

Action de prévention dans le domaine de la santé de l'enfant

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	3
I Mort Subite du Nourisson (MSN)	4
I.1 Définition	4
I.2 Épidémiologie	4
I.3 Physiopathologie	4
I.4 Facteurs de risque	4
I.5 Prévention	5
II Syndrome du bébé secoué	7
II.1 Définition	7
II.2 Conséquences	7
II.3 Situation	8
II.4 Prévention	8
III Maltraitance et enfant en danger	10
III.1 Violences physiques	10
III.2 Violences psychiques	10
III.3 Sévices sexuels	11
III.4 Négligences lourdes	11
IV Accidents domestiques	12
IV.1 Chutes et défenestrations	12
IV.2 Brûlures	12
IV.3 Intoxications accidentelles	13
IV.4 Autres accidents	13
V Bibliographie	14
VI Annexes	15

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Être capable de donner des conseils éducatifs et préventifs adaptés.
- Dépister les différents facteurs de risque de maltraitance.
- Participer à la mise en place de dispositifs d'accompagnement des parents au retour au domicile.

I MORT SUBITE DU NOURISSON (MSN)

I.1 DÉFINITION

C'est le décès brutal et inattendu d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, et qui reste inexpliquée après :

- une investigation approfondie,
- une autopsie complète,
- une analyse des circonstances de la mort,
- et une analyse de l'histoire clinique antérieure.

I.2 ÉPIDÉMIOLOGIE

C'est la 3ème cause de mortalité infantile en France.

L'âge du plus grand risque de Mort Subite du Nourisson (MSN) se situe en 2 et 4 mois.

63 % sont des garçons.

Dans 1/4; des cas, il s'agit de décès inexpliqué qui serait lié à un problème de couchage.

45,5 % présentaient des facteurs de risque.

Les gestes de réanimation sont inefficaces.

I.3 PHYSIOPATHOLOGIE

Après examen du dossier et des examens complémentaires (dont autopsie), trois situations sont possibles :

- le décès est rattaché à une cause précise (malformation cardiaque grave, myocardite, cardiopathie, mauvais traitement...);
- le décès a une cause possible en raison de lésions témoignant d'une pathologie récente ou chronique méconnue avant le décès (laryngite, épiglottite, infection bronchique ou pulmonaire);
- le décès ne reçoit aucune explication : il s'agit d'une MSN.

I.4 FACTEURS DE RISQUE

Ces décès relèvent de facteurs multiples : recrudescence hivernale, hyperthermie exogène (enfant trop couvert...), Reflux Gastro-Oesophagien (RGO), apnées centrales, apnées obstructives, troubles du rythme cardiaque...

Les facteurs maternels retrouvés sont :

- facteurs physiques : jeune âge, primiparité ;
- facteurs socioculturels : inexpérience, isolement, classe sociale défavorisée, mode de couchage, non francophone ;
- facteurs environnementaux : tabagisme, drogue.

Les facteurs liés à l'enfant sont :

- facteur physique : sexe masculin ;
- facteurs physiologiques : prématurité, hypotrophie.

I.5 PRÉVENTION

L'objectif est de diminuer le risque de MSN.

Les résultats de la campagne médiatique sur la position de couchage sur le dos ont été spectaculaires (diminution de près de 50 % des MSN).

La prévention passe par :

- l'information et la communication, en faisant prendre conscience à la population ciblée des risques et des conséquences de la MSN ;
- l'éducation, en dépistant et modifiant les comportements dangereux et en favorisant les modèles des comportements favorables au maintien de la santé.

Les conseils à donner sont :

- favoriser l'allaitement maternel ;
- éviter la consommation de tabac à proximité du nourrisson et les endroits enfumés ;
- respecter un intervalle d'une heure entre la consommation de tabac et la mise au sein ;
- aérer la chambre une fois par jour ;
- inciter les parents à ne pas chauffer exagérément la chambre (18 à 20°C) ;
- pour le couchage :

- adopter un **mode de couchage en décubitus dorsal** sauf contre-indication médicale ;
- prévoir un lit stable avec des barreaux espacés de moins de 8 cm, un matelas ferme et de taille adaptée au lit ;
- éliminer les coussins, les oreillers, les peluches ;
- utiliser une gigoteuse (proscrire les draps et couvertures) ;
- éviter le partage du lit avec les parents ;
- ne pas laisser un animal à proximité ;
- ne pas trop couvrir l'enfant ;
- ne pas laisser son enfant dans la voiture en plein soleil.

II SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

II.1 DÉFINITION

Le syndrome du bébé secoué est un ensemble d'observations qui n'ont pas à être toutes présentes pour qu'un tel diagnostic soit posé chez un enfant. Les lésions caractéristiques du syndrome du bébé secoué sont une hémorragie intracrânienne, une hémorragie rétinienne et des fractures des côtes et de l'extrémité des os longs. Un traumatisme par impact peut aussi causer d'autres lésions, telles des ecchymoses, des lacérations ou d'autres fractures.

Le syndrome du bébé secoué est une pathologie qui survient lorsqu'un nourrisson ou un jeune enfant est secoué violemment, habituellement par un parent ou par une nourrice. Pour certains spécialistes, le traumatisme crânien causé par un impact est un élément essentiel du mécanisme de la lésion. Les signes d'impact peuvent être visibles ou non, car celui-ci cause une décélération subite de la tête (c'est-à-dire que le mouvement de la tête s'interrompt brusquement) et peut être porté sur un objet mou, tel un matelas.

II.2 CONSÉQUENCES

Les issues des lésions cérébrales subies par des nourrissons secoués peuvent varier. Certains ne présenteront aucun trouble apparent, tandis que d'autres souffriront d'une invalidité permanente, y compris un retard du développement, des convulsions ou une paralysie, la cécité et parfois même la mort. Les effets des lésions neurologiques chez les survivants peuvent beaucoup tarder à se manifester et entraîner un éventail de déficits tout au long de la vie, tels des troubles de comportement et un déficit cognitif. Selon certaines données récentes, ces bébés qui semblent bien guéris peuvent présenter des troubles comportementaux ou cognitifs plus tard, peut-être à l'âge scolaire.

Il est probable que la plupart des enfants ayant subi le syndrome du bébé secoué auront besoin de services spéciaux tout au long de leur vie, notamment des soins de santé et de santé mentale ainsi que des services d'orthophonie, de stimulation précoce, d'éducation spécialisée et de réadaptation. D'autres services pourraient également être requis, comme le placement en établissement, le logement adapté et les services d'accès au marché du travail. Les familles biologiques, les familles adoptives et les foyers d'accueil d'enfants présentant le syndrome du bébé secoué subissent ces effets à long terme. Les parents non violents auront peut-être besoin d'aide supplémentaire de la part des services sociaux, juridiques et de santé.

II.3 SITUATION

Il semble que c'est une réaction causée, en partie, par le stress ressenti par la personne qui s'occupe du nourrisson. Les pleurs d'un bébé peuvent en exaspérer ou en épuiser certains, qui réagissent alors violemment et secouent l'enfant. D'autres situations déclenchent aussi cette réaction, telles que des difficultés à nourrir ou à nettoyer le bébé. À l'instar d'autres formes de mauvais traitements infligés aux enfants, il est possible que le bébé soit secoué de manière répétitive et subisse d'autres types de violence.

Le syndrome du bébé secoué s'observe dans tous les groupes socioéconomiques et probablement dans toutes les cultures. Des études canadiennes démontrent que les bébés secoués sont souvent des garçons de moins de six mois. Elles indiquent aussi que les personnes les plus susceptibles de secouer un enfant sont les pères biologiques, les beaux-pères et les partenaires masculins des mères biologiques. Toutefois, les enfants peuvent également être secoués par leurs nourrices ou leurs mères biologiques.

Parmi les facteurs de risque les plus associés à la violence faite aux enfants, y compris le syndrome du bébé secoué, on remarque l'isolement social, la violence familiale, l'abus de toxiques, les troubles psychiatriques, la présence d'un adulte ayant lui-même été victime de violence durant son enfance ou son adolescence, des liens d'attachement fragiles ou inexistantes entre le parent et l'enfant et une méconnaissance du développement des enfants. Le syndrome du bébé secoué peut aussi survenir dans des familles qui ne présentent aucun facteur de risque apparent.

II.4 PRÉVENTION

Il faut concevoir des stratégies pour renseigner toute la population au sujet des dangers de perdre le contrôle lorsqu'on a la charge d'un nourrisson. Les principaux messages doivent expliquer que les pleurs du bébé sont souvent l'élément déclencheur qui pousse une personne à secouer l'enfant et que la discipline physique n'a pas sa place dans les soins aux enfants. L'accent doit être mis sur le message suivant : « Ne secouez jamais un bébé ! » et sur l'importance d'aller chercher de l'aide si les besoins de l'enfant créent un tel sentiment de colère et de frustration qu'il devient difficile de garder le contrôle. Les parents doivent apprendre qu'il existe d'autres moyens de composer avec l'épuisement et les sentiments de frustration face à un bébé et qu'il faut faire preuve de prudence lorsque vient le moment de choisir des nourrices. La plus grande prudence s'impose avant de décider de laisser le bébé sous la garde d'une personne inexpérimentée, qui éprouve de la difficulté à contrôler sa colère ou qui témoigne du ressentiment envers le nourrisson, même pendant une courte période.

Les messages précédents peuvent être diffusés par des organisations professionnelles ou des campagnes de sensibilisation publique, tels des messages d'intérêt public, des

programmes d'éducation parentale, des réseaux d'entraide pour les parents, des programmes scolaires et d'autres organismes qui offrent différents services au public.

III MALTRAITANCE ET ENFANT EN DANGER

La maltraitance englobe les mauvais traitements de toutes natures qui peuvent être infligés aux enfants ou aux adolescents.

L'épidémiologie est très approximative : les chiffres s'appuient sur des estimations, des projections et des extrapolations. D'après l'ODAS :

- 300 à 600 décès d'enfants seraient chaque année imputables à la maltraitance, parmi lesquels 10 % environ seraient des cas signalés.
- Sur 200 admissions en pédiatrie, un enfant est victime de sévices.
- 80 % des enfants hospitalisés pour mauvais traitements ont moins de 3 ans et 40 % moins de 1 an, ce qui montre que la maltraitance s'inscrit souvent dans un trouble profond et très précoce de la relation parent-enfant.

Dans son rapport annuel de l'année 2003, l'ODAS recensait :

- 86 000 enfants signalés à l'Aide Sociale à l'Enfance, autrement dit « en danger » (contre 65 000 en 1995).
- Parmi eux, 49 000, soit 57 %, ont été l'objet de mesures judiciaires (contre 55 % en 1995).
- 18 300 étaient considérés comme réellement maltraités dont les 2/3 âgés de moins de 4 ans : 5 600 cas par sévices physiques (7 000 en 1998), 5 900 par abus sexuel (5 000 en 1998), 5 000 par négligences lourdes (5 300 en 1998), 2 000 par sévices psychologiques (1 700 en 1998).
- La proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est trois fois plus importante que dans la population générale

Dans 90 % des cas, elle provient de la famille proche (le père dans 46 % des cas, la mère dans 26 % des cas).

Le traitement public de la maltraitance est axée sur deux points primordiaux : la protection sociale et administrative des victimes et la prise en charge judiciaire.

III.1 VIOLENCES PHYSIQUES

Coups, secousses, brûlures, empoisonnements sont des mauvais traitements physiques et représentent environ 30 % des cas de maltraitance de l'enfant en France, mais ce n'est pas la maltraitance la plus signalée.

Les parents battant leur enfant considèrent souvent cette pratique comme normale. Ces parents peuvent être des adultes immatures, des anciens enfants maltraités (80 % des adultes maltraitants ont été maltraités) ou des personnes psychologiquement fragiles. Ils peuvent être dépendants de l'alcool, de médicaments ou de drogues.

III.2 VIOLENCES PSYCHIQUES

Elles incluent les actes de sadisme, de cruauté morale, d'humiliations, de brimades, d'insultes, de rejet, de refus affectif, d'exigences non adaptées à l'âge et au développement de l'enfant. En effet, l'exigence d'un surinvestissement scolaire ou sportif peut être une violence psychique pour l'enfant. Elles représentent environ 10 % des cas de maltraitance de l'enfant en France.

III.3 SÉVICES SEXUELS

Il s'agit de l'inceste, du viol, de l'atteinte sexuelle, de l'attentat à la pudeur, et de l'utilisation des enfants à des fins pornographiques ou de prostitution. Ils représentent environ 30 % des cas de maltraitance de l'enfant en France.

Ils sont fréquemment imposés par le proche milieu familial, mais aussi par une tierce figure d'autorité.

III.4 NÉGLIGENCES LOURDES

Il s'agit des défauts d'alimentation, de soin, d'hygiène, de surveillance et de protection. Elles représentent environ 30 % des cas de maltraitance de l'enfant en France.

IV ACCIDENTS DOMESTIQUES

Tous les jours, **2 000 enfants** de moins de 6 ans sont victimes d'accident de la vie courante, ce qui correspond sur une année à 740 000 accidents ayant motivé une consultation aux urgences.

Certaines victimes gardent des séquelles qui sont souvent à l'origine de handicaps sérieux.

L'intérieur de la maison représente le lieu principal d'accident pour cette tranche d'âge (80 %). En 2002, 308 enfants âgés de 0 à 15 ans sont décédés des suites d'un accident de la vie courante et parmi ces décès, 64 % concernaient des enfants de moins de 4 ans.

Les lieux à risque : pour les enfants de moins d'un an, les accidents surviennent davantage dans la cuisine, la chambre et la salle de bain. Quant aux accidents touchant les enfants de 1 à 4 ans, ils ont le plus souvent lieu dans la cuisine et la salle de séjour. L'âge augmentant, ces accidents diminuent et surviennent de plus en plus à l'extérieur de la maison.

Les accidents domestiques sont principalement des chutes, brûlures, électrocutions, intoxications, noyades, pénétration de corps étrangers et morsures d'animaux.

Seules, l'information, l'éducation et la surveillance peuvent limiter les accidents domestiques.

IV.1 CHUTES ET DÉFENESTRATIONS

Pour prévenir les chutes du jeune enfant :

- il ne faut jamais laisser un nourrisson seul, pas même quelques secondes, sur une table à langer ;
- il doit être bien attaché dans sa poussette ou son siège ;
- ne jamais le laisser seul au domicile ;
- installer des systèmes de sécurité aux fenêtres, aux escaliers et expliquer les dangers des fenêtres et balcons.

Un grand nombre de ces chutes sera sans conséquence. Ce que l'on redoute est un traumatisme crânien pouvant être grave, même si l'enfant reste conscient. Au moindre doute, consulter un médecin.

IV.2 BRÛLURES

Les brûlures peuvent être dues à des liquides brûlants, chimiques, des plaques chauffantes, etc. Pour prévenir les brûlures :

- ne jamais laisser un enfant de moins de 2 ans sans surveillance ;

- dans la cuisine, tourner les manches des casseroles vers l'intérieur des cuisinières ;
- ne pas porter l'enfant dans les bras lorsque l'on manipule un récipient rempli de liquide brûlant ;
- ne pas laisser un enfant à proximité d'une plaque chauffante ou d'un barbecue pendant l'été ;
- dans la salle de bains, vérifier la température de l'eau du bain.

IV.3 INTOXICATIONS ACCIDENTELLES

Les médicaments et les produits ménagers sont principalement impliqués dans ces accidents.

Pour les prévenir :

- placer les médicaments hors de la portée des enfants ;
- ne jamais conserver de médicaments périmés ;
- ranger les produits ménagers, en vissant bien les bouchons de sécurité, dans des lieux inaccessibles aux enfants ;
- ne pas utiliser de récipients de boissons pour stocker un produit ménager ;
- apprendre aux enfants, dès qu'ils sont en âge de comprendre, à reconnaître les produits ménagers et les sensibiliser aux dangers.

IV.4 AUTRES ACCIDENTS

D'autres accidents peuvent survenir : électrocution, noyade, étouffement, morsures par les animaux. La prévention passe par :

- ne pas bricoler les branchements électriques. Faire adapter les installations aux nouvelles normes ;
- surveiller les enfants en présence d'animaux domestiques et leur apprendre à respecter le territoire de l'animal ;
- un enfant près d'une piscine doit rester sous le regard constant d'un adulte attentif.

V BIBLIOGRAPHIE

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Protéger vos enfants des accidents domestiques. : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/978.pdf>

<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096555325642&LANGUE=0>

CONCLUSION

L'information et l'éducation sont essentielles pour prévenir les accidents, les décès et la maltraitance.

Il est primordial d'apprendre aux enfants, dès que c'est possible, à apprivoiser les risques et donner soi-même le bon exemple.

VI ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- MSN : Mort Subite du Nourisson
- RGO : Reflux Gastro-Oesophagien