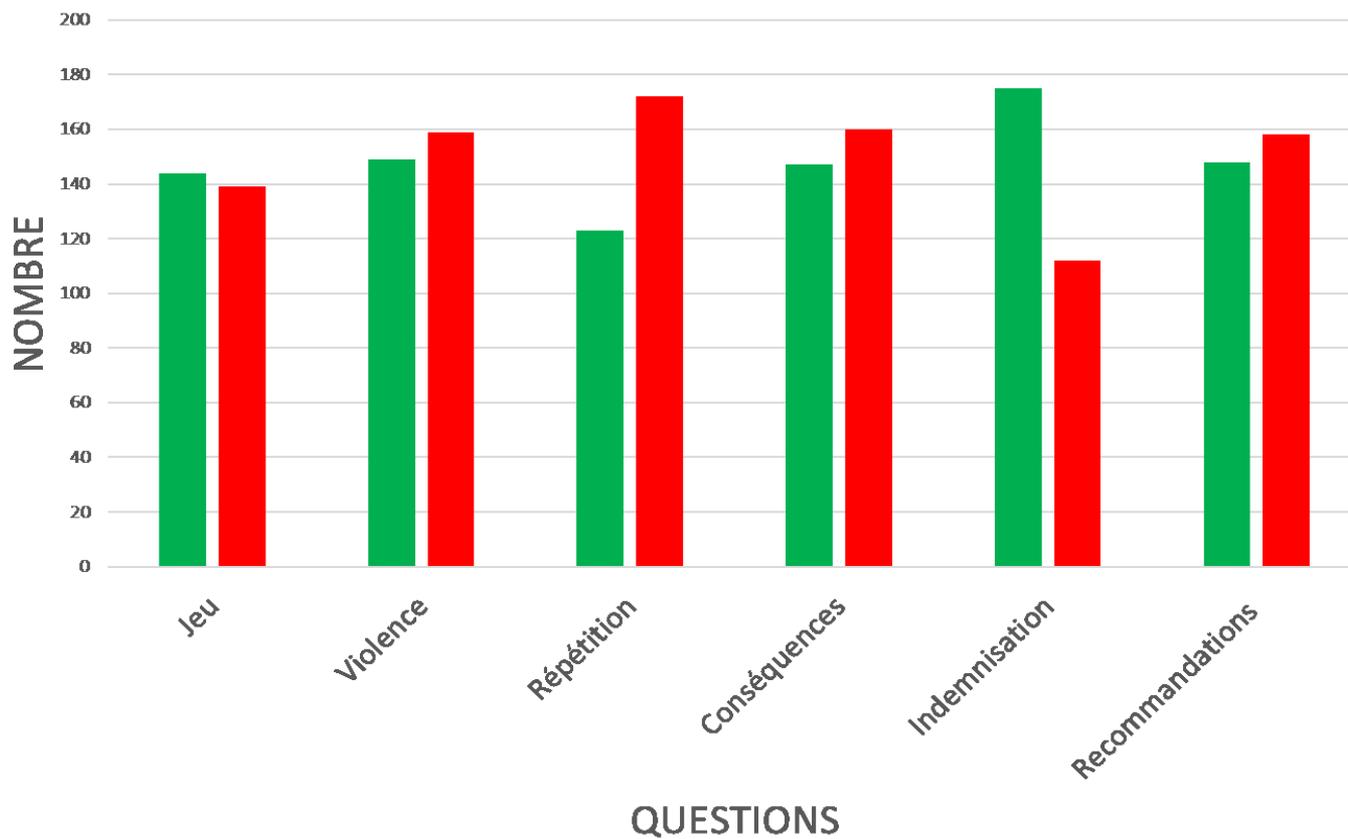
- Cumuls de plusieurs raisons :
- Violence impensable et indicible
- L'enfant ne peut parler
- Les lésions peuvent n'être qu'internes donc apparence normale

# Le SBS implique un auteur

- Diagnostic de SBS certain ou évoqué implique un signalement donc sortie du champ médical vers le champ judiciaire
- Signalement peut être compris comme un acte de délation et non de protection de l'enfant
- Crainte des suites du signalement

# Connaissance insuffisante

311 médecins



# Sans oublier les déniaistes

- qui s'ingénient à semer le doute sur le diagnostic du SBS et parfois remettent en cause l'existence même du SBS !
- Exemple. Etude suédoise : multiples critiques sur la méthodologie mais surtout conflit d'intérêt majeur.

# Au total,

- Notre responsabilité de médecin et de soignant est grande
- Première étape : savoir évoquer la violence et orienter l'enfant vers l'hôpital
- Deuxième étape : bilan médical hospitalier aboutissant à un diagnostic probable ou certain et au signalement.
- Condition indispensable : améliorer la formation de tous

- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1095929/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue)
- Revue «justice actualités » N° 11/ 2014. Le syndrome du bébé secoué. L'expertise / Les données médicales
- Numéro spécial de pediatric radiology coordonné par C.Adamsbaum. Décembre 2014.
- Numéro spécial. Congrès SFP 2018
- Dossier spécial Gazette du palais 24 juillet 2018
- [www.syndromedubebesecoue.com](http://www.syndromedubebesecoue.com)
- [www.bebesecoue.com](http://www.bebesecoue.com)

# 10- Prévention

# Prévention 1<sup>er</sup> secouement

# **INFORMATIONS AUX PARENTS SUR LES PLEURS DU BEBE ET SUR LE SYNDROME DU BEBE SECOUE**

→ **Voici une information sur les pleurs des bébés et sur le syndrome du bébé secoué.**

**1) UN BEBE, ÇA PLEURE !**

UN BEBE PEUT PLEURER JUSQU'A 2 HEURES PAR JOUR ET C'EST NORMAL. Cela ne veut pas dire que vous vous occupez mal de votre enfant ou qu'il est malade.

**LE SYNDROME DU BEBE SECOUE, ÇA EXISTE !**

Les pleurs exaspérants d'un bébé peuvent conduire certains adultes qui n'en peuvent plus, à le secouer. C'est le syndrome du bébé secoué.

**3) SECOUER UN BEBE PEUT LE TUER OU LE RENDRE HANDICAPE POUR TOUTE LA VIE.**

- Secouer, c'est bien plus grave qu'une chute ou qu'une gifle.

- Secouer n'a rien à voir avec le jeu. Jouer avec un bébé ce n'est pas le secouer ! Jouer est indispensable

**4) IL PEUT SUFFIR D'UNE FOIS ! ET C'EST POUR TOUTE LA VIE.**

**5) Si votre enfant pleure, il vous faut vérifier :**

Qu'il n'a pas faim,

Que sa couche n'est pas sale,

Qu'il n'a pas de fièvre, qu'il n'est pas trop couvert,

Si malgré tout, il continue à pleurer **ET QUE VOUS N'EN POUVEZ-PLUS**

**COUCHEZ-LE SUR LE DOS DANS SON LIT ET PARTEZ**

appelez quelqu'un de proche

**SURTOUT NE LE SECOUEZ PAS !**

Il n'est pas dangereux pour l'enfant de pleurer dans son lit.

Il est dangereux pour l'enfant d'être dans les bras d'un adulte exaspéré.

# Prévention récidives +++

# Au total,

- SBS parmi les plus graves des TC de l'enfant.
- Devant ecchymose ou fracture penser à la maltraitance
- Savoir évoquer le SBS en particulier devant vomissement sans diarrhée
- Importance de dévêtir l'enfant, de mesurer le PC et de le rapporter sur la courbe

- Les lésions du SBS ne peuvent être dues
  - à chute de faible hauteur,
  - Manœuvre de réanimation,
  - Hypoxie ou anoxie,
  - Jeu
  - A des espaces péri cérébraux larges
- Pas d'argument dans la littérature en faveur du rôle favorisant que pourrait jouer un élargissement des espaces péri cérébraux dans la survenue d'un HSD

- Diagnostic de secouement probable en cas
  - d’histoire clinique incompatible ou changeante ou absente
  - d’HSD en nappe, même en l’absence de toute autre lésion.
- Si diagnostic probable, le signalement s’impose

- Intérêt du signalement
  - **Protéger l'enfant**
  - **Identifier l'auteur afin de l'aider à ne pas recommencer/** Ceci permet aussi d'écartier les suspicions qui peuvent peser sur les autres adultes de l'entourage
  - **Protéger les droits de l'enfant** en tant que victime d'une infraction pénale, **en particulier droit à l'indemnisation pour faire face aux frais présents et futurs dus aux séquelles.**

# Réponses aux questions...

- Est-ce qu'on peut secouer un bébé en jouant avec lui? Est-ce que le lancer en l'air ou lui faire faire l'avion, c'est secouer ?
- Est-ce qu'on est tous susceptibles d'avoir envie de secouer un bébé ?
- Est-ce qu'on est tous susceptibles de secouer un bébé ?
- Est-ce qu'une seule fois peut suffire à créer des lésions ?
- Y a-t-il répétition dans le temps du secouement?
- Y a-t-il un sex ratio chez les victimes ?
- Y a-t-il des enfants « prédisposés » aux lésions ou bien prédisposés à être secoués ?
- Y a-t-il un sex ratio chez les secoueurs ?
- Est-ce que cela arrive dans tous les milieux ?

Merci de votre attention

