



HAL
open science

**La prévention de la mort inattendue du
nourrisson, connaissances et pratiques des mères au
retour à domicile. Étude prospective réalisée dans les
structures hospitalières et libérales de Brest et de
Quimper entre le 15 juillet et le 24 octobre 2014**

Éloïse Nédélec

► **To cite this version:**

Éloïse Nédélec. La prévention de la mort inattendue du nourrisson, connaissances et pratiques des mères au retour à domicile. Étude prospective réalisée dans les structures hospitalières et libérales de Brest et de Quimper entre le 15 juillet et le 24 octobre 2014. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01276397

HAL Id: dumas-01276397

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01276397>

Submitted on 19 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

École de Sages-Femmes
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
Brest

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2015

**« La prévention de la mort inattendue du nourrisson :
connaissances et pratiques des mères au retour à domicile. »**
Étude prospective réalisée dans les structures hospitalières et libérales de Brest et de Quimper entre
le 15 juillet et le 24 octobre 2014.

Présenté et soutenu par : Eloïse Nédélec

Née le : 17/04/1992

Sous la direction du Dr Christiane LE BOT

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée NEDELEC Eloïse assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Dr Christiane LE BOT, ainsi que Mme Martine LOCHIN LE GALLAIS, sage-femme référente, pour leurs précieux conseils,

les gynécologues, sages-femmes libérales et secrétaires des différents lieux de l'étude pour leur participation,

ma famille et Alexandre pour leur soutien tout au long de ma formation,

ma promotion et plus particulièrement Marion P, Marie R, Maëva L, Marion L, Aurélia C.

Sommaire

I Introduction

- 1) Définitions
- 2) Epidémiologie
- 3) Recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé
- 4) Facteurs de risque
- 5) Prévention
 - I.5.1) Le couchage
 - I.5.2) La température de la chambre
 - I.5.3) Le tabagisme
 - I.5.4) Le matériel de puériculture
 - I.5.5) L'alimentation
 - I.5.6) La vaccination

II Matériel et Méthode

- 1) Méthode
- 2) Matériel

III Résultats

- 1) Le couchage
- 2) Matériel de puériculture
- 3) Le Bed-sharing
- 4) Toxiques
- 5) Les sorties en lieux publics
- 6) L'information sur la sécurité de l'environnement du nourrisson
- 7) Les questions ouvertes : croyances personnelles
- 8) La mort inattendue du nourrisson

VI Discussion

- 1) Commentaires des résultats
 - IV.1.1) Le couchage
 - IV.1.2) Matériel de puériculture
 - IV.1.3) Le bed-sharing
 - IV.1.4) Les toxiques
 - IV.1.5) L'information sur la sécurité de l'environnement du nourrisson
 - IV.1.6) La mort subite du nourrisson
- 2) Les limites de l'étude

V Conclusion

Références

Annexes

I Introduction

La mort inattendue d'un nourrisson (MIN) constitue toujours un événement traumatisant au sein d'une famille. Le taux de mort subite du nourrisson (MSN) a diminué de manière significative de 1992 à 1998 grâce aux campagnes de prévention. Il persiste 450 décès annuel par MIN en France, comprenant 250 décès par MSN dont certains sont considérés comme évitables en agissant sur la sécurité de l'environnement du nourrisson [1].

1) Définitions

Connu depuis le 19^{ème} siècle chez les anglo-saxons sous le terme de « Sudden Infant Death Syndrome », la définition de la mort subite du nourrisson a été reformulée par Beckwith et Krous en 2004 comme « la mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexplicquée après des investigations post mortem, comprenant une autopsie complète et une revue des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure. » Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion [2] [3].

Auparavant ce terme regroupait tout décès survenu avant l'âge de un an, sans investigation [4].

La diminution du taux de MSN s'explique en partie par la modification dans la classification des décès [4].

De manière plus générale, la MIN ou « Sudden Unexpected Death in Infancy » désigne tout décès survenant de manière brutale chez un nourrisson de moins de deux ans, sans que rien dans ses antécédents ne le laisse présager [2].

Selon l'American Academy of Pediatrics (AAP), ce terme de mort inattendue du nourrisson intègre les MSN inexplicables après l'autopsie, les décès liés à des pathologies aiguës ou préexistantes non repérées

par les professionnels de santé, ainsi que les accidents, traumatismes par maltraitance ou les empoisonnements [5] [6].

2) Epidémiologie

Le taux de mort subite du nourrisson (MSN) connaît une croissance importante entre les années 1970 et 1980, période correspondant à la recommandation du couchage sur le ventre. En 1972, l'étiologie principale de ces décès était imputable à « une apnée idiopathique du sommeil. » [7]

En 1983, le Professeur Sénécal, pédiatre, est le premier à attirer l'attention sur l'effet délétère du couchage sur le ventre, préconisant le sommeil sur le dos ; attitude conseillée en 1987 aux Pays-Bas lors de la première campagne de prévention, puis généralisée à l'ensemble des pays développés. [2] [8]

Les recherches menées au cours des années 1980 ont mis en évidence des facteurs de risque liés au développement du nourrisson, des maladies fréquentes contractées à cet âge de la vie et enfin des facteurs liés à l'environnement du nouveau-né. [7]

En France, à partir de 1992, on constate une diminution significative du taux de mortalité infantile (de 42%) liée à la chute du taux de mort subite du nourrisson de 75% [4] [9] ; les conseils de prévention concernant le couchage du nouveau-né sur le dos ont largement contribué à cette chute.

Une stagnation des taux est constatée entre 1999 et 2001 (environ 350 décès/an en France) et depuis 2002 une baisse régulière mais faible est enregistrée.

Malgré ces actions, la mort inattendue du nourrisson reste un problème de santé publique (450 MIN par an soit 0,42 pour 1000 naissances vivantes, dont 250 MSN soit 0,3 pour 1000 naissances). [1] [5] [9]

3) Recommandations de prise en charge de la Haute Autorité de Santé

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations afin de standardiser la prise en

charge des MIN.

Elle préconise un transport du corps vers une structure de référence MIN et recommande aussi de pratiquer des explorations médicales et complémentaires, ainsi qu'une autopsie afin de déterminer la cause du décès. L'autopsie est effectuée après avoir reçu le consentement des parents.

Elle souligne également l'importance de l'accueil et du soutien psychologique des familles. Le certificat de décès est rempli en deux étapes : d'abord au moment de la découverte du corps avec une évaluation des circonstances du décès et un examen précis des lieux. Il est complété après les investigations diagnostiques et transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC). Ce centre permet d'établir par la suite des statistiques nationales de mortalité [10].

Si ces recommandations ont permis une amélioration de la prise en charge, la cause du décès reste incertaine dans un tiers des cas du fait du refus de l'autopsie [2] [8].

4) Facteurs de risque

Plusieurs enquêtes ont permis de mettre en évidence certains facteurs de vulnérabilité, classés en 3 groupes [7] :

- les facteurs liés à l'histoire du nouveau-né (caractéristiques, antécédents, développement...)
- les pathologies fréquentes de cet âge
- l'environnement du nourrisson. Notre étude s'intéresse à ce point en particulier.

Les facteurs de vulnérabilité :

Dans son enquête menée de 2007 à 2009, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) a constaté des pics de fréquence entre 2 et 4 mois, période correspondant à des changements chez le nourrisson dans la structure du sommeil, l'alimentation, les relations avec les autres et dans ses mécanismes de défense. Il est démontré que le risque est plus élevé chez les garçons (2/3 en 2005) [9], les prématurés et les nouveau-nés de petit poids de naissance.

Des pics saisonniers ont été mis en évidence avec des taux plus importants de MIN enregistrés en hiver, période qui favorise le développement de maladies infectieuses et qui expose le nourrisson au surchauffage [2].

Les pathologies associées:

En dehors des infections (bactériennes ou virales) d'autres pathologies fréquentes à ces âges de la vie peuvent être des facteurs de risques de MIN, notamment des oesogastrites, des reflux gastro-oesophagiens ou encore des maladies héréditaires du métabolisme favorisées par un stress, ainsi que des pathologies cardiaques, notamment le syndrome du QT long congénital, qui serait une cause sous-estimée de MIN. Le mécanisme de cette pathologie est une fibrillation ventriculaire qui peut être mise en évidence à l'électrocardiogramme et qui entraîne une enquête familiale [7] [11] [12].

Les conditions sociales :

Au niveau socio-économique, il a été démontré que les populations vivant dans des conditions défavorables sont moins accessibles aux campagnes de prévention. Un taux légèrement plus élevé de MSN est retrouvé dans ces populations [5].

L'environnement :

Les principaux facteurs de risque de MIN retrouvés dans la littérature concernent l'environnement du nourrisson, il s'agit du couchage en position ventrale, du tabagisme passif ou d'une literie inadaptée [7].

5) Prévention

L'American Academy of Pediatrics (AAP) a établi en 2005 une liste de recommandations, diffusée sur les sites de l'association « Naître et Vivre » et de la Société Française de Pédiatrie [1] [6].

Cette liste établit un certain nombre de conseils dans différents domaines :

I.5.1) Le couchage

- Faire dormir le nourrisson sur le dos. Vers 4 mois l'enfant peut se retourner seul et se retrouver en position ventrale [14]. A cet âge, il n'a pas acquis suffisamment de tonus cervical, il lui est donc difficile de tourner la tête spontanément pour dégager ses voies respiratoires. Il est conseillé de le faire jouer sur le ventre pendant ses moments d'éveil afin qu'il développe ce tonus [8]. Cela permet également de limiter la plagiocéphalie fréquente chez les nourrissons les premiers mois de vie.
- Éviter le matériel de maintien qui risque de coincer le nourrisson dans une position dangereuse : coussin antiplagiocéphalie, cale-bébé, etc
- Disposer d'un lit adapté avec un matelas ferme
- Éviter les coussins, oreillers, couettes, couvertures, tours de lit, ou tout objet mou, comme les grosses peluches, pour lesquels, il y a un risque d'étouffement par enfouissement
- Faire dormir l'enfant dans son propre lit, dans la chambre parentale. Le partage de la chambre parentale est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie. Le partage du lit parental ou « bedsharing » peut être une pratique courante dans certaines cultures. En France, il n'est pas recommandé, car considéré comme dangereux si certaines conditions ne sont pas respectées : une brochure de l'UNICEF précise les situations dans lesquelles il doit être évité [16] [17] [Annexe 3].

I.5.2) La température de la chambre

Une température ambiante de 19 degrés est suffisante, il ne faut pas surchauffer.

I.5.3) Le tabagisme

Le tabac est un facteur de risque important en période pré et post-natale. Le tabac diminue les

réflexes d'éveil et de respiration, peut être responsable d'apnée du sommeil, d'hypoxie ou de diverses pathologies respiratoires (type bronchite). Le dioxyde de carbone peut entraîner des troubles neurologiques [15].

I.5.4) Le matériel de puériculture

- Proscrire l'emploi de certains produits de puériculture vendus dans les commerces (sur-matelas, cale-bébé, poufs, « cocons pour bébé », nids d'ange, tours de lit, coussins antiplagiocéphalie ...) pouvant se révéler dangereux car n'étant pas toujours adaptés
- L'usage de la tétine serait considéré comme facteur protecteur. Une méta-analyse publiée par Hauck, Omojokun, et Siadaty révèle une diminution du risque de MIN avec l'utilisation d'une tétine [18]. Le mécanisme reste encore incertain ; elle préviendrait les reflux gastro-oesophagiens par la succion non nutritive et libérerait les voies aériennes supérieures. Selon cette étude, elle est recommandée la première année de vie, et également après un mois chez les enfants allaités, une fois que l'allaitement maternel est mis en place

I.5.5) L'alimentation

Concernant l'allaitement maternel les études sont ambivalentes, il serait considéré comme un facteur protecteur de mort subite du nourrisson. Certaines études ont démontré le caractère protecteur du lait maternel contre les allergies et les infections (respiratoires, ORL, gastro-entérite..), l'incidence des diarrhées est plus basse chez les enfants allaités au sein.

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus optimal pendant les 6 premiers mois du nourrisson [19]. Il diminuerait donc le risque de MIN, mais il est important de remettre le nourrisson dans son lit après une tétée, car le sommeil partagé dans un lit ou un canapé est considéré comme à risque de MSN.

I.5.6) La vaccination

- La vaccination était considérée comme facteur de risque de MIN du fait du possible déclenchement de fièvres ou d'effets indésirables. Il est aujourd'hui prouvé que la vaccination protège de la MIN par un renforcement des défenses immunitaires [5] [11].

Les objectifs de notre étude sont de faire un point sur les connaissances et les pratiques des mères concernant les conseils de prévention et tenter de comprendre pourquoi ils ne sont pas adoptés.

II Matériel et Méthode

1) Méthode

Cette étude prospective multicentrique a été menée par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué entre le 15 juillet et le 24 octobre 2014, dans deux hôpitaux : le centre hospitalier universitaire de Morvan à Brest et le centre hospitalier de Cornouaille à Quimper, ainsi que dans le secteur libéral chez quatre sages-femmes libérales de Brest et de Quimper et deux gynécologues de Quimper [Annexe 1].

Les critères d'inclusion :

Toutes les mères lors de leur visite post-natale ou de leur séance de rééducation périnéale. Ce choix a été fait pour permettre aux mères d'avoir une période d'adaptation avec leur enfant à la maison et ainsi d'évaluer leurs habitudes comportementales vis à vis de la MSN. Il n'y a pas de critères d'exclusion.

2) Matériel

114 questionnaires élaborés conjointement avec Le Docteur Le Bot ont été déposés aux secrétariats des différents lieux d'étude. Un test de fiabilité a d'abord été effectué. Les questionnaires ont été testés sur dix mères.

Les mères remplissent le questionnaire en salle d'attente avant leur consultation ; une enveloppe est jointe, contenant des informations sur la prévention de la mort subite du nourrisson et à consulter après avoir rempli le questionnaire, dans l'objectif de leur apporter une information éclairée [Annexe 2].

Le questionnaire comporte 5 parties différentes :

- La première partie recherche des informations personnelles concernant les mères
- La deuxième partie s'intéresse aux données de l'accouchement et du nouveau-né
- La troisième partie aborde l'environnement du nouveau-né au retour à domicile
- La quatrième partie s'intéresse aux informations reçues par les mères
- La dernière partie aborde les croyances personnelles sur la sécurité et le confort du bébé

Les questionnaires récupérés sont analysés et les informations enregistrées dans un tableur Excel afin d'établir des statistiques.

III Résultats

Sur les 114 questionnaires, 62 ont été récupérés, ce qui représente un taux de réponse de 54 %.

Le taux d'allaitement maternel dans cette étude est de 68 %.

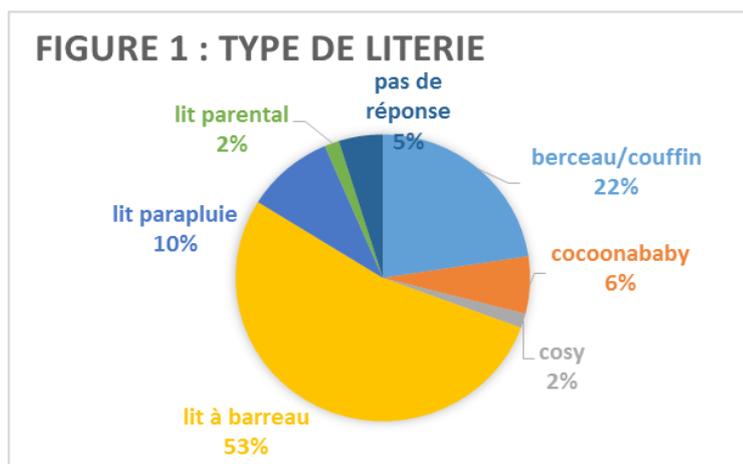
1) Le couchage

Le lieu de couchage : 47 % des parents déclarent coucher leur nourrisson dans sa propre chambre et dans 53 % des cas, il dort dans la chambre parentale.

La température de la chambre de l'enfant est aux alentours de 19° dans 92 % des cas; cependant les mères ayant rempli le questionnaire en juillet-août ont spécifié que la chambre était plutôt à 25°, du fait de la chaleur de l'été.

La position de couchage : 89 % en position dorsale, 5 % sur le côté et 6 % sans réponse.

2) Matériel de puériculture



Le matelas est ferme dans 81 % des cas, il est mou pour 13 % et 6 % sans réponse.

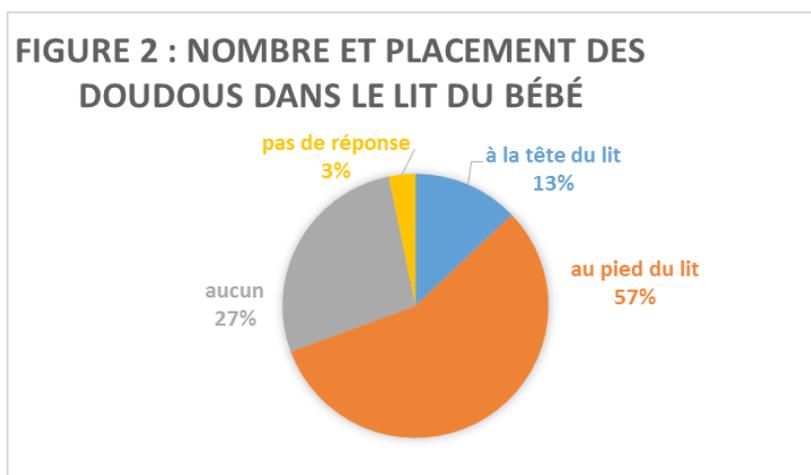
5 % des mères ont ajouté un matelas dans le lit (à chaque fois il s'agissait d'un lit parapluie).

Oreiller : 7 % des mères ont déclaré utiliser un oreiller, 90 % n'en utilisent pas et 3 % sans réponse.

Le tour de lit est utilisé par 63 % des mères, 34 % n'en utilisent pas et 3 % sans réponse.

Le type de couverture : 92 % des parents se servent d'une turbulette, 3 % utilisent des draps, 2 % des

couvertures et 3 % sans réponse.



Le cale-bébé : 10 % des mères utilisent un cale-bébé, 87 % n'en ont pas et 3 % sans réponse.

La tétine est utilisée par 61 % des mères, 34 % n'en utilisent pas et 5 % sans réponse.

Le coussin d'allaitement maternel : 68 % des mères utilisent un coussin d'allaitement, parmi elles 64 % s'en servent également comme un cocon pour le bébé.

Autres matériels de puériculture :

34 % des parents utilisent une surveillance audio, 5 % ont acheté un transat, 15 % utilisent un coussin antiplagiocéphalie, 15 % ont investi dans un cocon pour bébé (cocoonababy), 3 % utilisent un coussin d'allaitement maternel avec une attache pour bébé, 3 % ont acheté des oreillers spécial bébé, 5 % des poufs. Mais aussi des tapis d'éveil, draps spécial bébé, balancelles, etc.

3) Le Bed-sharing

Partage du lit parental	oui	35%
Lieu	à côté de la mère	59%
	entre les 2 parents	41%
Oreiller	oui	9%
Type de couverture	couette	36%
	couverture	5%
	turbulette	54%
	sans réponse	5%

Tableau I : Partage du lit parental (bed-sharing)

Parmi les mères pratiquant le bed-sharing : 23 % n'allaitent pas et 18 % fument.

Pour 5 % des mères, l'enfant dort quotidiennement dans le lit parental. Et pour les autres (95 %) cette pratique est occasionnelle.

61 % des mères s'endorment avec leur bébé dans un canapé, un fauteuil, un lit

4) Toxiques

47 % des foyers déclarent consommer du tabac, que ce soit la mère et /ou les personnes vivant dans le même environnement que le bébé ; dans 93 % des cas, c'est à l'extérieur et dans 7 % des cas, dans la cuisine. 3 % des mères déclarent consommer de l'alcool régulièrement, parmi celles-ci aucune n'allaite ou ne dort avec son enfant.

5) Les premières sorties en lieux publics

56 % des parents déclarent sortir pour la première fois avec leur nourrisson dans des lieux publics type magasins ou supermarchés avant l'âge d'un mois, 29 % entre l'âge de un et deux mois et 15 % après l'âge de deux mois.

6) L'information sur la sécurité de l'environnement du nourrisson

84 % des mères ont bien reçu l'information. Parmi les 16 % de mères déclarant ne pas avoir reçu d'information, une précise que cela lui a manqué dans l'accompagnement en maternité.

Quand ?			Par qui ?					Comment ?	
pendant la grossesse	en maternité (suites de couches)	au retour à domicile (PMI PRADO)	Pédiatre	Sage-femme	Puéricultrice	Gynécologue	Auxiliaire de puériculture	Orale	Ecrite
62%	75%	42%	27%	87%	33%	6%	27%	90%	56%
En moyenne 1 à 2 fois			En moyenne 1 à 2 intervenant(s)					En moyenne 1 à 2 support(s)	

Tableau II : Mères ayant reçu des informations sur la sécurité de l'environnement du nourrisson.

7) Les questions ouvertes : croyances personnelles

Si votre enfant régurgite, est-il mieux pour lui de dormir sur le côté ?

34 % des mères pensent que si leur bébé régurgite, il est mieux pour lui de dormir sur le côté, les arguments exposés sont variables :

- « C'est une position plus sécurisante, cela évite qu'il s'étouffe »

- « qu'il y a moins de risque de fausse route » et « cela permet une meilleure évacuation »
- « il est plus à l'aise »

53 % pensent que ce n'est pas bien de coucher l'enfant sur le côté même s'il régurgite, certaines se basent sur les conseils de prévention :

- « le risque de mort subite du nourrisson »
- « le risque de basculer sur le ventre »
- « de s'étouffer »
- « il n'aime simplement pas la position sur le côté. »

13 % sans réponse

Si votre enfant a des coliques, est-il mieux pour lui de dormir sur le ventre ?

15 % pensent que si leur enfant a des coliques c'est mieux pour lui d'être couché sur le ventre car cela « permet de le calmer »,

- « de réchauffer son ventre »
- « il est plus à l'aise sur le ventre »
- « si cela n'est pas conseillé, cela semble tout de même soulager l'enfant. »

74 % pensent que si leur enfant a des coliques ce n'est pas une solution de le coucher sur le ventre car leur enfant « n'aime pas cette position »

- « masser le ventre, cela fonctionne mieux »
- « c'est dangereux de faire dormir un enfant sur le ventre, cependant à distance d'un repas et en présence du parent on s'aperçoit que cette position plat-ventre lui fait du bien »
- il y a un « risque d'asphyxie »

11 % sans réponse

Une température ambiante plus chaude que d'habitude (environ 25 °) est nécessaire pour votre nouveau-né au retour à la maison ?

87 % pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une température ambiante plus chaude que d'habitude (25°) pour leur nourrisson car

- « il vaut mieux plus les couvrir que d'augmenter la température »
- « il risque de se déshydrater »

8 % pensent que c'est nécessaire car

- « les enfants ont besoin de la chaleur pour grandir »
- « les nourrissons ne régulent pas leur température comme les adultes »
- « il lui faut un environnement chaud au départ »

5 % sans réponse

L'ajout d'un matelas dans un lit parapluie est-il dangereux ?

40 % pensent que oui car « il peut se coincer entre le côté du lit parapluie et le matelas »

- « il peut s'étouffer »

32 % ne pensent pas que c'est une pratique dangereuse, certaines n'ont pas reçu d'information à ce sujet, d'autres pensent que « c'est un support qui reste plat, il n'y a pas de risque »

- « les matelas sont durs dans les lits parapluies et il existe des matelas fins pratiques, pour que le bébé soit plus à l'aise »
- « au contraire c'est plus confortable et stable »
- « au contraire, il est utile, le matelas du lit parapluie est trop fin, on y sent les barres en dessous »

28 % sans réponse

Partager la chambre parentale avec votre nouveau-né est préférable pour votre enfant ?

55 % pensent que oui car « c'est rassurant les premières semaines »

- « c'est pratique pour l'allaitement » « jusqu'à 3 mois »
- « il est encore raccordé à sa mère et si jamais il ne respire pas normalement on peut intervenir »
- « l'enfant a besoin d'un contact corporel permanent avec sa maman, la proximité est essentielle »
- « cela limite la fatigue et accentue la vigilance »

34 % pensent que ce n'est pas bien de partager la chambre avec leur enfant car « il doit prendre ses repères dans son univers dès sa naissance »

- « c'est le début de la fin, il faut garder l'intimité du couple et bébé doit avoir son espace à lui »
- « il doit s'endormir dans un lieu où il se sent en sécurité sans la présence des parents »
- « c'est une mauvaise habitude pour l'adaptation du bébé, le sommeil des parents est plus léger »

8 % disent à la fois oui et non car « c'est pratique quand on allaite, mais certains couples n'ont pas le choix par manque de place, il ne faut pas les faire culpabiliser »

- « oui pour rassurer le bébé quand il pleure, être à ses côtés pour l'alimenter et surveiller sa digestion, et non pour le manque d'intimité du couple »
- « oui pour la proximité, l'alimentation, et non car le changement de chambre peut le perturber »
- « oui car on l'entend mieux les premiers mois de sa vie, et non car on réagit au moindre mouvement et ce n'est pas bien pour son épanouissement »

3 % sans réponse

1) La mort inattendue du nourrisson

92 % des mères ont déjà entendu parler de la mort inattendue du nourrisson.

Par un professionnel de santé	Par leur propre moyen (entourage, télévision, internet...)	Par les deux
9%	63%	28%

Tableau III : sources de l'information des mères sur la Mort Inattendue du Nourrisson.

VI Discussion

1) Commentaires des résultats

La mort subite du nourrisson reste une préoccupation majeure en France avec un taux qui reste globalement stable depuis 2002 [9].

L'objectif de notre étude est donc de savoir si les conseils pour la prévention de la MSN sont pris en compte par les mères. Si ce n'est pas le cas, les hypothèses sont liées à des facteurs personnels naturels, à un manque d'information ou à des croyances personnelles.

IV.1.1) Le couchage

Le lieu de couchage : Si l'OMS recommande de coucher l'enfant dans la chambre parentale pendant les six premiers mois de vie, cette recommandation ne semble pas être intégrée par les parents, qui couchent leur nourrisson dans sa propre chambre dans 47 % des cas, car « c'est une mauvaise habitude, l'enfant doit s'adapter à son univers dès la naissance », « l'intimité du couple doit être préservée »

La température ambiante de la chambre de l'enfant est majoritairement aux alentours de 19°, sauf pour 8 % des nourrissons dont les mères pensent qu'une température plus élevée au départ est indispensable car « les nourrissons ne régulent pas leur température. »

La position de couchage sur le dos semble être bien appliquée (89 %) et le matelas est également dans la majorité des cas bien adapté au lit. Il reste cependant 5 % des nourrissons de notre étude couchés sur le côté. De plus, 34 % des mères pensent que si leur enfant régurgite, cette position sur le côté est plus « sécurisante » pour le nourrisson qui ne « risque pas de s'étouffer ».

Aucune mère dans notre étude n'a déclaré coucher son enfant sur le ventre, mais 15 % pensent que la position sur le ventre est adaptée quand leur nourrisson a des coliques, « cette position le soulage ».

IV.1.2) Matériel de puériculture

Le type de literie : 53 % des nourrissons de notre étude dorment dans un lit à barreau, 10 % dans un lit parapluie. Selon l'étude de l'INVS menée entre 2007 et 2009, 30 % des décès ont eu lieu dans un lit à barreau, 18 % dans un lit parapluie [2].

Le matelas semble majoritairement bien ferme (81 %). Quant au risque de l'ajout d'un matelas dans un lit parapluie, l'information ne paraît pas suffisamment diffusée, puisque 60 % des mères ne savent pas que c'est dangereux et certaines pensent même que c'est indispensable car « plus stable et plus confortable »

Les oreillers sont utilisés par 7 % des mères ; ce phénomène est favorisé par la publicité autour du matériel de puériculture avec des oreillers et des draps spécialement conçus pour les bébés. D'après l'étude menée par l'INVS, parmi les enfants décédés qui dormaient avec un objet dans leur lit, 34 % avaient un oreiller près du visage [2].

Le type de couverture utilisée dans 92 % des cas est une turbulette, conforme aux recommandations de l'AAP, mais 3 % utilisent des draps et 2 % des couvertures qui sont considérés comme dangereux car le nourrisson peut y enfouir sa tête. D'après l'INVS, parmi les enfants décédés qui dormaient avec un objet dans leur lit : 44% avaient une couverture près du visage [2].

Les tours de lits : Un taux élevé de mères (63 %) utilisent les tours de lit ; dans les plaquettes de prévention, il est bien précisé que le tour de lit « trop épais, représente un danger pour le bébé » qui peut y enfouir sa tête pendant son sommeil et s'étouffer. Selon l'INVS : parmi les enfants décédés qui dormaient avec un objet dans leur lit : 16 % avaient un tour de lit près du visage [2].

Le conseil préconisant l'absence de doudous dans le lit semble bien intégré ; dans 84 % des cas, il n'y a pas de doudous ou ils sont au pied du lit ; il reste cependant 13 % des parents qui placent des peluches à la tête de leur enfant dans son lit. D'après l'INVS : parmi les enfants décédés qui dormaient avec un objet dans leur lit : 36 % avaient des peluches près du visage [2].

Les matériaux de maintien de l'enfant sont de plus en plus utilisés et vendus : 15 % des mères semblent satisfaites de l'utilisation d'un cocon pour bébé, 10 % des parents utilisent des cales-bébés et 3 % se servent d'un coussin d'allaitement avec des attaches pour maintenir le bébé. Ces produits de maintien ne sont pas nécessaires ; quand l'enfant commence à se retourner, il peut être piégé dans une mauvaise position.

Les mères déclarent aussi utiliser d'autres produits de puériculture comme les surveillances audio, pouvant être source d'anxiété chez certains parents à l'affût du moindre bruit ; les coussins antiplagiocéphalie vendus pour éviter à l'enfant d'avoir une tête plate, s'avèrent dangereux en cas de retournement du nourrisson.

D'autres produits ne sont pas utilisés comme il conviendrait : dans notre étude 64 % des mères utilisent le

coussin d'allaitement comme cocon pour le bébé, 5 % ajoutent un matelas dans le lit parapluie pour le « confort » du nourrisson, ou encore, certains bébés dont les literies principales sont des cocoonababy ou des cosy...

Un véritable lobbying de consommation autour des accessoires de puériculture existe avec la diffusion dans les médias de produits attractifs, sans soucis de prévention de la MSN [20].

IV.1.3) Le bed-sharing

Pratiqué par 35 % des mères, le nourrisson est placé entre les deux parents dans 36 % des cas, ce qui met l'enfant en danger : le père, n'ayant pas l'imprégnation hormonale de la mère, n'est pas dans le même état d'alerte et risque d'écraser son enfant. 9 % utilisent un oreiller pour leur bébé, 36 % une couette, ce qui multiplie le risque d'enfouissement de l'enfant. 23 % n'allaitent pas et 18 % fument. Les recommandations de l'UNICEF concernant le bed-sharing ne semblent pas comprises.

Dans l'étude de l'INVS, 18 % des enfants décédés ont été retrouvés dans le même lit qu'un adulte, 14 % dans la même pièce et 56 % seuls. Parmi les enfants décédés en bed-sharing, la moitié n'avait pas l'habitude de partager le lit de quelqu'un. Et pour les autres retrouvés dans la même pièce ou seuls, c'était une situation inhabituelle pour plus d'un tiers. Il semble donc que le bed-sharing constitue un réel facteur de risque, d'autant plus quand il est pratiqué de façon occasionnelle et que l'enfant n'est pas habitué à cette pratique. Or dans notre enquête, 95 % des mères le pratiquent de manière occasionnelle [2].

61 % des mères déclarent parfois s'endormir avec leur nourrisson, dans un canapé, un fauteuil ou dans leur lit. L'étude de Blair, Platt, Smith et Fleming montre que le partage du canapé avec un adulte pendant le sommeil est associé à un risque particulièrement accru de MSN [22].

IV.1.4) Les toxiques

Les conseils de prévention sur le tabagisme passif sont bien respectés : parmi les 47 % de foyers fumeurs, 93 % déclarent fumer à l'extérieur. Les mères qui consomment de l'alcool régulièrement (3%) n'allaitent pas et ne s'endorment pas non plus avec leur enfant.

IV.1.5) L'information sur la sécurité de l'environnement du nourrisson

84 % des mères ont reçu l'information, 75 % l'ont reçue en suites de couches par la sage-femme (87 %) et de façon orale (90 %). La sage-femme intervenant pendant la grossesse, en maternité, mais aussi au retour à domicile (PRADO) et lors de la visite post-natale, a un rôle primordial dans la diffusion et l'explication des conseils de prévention concernant la MSN.

16 % des mères déclarent ne pas avoir reçu d'information. Ces résultats sont en accord avec l'étude de F. Ferry-Mathieu : « les mères sont demandeuses d'avantage de conseils » concernant différents thèmes et « la clarté des conseils influence la pratique. » [21]

IV.1.6) La mort subite du nourrisson

92 % des mères ont connaissance de la mort inattendue du nourrisson ; dans 63 % des cas, c'est par leur propre moyen (entourage, télévision, internet...) et dans 37 % des cas par un professionnel de santé. Les conseils de sécurité sont transmis mais les professionnels n'osent pas évoquer, devant les mères, de façon claire et précise le terme de Mort Inattendue du Nourrisson.

Elisabeth Briand-Huchet, pédiatre et responsable du centre de référence MSN à Clamart, parle d'un tabou autour de la MSN, les professionnels de santé évitant de le prononcer par crainte d'effrayer.

Des messages contradictoires entre professionnels existent : entre ceux pour qui il n'y a pas de risque et ceux qui pensent que les pratiques des parents à la maison relèvent de la sphère privée. Ces mêmes informations interprétées par l'entourage familial qui, voulant se montrer bienveillant, donne des conseils parfois peu adaptés ; c'est difficile, dans ce contexte, pour les parents de reconnaître les bonnes pratiques

[20].

En France, des campagnes de prévention sont menées par des associations (Naître et Vivre) qui distribuent des dépliants, mais il n'existe pas de recommandations officielles, à la différence d'autres pays comme les Etats-Unis où l'AAP a établi en 2005 une liste de recommandations [21].

2) Les limites de l'étude

Le projet initial était de réaliser l'étude sous la forme d'entretiens afin de pouvoir entendre les pratiques des mères, en comprendre les raisons et adapter l'information de prévention à chacune. Mais cela n'a pas été possible pour des raisons d'organisation.

Les questionnaires transmis aux secrétaires de l'hôpital de Quimper ont été très peu distribués, il n'y a aucun retour.

Il était précisé que l'enveloppe jointe au questionnaire contenant la plaquette d'information, était à ouvrir après avoir rempli le questionnaire, mais si les patientes n'ont pas respecté cette consigne, un biais est possible dans l'étude. En tant que professionnel de santé ayant un rôle primordial de prévention, il nous semblait indispensable de fournir une information appropriée.

Le questionnaire et l'information jointe ont fait resurgir une angoisse de MSN chez deux mères qui ont connu dans leur entourage un décès par MSN.

Il nous a été impossible d'exploiter les données socio-professionnelles des mères en rapport avec l'application ou non des recommandations, et les croyances personnelles, du fait d'une très grande hétérogénéité et d'un échantillon de population restreint ; les résultats n'étaient pas significatifs.

V Conclusion

Les campagnes de prévention concernant l'environnement du nouveau-né ont largement contribué à la chute du taux de MSN. Ces résultats se situent encore en dessous des objectifs à atteindre car les conseils de puériculture ne semblent pas suffisamment entendus et appliqués [20]. En agissant seulement sur l'environnement du nourrisson 100 à 150 décès par an seraient évitables [21].

Du fait de l'influence de la diffusion médiatique des produits de puériculture, du manque d'information, de messages contradictoires de la part du personnel soignant, ou de croyances personnelles, les conseils de prévention de la MSN ne sont pas toujours entendus par les mères.

Notre recommandation est d'améliorer la qualité de l'information avec la distribution systématique d'une plaquette d'information accompagnée d'explications orales précises et sans tabou par le personnel médical, y compris les sages-femmes, à toute occasion de rencontre avec les mères.

Les campagnes de prévention de la MSN devraient être poursuivies et renforcées par les pouvoirs publics, mobilisant l'ensemble des professionnels de santé afin d'uniformiser les messages de prévention. Les recommandations sur le bed-sharing devraient être plus largement diffusées et la lutte contre le tabagisme passif doit être poursuivie.

Une sensibilisation des fournisseurs en matériel de puériculture paraît judicieuse, pour éviter de transmettre des messages contradictoires et obtenir une utilisation adaptée des produits.

Certains de ces axes d'amélioration ont été évoqués dans d'autres études et notamment par Elisabeth Briand Huchet. Dans l'étude de F. Ferry-Mathieu, aucun nourrisson ne dormait dans un couchage complètement sécurisé. Malheureusement, un seul facteur même isolé et transitoire peut entraîner une MSN, « seul le risque zéro permettrait de réduire les chiffres de MSN » [21].

Références

Bibliographie

- [1] Association naître et vivre. Étude et prévention de la mort inattendue du nourrisson, et accompagnement des parents. [En ligne]. <http://naître-et-vivre.org/>. Consulté le 10 mars 2014.
- [2] Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. 2011. 56 p. [En ligne] http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf. Consulté le 10 août 2014.
- [3] Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157(3):286-90.
- [4] Tursz A, Briand-Huchet C, Revel C. De la mort subite du nourrisson à la mort inattendue du nourrisson. Archives de pédiatrie. 2007 ;14 :417-420
- [5] Roussey M, Dagherne M, Defawe G, Hervé T, Balençon M, Venisse A. Actualité sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. Archives de pédiatrie. 2007 ;14 :627-629.
- [6] American Academy of Pediatrics. Task Force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and news variables to consider in reducing risk. Pediatrics 2005;116(5):1245-55.
- [7] Briand-Huchet E. Mort inattendue du nourrisson. Pédiatrie-maladies infectieuses. 2011:1-12
- [8] Naud J. Malaises et mort inattendue du nourrisson. Medecine d'urgence. 2014;9(2):1-9
- [9] Institut de Veille Sanitaire (InVS). Bulletin épidémiologique hebdomadaire : numéro thématique : Morts inattendues du nourrisson. 2008;3-4 : 17-32. [En ligne] <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/BEH/2008/03-04/03-04.pdf>. Consulté le 06 juin 2014.
- [10] Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans).2007. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_532833. Consulté le 28 août 2014.
- [11] Borbotte E. La mort subite du nourrisson : physiopathologie et prévention. Thèse de pharmacie. Université Reims ;2012,141 p.
- [12] Baruteau AE, Baruteau J, Baruteau R, Schleich JM, Roussey M, Daubert JC et al. Le syndrome du QT long congénital : une cause sous estimée de la mort subite inexpliquée du nourrisson. Archives de Pédiatrie. 2009;16:373-380.
- [13] Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. Archives de pédiatrie. 2011 ;18 :1028-1032.
- [14] Saint Stéban C, Leray E, Jouan H, Loget P, Venisse A, Roussey M. Peut-on expliquer la mort inattendue du nourrisson ? Réflexions à partir d'une série de 80 cas autopsiés au CHU de Rennes entre

1994 et 2007. Archives de pédiatrie. 2010 ; 17 : 1231-1236.

[15] Desurmont M, Schepens C. Quelles sont les conséquences à court, moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse ? Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utéro au tabagisme : comment informer les parents qui fument ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de le Reproduction. 2005;34:223-229.

[16] Jenni O, Bucher HU, Gosztonyi L, Hösli I, Honigmann S, et al. Bedsharing et mort subite du nourrisson : recommandations actuelles. *Pediatrica*. 2013 ; 14 : 9-11.

[17] UNICEF UK Baby Friendly Initiative avec la Foundation for the Study of Infant Deaths. Partager un lit avec votre bébé. [En ligne]

http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/Other%20languages/sharingbedleaflet_french.pdf. Consulté le 15 septembre 2014.

[18] Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A metaanalysis. *Pediatrics*. 2005; 116(5):716-723.

[19] Castetbon K, Duport N, Hercberg S. Allaitement maternel et santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.2004;52:475-480.

[20] Biriand-Huchet E. Les morts inattendues encore évitables par les mesures de prévention. *Archives de pédiatrie*. 2011;18:180-181.

[21] Ferry-Mathieu F. Le couchage des nourrissons dans la prévention de la mort subite du nourrisson : étude propective de 100 couples maman-bébé. Thèse de médecine. Université Paris Sud;2012,103 p.

[22] Blair PS, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ, CESDI SUDI Research Group. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants : anopportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child*. 2006;91(2):101-6.

Annexe 1:

Questionnaire.

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme en 4ème année, je travaille sur mon mémoire de fin d'études en 2015.

Je souhaite réaliser une enquête qui porte sur les pratiques et habitudes des mères au retour à domicile et les informations qu'elles ont reçues concernant l'environnement du nouveau-né.

Je vous serais reconnaissante dans un premier temps de bien vouloir remplir le questionnaire qui suit. Celui-ci est totalement anonyme, comporte 4 pages et ne vous prendra pas plus de 10 minutes. N'hésitez pas à répondre le plus sincèrement et spontanément possible.

Une fois rempli ce questionnaire, vous pourrez consulter dans l'enveloppe ci-jointe les informations concernant la sécurité de l'environnement du nouveau-né.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et l'aide précieuse que vous apporterez à cette étude.

Cordialement.

Eloise Nédélec, étudiante sage-femme.

Questionnaire

1) Votre situation :

Votre âge :

Profession :

Situation familiale : seule / en couple

Nombre d'enfants : et âge des enfants :

Si vous avez des aînés, participent-ils aux soins du nouveau-né ? Oui / Non

2) Dernier accouchement :

Lieu :

Terme :

Poids de naissance de l'enfant :

Sexe de l'enfant :

Allaitement maternel : Oui / Non si oui : combien de temps souhaitez-vous allaiter ?
.....

3) Environnement du nouveau-né au retour à la maison :

Entourez la mention correcte pour chaque question.

a) Chambre et coucher de votre enfant :

Où dort votre bébé ?

Dans sa chambre / chambre des parents / chambre des frères et sœurs / autre :

- Dans le cas où il dort dans son propre lit :

- Dans quelle position dort-il ? Sur le dos / le ventre / le coté / autre :

- Quelle est sa literie principale ? Lit à barreau / lit parapluie / couffin / berceau / transat / cosy /
autre :

- Utilisez-vous un cale-bébé ? Oui / Non

- Le matelas est : mou / ferme

- Y a-t-il un matelas surajouté ? Oui / Non

- Quelle type de couverture ? Turbulette / couette / draps / couverture polaire / autre :
.....

- A-t-il un oreiller ? Oui / Non

- Y a-t-il un tour de lit ? Oui / Non

- Y a-t-il des objets dans le lit ? Oui / Non

Si oui quel type d'objets ? : Doudous / jouets / autre

Et à quel endroit du lit ? Tout autour/ seulement au pied du lit / seulement à la tête du lit.

- Dans le cas où votre enfant dort dans le lit parental :

- De quel côté dort-il ? Entre les deux parents / à coté de vous

- Quelle type de couverture a-t-il ? Turbulette / votre couette / sa couette / couverture polaire/ autre :

- A-t-il un oreiller ? Oui / Non

- Dort -il collé contre vous ? Oui / Non

Quelle température fait-il dans la pièce où votre enfant dort ? Environ 15° / environ 19° / environ 25°

Vous arrive-t-il de vous endormir avec votre enfant ? (lit, canapé, fauteuil, autre.....) Oui / Non

b) Alimentation :

Votre enfant se réveille-t-il principalement seul, spontanément pour la prise alimentaire ? Oui / Non

Si non sur quels critères vous basez-vous pour le réveiller ?

.....
.....
.....

Votre enfant régurgite-t-il souvent ? Oui / Non

En dehors des repas, utilisez-vous une tétine pour calmer ou faire patienter votre enfant ? Oui / Non

c) Toxiques :

Consommez-vous :

- des cigarettes ? Oui / Non si oui : combien en moyenne par jour ?
Et dans quels lieux ? À la maison / à l'extérieur
- de l'alcool régulièrement ? Oui / Non
- des drogues ? Oui / Non si oui quel type de drogue ?
- des médicaments psychotropes ? Oui / Non

Y a-t-il des personnes vivant dans le même environnement que votre bébé qui fument ? Oui / non

Si oui fument-ils dans le logement ? Oui / Non

Si oui dans quelles pièces ?

d) Sorties :

A quel âge avez-vous l'intention de sortir avec votre enfant dans un lieu public (magasins, supermarché....) ? Avant 1 mois / avant 2 mois / après 2 mois.

Quel mode de garde avez-vous choisi pour votre enfant dès votre reprise de travail ? Crèche / halte-garderie / famille (grands-parents)/ autre :

4) Information de prévention concernant l'environnement de votre bébé :

Avez-vous reçu des informations concernant les précautions à respecter pour l'environnement de votre enfant ? Oui / Non

Si oui à quel moment avez-vous reçu cette information ? pendant la grossesse (en consultation)/ à la maternité en suites de couches / au retour à domicile PRADO, PMI / autre :
.....

Quelle personne vous a donné cette information ? Pédiatre / sage-femme / gynécologue / puéricultrice / auxiliaire de puériculture / autre :

Sous quelle forme ces informations vous ont-elles été transmises ? Orale / écrite (brochures) / internet / autre :

5) Ce que vous en pensez ?

Si votre enfant régurgite, est-il mieux pour lui de dormir sur le côté ? Oui/ Non

Pourquoi ?.....
.....
.....

Si votre enfant a des coliques, est-il mieux pour lui de dormir sur le ventre ? Oui / Non

Pourquoi ?.....
.....
.....

Une température ambiante plus chaude que d'habitude (environ 25 °) est nécessaire pour votre nouveau-né au retour à la maison ? Oui / Non

Pourquoi ?
.....
.....
.....

L'ajout d'un matelas dans un lit parapluie est-il dangereux ? Oui/ Non

Pourquoi ?
.....
.....
.....

Partager la chambre parentale avec votre nouveau-né est préférable pour votre enfant ? Oui / Non

Pourquoi ?
.....
.....
.....

Avez-vous aménagé ou acheté des choses pour le confort et la sécurité de votre enfant (poufs, cocons, surveillance audio, coussin anti-plagiocéphalie (tête plate), autres.....) :

.....
.....
.....

Pratiquez-vous le portage en écharpe ? Oui / Non

Si oui, un professionnel vous a-t-il conseillé ou avez-vous appris seule ?

.....
.....

Avez-vous un coussin d'allaitement ? Oui / Non

Si oui, quelle utilisation en avez-vous ? Position confortable pour allaiter / cocon pour votre enfant / autre :

.....
.....

Avez-vous déjà entendu parler de la mort inattendue du nourrisson ? Oui / Non

Si oui, où en avez-vous entendu parler ? Maternité en suites de couches/ Professionnels de la petite enfance / dans l'entourage / télévision / internet / autre :.....

Je vous remercie pour votre aide.
Eloïse Nédélec

Annexe 2 :

Prévention de la mort subite du nourrisson



ASSUREURS PRÉVENTION
L'assurance d'une vie plus saine

Tous concernés !

De quoi s'agit-il ?

C'est le décès incompréhensible à première vue et imprévisible, le plus souvent pendant le sommeil, d'un tout-petit qui semblait jusqu'ici en bonne santé apparente.

À qui ça arrive ?

C'est bien ça le problème : il n'y a pas de signe annonciateur de ce drame. En revanche, tout ce qui peut favoriser la gêne respiratoire du tout-petit pendant son sommeil est pointé du doigt : dormir sur le ventre au risque de ne plus pouvoir relever la tête du matelas, a fortiori s'il est mou, c'est trop risqué. Dormir avec une couette ou un doudou contre lequel il y a un risque de s'étouffer, aussi. Tout ce qui comporte un risque d'enfouissement, de chaleur excessive, et qui gêne la respiration à l'air libre, doit être évité.

Pourquoi ça arrive ?

La ou les causes de la mort inattendue d'un nourrisson (MIN) ne sont souvent comprises qu'a posteriori : infections, accident de literie, maladies cardiaques, digestives, métaboliques... quand on ne trouve pas du tout d'explication, on conclut à une mort "subite" du nourrisson (MSN).

Le saviez-vous ?

Prématurité et petit poids de naissance, tabagisme pendant la grossesse, sont des facteurs de risque classiques. Il en existe un autre, sur lequel les parents peuvent agir facilement : les erreurs portant sur le couchage de Bébé. Une meilleure information des parents devrait donc encore faire chuter le nombre de décès (environ 500 MIN par an dont 250 MSN).



C'est une bonne idée

Pour coucher Bébé

Toujours sur le dos

Dès la naissance sur un matelas ferme, dans un lit rigide (par exemple, lit à barreaux) et sans rien qui puisse le gêner durant son sommeil, c'est la règle d'or.

Dans son propre lit

Le tout-petit doit toujours dormir dans son propre lit, néanmoins il est préférable de placer son lit dans la chambre des parents pendant les six premiers mois, afin de mieux le surveiller.

Pour protéger Bébé dans son lit

Pas d'oreiller, ni coussin, ni couette, ni drap, ni couverture

Que ce soit pour dormir la nuit ou pour une simple sieste, Bébé doit être couché avec une gigoteuse ou une turbulette pour le couvrir, ou encore un surpyjama, seul dans son lit à barreaux et dans une pièce non surchauffée.

Un matelas ferme et adapté au lit

Le matelas doit être ferme et de dimensions exactement adaptées aux montants du lit. Lorsque vous utilisez un lit parapluie, ne rajoutez pas de matelas à l'intérieur.

Attention aux tours de lit et aux grosses peluches

Toujours trop épais, le tour du lit représente un danger car Bébé peut y enfourer sa tête en dormant. Comme les doudous trop volumineux ou les grosses peluches.

De même, le cale-bébé est à bannir : il n'y a pas d'intérêt à obliger l'enfant tout petit à rester couché immobile sur le dos, et quand l'enfant devient capable de se retourner, le cale-bébé devient vite un piège.

Ce qu'il faut savoir !

Pas de tabac

Le tabac in utero puis un environnement fumeur est un facteur de risque de mort subite, mais aussi d'infections respiratoires, d'aggravation d'un asthme, d'otites chroniques et de régurgitations. Autant de bonnes raisons pour ne pas fumer en sa présence. Ni dehors, ni dans la maison. Ça vaut pour les deux parents, mais aussi pour la nounou et tous les adultes qui s'occupent du tout-petit !

Température sous contrôle

Dans une chambre, la température idéale est de 18 ou 19°C, pas plus. Un petit bébé se débrouille beaucoup mieux s'il fait frais que s'il a trop chaud. Découvrez votre bébé en voiture ou dans les magasins s'il y a du chauffage, et les jours de grosses chaleurs.

Mais aussi...

- Attention lorsque vous portez votre bébé (écharpe, foulard, porte-bébé, hamac...), il doit en permanence garder le nez dégagé.
- L'allaitement maternel est un petit facteur de protection.
- L'usage habituel d'une tétine également, si votre bébé a souvent besoin de têter.
- Apprenez à votre bébé à jouer sur le ventre lorsqu'il est réveillé.

La question à se poser

Si mon bébé régurgite, j'en parle à son médecin ?

Oui, si le petit "régurgiteur" dort très mal, n'est pas souriant, a mauvais appétit et/ou présente une altération de sa courbe de poids car tous ces éléments sont en faveur d'un reflux gastro-œsophagien à traiter.

Non, s'il régurgite juste un peu de lait après sa tétée, sans que cela affecte ni son sommeil, ni son appétit, ni sa croissance : c'est normal de régurgiter un peu de lait.

Ça sauve des vies !

De ne plus laisser Bébé dormir sur le ventre

Depuis que les pédiatres et les généralistes de tous les pays demandent aux parents de ne plus faire dormir Bébé sur le ventre, la mort subite du nourrisson a reculé de 75 % en moins de 20 ans. C'est donc très efficace !

De ne pas allonger Bébé immédiatement après son biberon ou sa tétée

Avec ou sans rot, attendre 15 minutes avant d'allonger un tout-petit qui vient de boire son lait, évite qu'il ne régurgite et s'ébouffe, alors qu'il est déjà en position allongée.

De ne plus m'endormir avec Bébé dans mon lit

Avec ses oreillers, ses couettes ou ses couvertures, le lit d'un adulte, ou même un canapé, n'est vraiment pas adapté à Bébé, il risque d'avoir trop chaud et de s'enfourer le visage. En plus, des accidents d'écrasement thoracique arrivent quand l'adulte dort profondément. Que ce soit pour une courte sieste ou une longue nuit, c'est donc chacun dans son lit !

Si vous allaitez dans votre lit, replacez votre bébé dans son lit avant de vous rendormir.

Ne secouez jamais votre bébé, sa tête et son cou sont fragiles.

Le savez-vous ?

La mort inattendue du nourrisson peut toucher un bébé de 0 à 24 mois, mais dans 8 cas sur 10, elle survient avant l'âge de 6 mois.



Allo les "pros" ?

Quand appeler votre médecin ou les secours d'urgence au 15 ?

- Il est anormalement somnolent.
- Sa température est très élevée (plus de 38° avant 3 mois) ou anormalement basse (moins de 36°).
- Sa peau est bleuâtre et/ou marbrée.
- Ses pleurs sont incessants.
- Il refuse tout biberon ou tétée.
- Il est gêné pour respirer.

Les centres régionaux de référence pour la MSN

Depuis 1986, ces centres diffusent toute information sur la mort subite du nourrisson et prennent en charge les enfants décédés et leurs familles (selon les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé de 2007). Vous pouvez obtenir les coordonnées du Centre de votre région en appelant le 15, ou sur le site de l'association Naître et Vivre.

L'association Naître et Vivre

Reconnue d'utilité publique, l'association a pour but l'étude des problèmes liés à la mort inattendue du nourrisson, l'accueil et l'accompagnement des parents en deuil d'un tout-petit, et l'aide à la recherche médicale.

Ligne écoutants (24h/24) : 01 47 23 05 08.

Naître et Vivre, 5 rue La Perouse, 75116 Paris
contact@naître-et-vivre.org
www.naître-et-vivre.org



Sources : Institut de Veille Sanitaire (InVS), "Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans : enquête nationale 2007-2009", mars 2011. American Academy of Pediatrics, Pediatrics, 2011; 126: 1341-1367.

Informations médicales validées par l'expertise du Pr Christophe Dupont, (Hôpital Necker, Paris) et du Dr Elisabeth Briand-Huchot, pédiatre (Hôpital Antoine Bécère, Clamart).



Plus d'informations sur www.assureurs-prevention.fr

Annexe 3 :

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



UK BABY FRIENDLY INITIATIVE

UNICEF UK Baby Friendly Initiative
avec la Foundation for the Study of Infant Deaths

Sharing a bed with your baby, French



Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent

Allaiter est excellent pour la santé de votre bébé et votre propre santé. Plus vous allaitez longtemps, plus les bénéfices santé seront grands pour vous deux.

Il est recommandé que votre bébé soit dans la même pièce que vous, au moins pendant les six premiers mois, car ceci facilite l'allaitement et protège contre la mort subite du nourrisson.

Prendre votre bébé dans votre lit est une façon d'allaiter confortablement. C'est peut-être la raison pour laquelle les mères qui partagent le lit avec leur bébé ont tendance à allaiter plus longtemps que celles qui ne le font pas.

Comme il est facile de s'endormir pendant une tétée, particulièrement en position allongée, certains points sont importants à considérer avant de prendre votre bébé dans votre lit.

En particulier, les lits pour adultes n'ont pas été conçus en pensant à la sécurité des enfants. Un bébé peut mourir s'il se trouve bloqué ou coincé dans le lit ou si un parent roule sur lui. Donc l'endroit le plus sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.

Cependant, vous pouvez réduire les risques d'accidents et, parce que le partage du lit (aide pour) facilite l'allaitement, trouver des informations utiles dans ce feuillet.

Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé

Fumer augmente le risque de mort subite du nourrisson. Vous devez être sûre de ne pas vous endormir avec votre bébé dans le lit si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) êtes fumeuse, même si vous ne fumez jamais au lit.

Ne dormez jamais sur un canapé ou un fauteuil avec votre bébé.

Dormir avec votre bébé est dangereux si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) trouvez qu'il est difficile de répondre aux besoins du bébé. Par exemple si vous :

- avez consommé de l'alcool
- avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre très somnolente
- avez une maladie qui affecte votre attention à votre bébé
- êtes anormalement fatiguée, à tel point qu'il vous est difficile de répondre à votre bébé.

Il est aussi plus sûr de ne pas partager le lit les premiers mois si votre bébé est né prématurément ou de petit poids, ou s'il a de la fièvre.

Réduire les risques d'accidents et d'augmentation de température

Les canapés sont très dangereux pour les bébés qui peuvent être coincés le long des côtés ou entre les coussins. Ne vous allongez jamais sur un canapé ou ne dormez jamais sur un fauteuil avec votre bébé.

Les lits pour adultes ne sont pas conçus pour les bébés. Afin d'éviter que votre bébé ait trop chaud, s'étouffe ou soit coincé :

- Le matelas doit être ferme et plat - les matelas d'eau, les matelas trop mous (rempli de granulés de polystyrène qui s'adaptent à chaque position du corps) ou défoncés ne sont pas adaptés.
- Assurez-vous que votre bébé ne peut pas tomber du lit ou se retrouver coincé entre le matelas et le mur.
- La pièce ne doit pas être trop chaude, 16 à 18 degrés Celsius est idéal.
- Votre bébé ne devrait pas être trop habillé - il ne devrait pas porter plus de vêtements que vous n'en portez vous-même dans le lit.
- Le drap ou la couverture ne doivent pas recouvrir la tête du bébé ou lui donner trop chaud.
- Ne laissez pas votre bébé seul *dans* ou *sur* le lit - même un très jeune bébé peut gigoter et se mettre dans une position dangereuse.
- Votre compagnon doit savoir que votre bébé est dans le lit.
- Si un enfant plus âgé partage aussi votre lit, vous ou votre compagnon devriez dormir entre l'enfant et le bébé.
- Ne laissez pas les animaux de compagnie partager le lit avec votre bébé.

Si vous avez des questions, votre sage-femme ou puéricultrice pourra vous conseiller.

Votre position pour dormir

Il est important de vous assurer que votre bébé ne peut pas se retrouver sous les couvertures ou sous l'oreiller.

La plupart des mères qui allaitent dorment automatiquement face à leur bébé, avec le corps dans une position qui protège le bébé en l'empêchant de bouger vers le haut ou vers le bas du lit (voir dessin).

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le



côté pour téter. Quand il ne tète plus, vous devez le poser sur le dos pour dormir, jamais sur le ventre ou le côté.

Si vous nourrissez votre bébé au biberon, l'endroit le plus sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.

UNICEF et l'Initiative Amis des Bébés

Le Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) travaille dans le monde entier pour aider chaque enfant à atteindre son plein épanouissement. Nous travaillons dans plus de 150 pays où nous soutenons des programmes qui permettent aux enfants d'avoir :

- une meilleure santé et une meilleure nutrition
- accès à l'eau potable et aux installations sanitaires
- accès à l'éducation

To make a credit card donation to UNICEF, call
08457 312 312

(Charged at local rate. Lines open 24 hours. Please quote 'BFI'.)



L'UNICEF aide aussi les enfants qui ont besoin de protection spéciale, tels que les enfants exploités par le travail ou victimes de guerre.

L'Initiative Amis des Bébés de UNICEF UK travaille avec les hôpitaux et les centres de santé afin de les aider à s'assurer que les femmes enceintes et les jeunes mères obtiennent le soutien nécessaire pour allaiter avec succès. Nous encourageons les services de santé à améliorer leur

Foundation for the Study of Infant Deaths

La FSID est au Royaume Uni l'une des principales organisations caritatives oeuvrant pour la prévention de la mort subite du nourrisson et la promotion de la santé du bébé. La FSID finance la recherche, promeut des conseils de santé auprès des parents et des professionnels, et apporte un soutien aux familles endeuillées..

Pour d'autres informations sur la FSID et les conseils de santé pour protéger les bébés de la mort subite du nourrisson et des accidents, consultez www.sids.org.uk/fsid

Foundation for the Study of Infant Deaths (FSID), Artillery House, 11-19 Artillery Row, London SW1P 1RT.
Tel: 0870 787 0885 Email: fsid@sids.org.uk Web: www.sids.org.uk/fsid/

UNICEF UK et la Foundation for the Study of Infant Deaths ont produit ensemble ce dépliant dans l'intention de donner aux parents des informations précises, à la fois sur les bienfaits du partage du lit et les situations dans lesquelles partager le lit serait dangereux.

www.babyfriendly.org.uk

This leaflet is produced by UNICEF Enterprises Ltd, a company which covenants to pay all its net profits to UNICEF. We are grateful to Marie-Claude Marchand for this translation. For more information about UNICEF's work worldwide, contact: UNICEF Room BFI, Freepost CL885, Billericay CM12 0BR. UNICEF is a Registered Charity, No. 1072612.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative, Africa House, 64-78 Kingsway, London WC2B 3NB
Tel: 020 7312 7652 Fax: 020 7405 2332 E-mail: bfi@unicef.org.uk



June 2005

Résumé

Introduction : Malgré une décroissance significative du taux de mort subite du nourrisson (MSN) dans les années 1990, on comptabilise encore 250 décès par an en France en 2010 [1]. L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi malgré ces progrès le taux reste stable. Est-ce un lien à un manque d'application des recommandations, à un manque d'informations ou le fait de croyances personnelles des mères ?

Matériel et Méthodes : Cette étude descriptive multicentrique a été réalisée dans les hôpitaux de Brest et de Quimper ainsi que chez les gynécologues et sages-femmes exerçant en libéral à Brest et à Quimper, par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué aux mères au moment de leur consultation de visite post-natale ou de rééducation périnéale.

Résultats : 53 % des enfants de cette étude dorment dans la chambre parentale, dans 89 % des cas ils sont couchés sur le dos. Concernant le matériel de puériculture : 7 % des mères utilisent un oreiller pour leur enfant, 63 % un tour de lit, 13 % de doudous à la tête du lit. Des matériaux de maintien sont aussi utilisés : 10 % de cale-bébé, 15 % de coconababy. 64 % des mères utilisent le coussin d'allaitement maternel comme cocon pour bébé. Parmi les mères pratiquant le bed-sharing : 41 % des enfants sont couchés entre les deux parents. Et 61 % des mères s'endorment parfois avec leur enfant dans un canapé. 16 % des mères déclarent ne pas avoir reçu d'information sur la sécurité de l'environnement du nourrisson. Parmi les 92 % de mères ayant déjà entendu parler de la mort inattendue du nourrisson, dans 63 % des cas c'est par leur propres moyens (télévision, entourage).

Conclusion : Les campagnes de prévention de la MSN doivent être poursuivies. L'ensemble des professionnels de santé devraient se mobiliser pour uniformiser les messages de prévention. Une sensibilisation des médias et vendeurs en puériculture paraît judicieuse afin d'avoir une utilisation adaptée de chaque produit. Les recommandations sur le bed-sharing devraient être plus largement diffusées. 100 à 150 décès par an seraient évitables si on agissait seulement sur l'environnement du nourrisson.

Mots clés : Mort inattendue du nourrisson, Mort subite du nourrisson, prévention.

