



HAL
open science

Prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson

Mathilde Léonelli

► **To cite this version:**

Mathilde Léonelli. Prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson. Pédiatrie. 2016. dumas-01412737

HAL Id: dumas-01412737

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412737>

Submitted on 8 Dec 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.

Université Aix Marseille

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**Prévention de la mort subite et
inattendue du nourrisson**

Par

LEONELLI Mathilde
Née le 18/08/1992
A TOULOUSE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année universitaire 2015/2016

Membres du jury :

- ZAKARIAN Carole, directrice EU3M et directrice du mémoire
- BOISSIER Estelle, sage-femme enseignante
- DR GARCIA Patricia, pédiatre à la Conception

Université Aix Marseille

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**Prévention de la mort subite et
inattendue du nourrisson**

LEONELLI Mathilde

18/08/1992

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année universitaire 2015-2016

Validation 1^{ère} session 2016 :

Mention :

Validation 2^{ème} session 2016 :

Visa de l'école :

--

Prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Carole Zakarian, sage-femme enseignante qui est aussi ma directrice de mémoire. Elle m'a guidée dans mon travail et m'a aidée à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi le docteur Patricia Garcia, pédiatre à la maternité de la Conception qui m'a aidée en me fournissant des données utiles à mon étude.

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont eu la politesse et la gentillesse de répondre à mon questionnaire.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille : Mes parents (Mathieu et Sylvie), mes frères (Benjamin et Antoine), mes sœurs (Julie et Emilie), et tous mes proches.

Je remercie Agnès pour le temps qu'elle a accordé à la création de la plaquette.

Enfin je remercie Anthony, mes amis plus particulièrement Aurore, Johanna et Stéphanie qui m'ont accompagnée, aidée, soutenue et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire et durant ces 4 années d'études.

SOMMAIRE

Article

- I. Introduction à l'étude
- II. Matériels et méthode
 - A. Recherche bibliographique
 - B. Recherche-action
 - 1. Modalité de sélection de la population de l'étude
 - 2. Variables mesurées
 - 3. Modalités pratiques de recueil de données
- III. Résultats
 - A. Recherche Bibliographique
 - B. Statistiques
 - 1. Description de la population étudiée
 - 2. L'abord du sujet de la MSIN
 - 3. Le type de prévention réalisé par les professionnels de santé en maternité
 - 4. L'intérêt du point de vue des professionnels de la création d'une plaquette de prévention
 - 5. Résultats de statistiques comparatives
- IV. Analyse et Discussion
 - A. Recherche bibliographique
 - 1. Validité, limites et biais
 - 2. Discussion
 - B. Recherche action
 - 1. Biais
 - 2. Analyse des résultats
- V. Conclusion
- VI. Bibliographie

Annexes

Résumé

I. Introduction à l'étude

Pour introduire ce mémoire une mise au point s'impose sur l'intitulé « mort subite et inattendue du nourrisson » (MSIN) utilisé dans le titre.

En effet, la définition actuelle de « mort inattendue du nourrisson » (MIN) donnée par l'HAS en 2007 comprend aussi la définition de mort subite du nourrisson. Donc la combinaison des termes « subite et inattendue », est retenue dans ce mémoire.

Dans son argumentaire de 2007 l' Haute Autorité de Santé (HAS) utilise le terme de « mort inattendue du nourrisson » et la définit comme « *la mort survenant brutalement chez un nourrisson de moins de un an alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir.* »

Elle a même élargi la définition jusqu'aux 2 ans de vie du nourrisson.

On y regroupe :

- « *des morts inattendues et inexplicables à l'autopsie (définition de la mort subite du nourrisson) (MSN) : «mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexplicée après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure* » ;
- *des morts survenues lors d'une pathologie aiguë qui n'avait pas été considérée par les parents, les personnes en charge de l'enfant et/ou par les professionnels de santé, comme comportant un risque vital ;*
- *des morts survenues lors d'une maladie aiguë et brutale, évoluant depuis moins de 24 heures chez un enfant qui était en bonne santé auparavant, ou survenues par la suite, si des soins intensifs ont été donnés dans les premières 24 heures ;*
- *des morts résultantes de conditions pathologiques préexistantes qui n'avaient pas été identifiées auparavant par des professionnels de santé ;*
- *des morts résultantes de toutes formes d'accidents, de traumatismes ou d'empoisonnements.* » (1)

En 1975, un code spécifique "798.0" a été attribué à la MSN dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) régulièrement révisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et, dès 1979, le syndrome de MSN est devenu une cause de décès à part entière dans les certificats de décès, représentant alors une grande part des morts inexpliquées.(2)

La place de la MIN en Europe :

En 2005, le taux moyen de MSIN dans les 27 pays de la Communauté Européenne est de 25/100 000 naissances vivantes (données provenant d'Eurostat).

Selon la répartition géographique faite par le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire (INVS) sur la MSIN, le taux de décès fait ressortir un gradient de forte mortalité dans les pays de l'Europe centrale et du nord. (3)

Il est difficile de tenir compte des données épidémiologiques européennes, car les pays n'utilisent pas la même politique de santé et n'utilisent pas les mêmes méthodes de certification des décès.(4)

De 2000 à 2005, la France se situe au-dessus de la moyenne des taux de décès par MSN en Europe (37,9/100 000 naissances vivantes pour une moyenne de 25/100 000). (3)

La situation en France :

Depuis 2010, en France, le taux « officiel » de MSN dans la population générale se situe autour de 0,30 pour 1000 naissances vivantes, celui des MSIN est de 0,42 pour 1000 naissances vivantes. Ces taux représentent environ 250 à 450 décès chaque année en France. (5)

Comme nous le montre l'INVS dans son Enquête nationale 2007-2009, la MSN est la troisième cause de décès des enfants de moins d'1 an, après les infections de la période périnatale et les malformations congénitales, et ceci depuis 1985. Au-delà de la période néonatale (après 1 mois), c'est la première cause de décès.(2)

Un mémoire sur la Mort subite du nourrisson qui s'intitule : « Etat des lieux sur les pratiques parentales », soutenu le 20 juin 2014 par A. LACROIX, met en avant que de nombreux parents ne respectent pas les mesures de prévention relatives à la mort subite du nourrisson, notamment la mesure la plus répandue et connue : « *la position dorsale de sommeil* ». (6)

La situation dans la région PACA :

Etude régionale sur 8 ans du 01/01/2005 au 02/02/2013 réalisée par le Dr P. Garcia (Annexe I):

L'étude recense 77 enfants décédés dont 52 garçons et 25 filles de 0 à 30 mois avec un taux moyen de 9.4 décès par an au cours de la période d'étude.

L'âge moyen de décès est 6.7 mois, avec un sex-ratio de 2 garçons pour 1 fille.

Seulement la moitié des parents couche leur enfant sur le dos, les autres ne respectent pas les recommandations sur le couchage du nourrisson (couchage sur le dos).

Les principales causes de décès sont : le couchage, les pathologies découvertes, les infections et la MSN.

Cette étude montre que la MSIN touche encore de nombreux enfants et que les recommandations ne sont pas suivies dans la plupart des cas, de nombreuses morts sont évitables, notamment grâce aux bonnes pratiques sur le mode de couchage de l'enfant.

Ce que l'on sait actuellement sur la MSIN :

Deux facteurs de risque ne sont pas modifiables : l'âge et le sexe.

Classiquement, elle survient dans 90 % des cas avant 6 mois, avec un pic autour de 2-4 mois, et plus souvent chez les petits garçons. Il y a une plus forte incidence lors des mois d'hiver avec un pic en Novembre, Décembre et Janvier.(2)

L'hypothèse du "triple modèle" développée en 1994 stipule que trois facteurs concourent à la MSN : « *un enfant vulnérable, un âge critique et un facteur extérieur. Une action de prévention sur les facteurs externes peut permettre à l'enfant vulnérable de dépasser l'âge critique sans décéder de MSIN.* » (6)

Ce qui est fait en France par rapport à la MSIN :

Une circulaire ministérielle du 14 mars 1986, reconnaît pour la première fois la MSIN comme un problème de santé publique. Elle désigne dans les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux, des Centres de Référence de la MSIN. Les Centres Régionaux de Référence Mort Inattendue du Nourrisson, s'occupent de la prise en charge de l'enfant décédé, de l'accueil et du suivi des parents, de l'organisation de la recherche, de l'enseignement ainsi que de la diffusion de l'information sur la MSIN.(7)

En France, l'association « Naître et Vivre » et la Direction Générale de la Santé ont mené successivement trois campagnes en 1994, 1995 et 1996, suite à la Conférence Internationale de Consensus de 1994 préconisant, le couchage sur le dos avec de meilleures conditions de literie et d'environnement.

Grâce à ces campagnes de prévention, il y a eu en quelques années une diminution d'environ 75 % de la mortalité par MSN.(3)

Mais il y a encore, approximativement, 500 nourrissons de moins de 2 ans, qui décèdent annuellement de manière inattendue.(8)

Les recommandations de l'HAS de 2007 ont pour objectifs de réaliser un ensemble d'investigations pour déterminer la cause du décès, d'améliorer la prise en charge et le suivi de la famille et de rendre disponible des statistiques de mortalité fiables. (9)

En 2009, l'INVS montre qu'elles sont inégalement suivies, compromettant l'obtention de données statistiques fiables.(2)

L'Association Nationale des Centres de Référence de la MIN (ANCRéMIN) créée en 2013, envisage la mise en place d'un Observatoire français pour la MIN (OMIN), dont les objectifs principaux, sont de standardiser les prises en charge des MIN sur le territoire français, mais aussi d'obtenir des données épidémiologiques nationales fiables et actualisées.(8)

L'ouverture de l'OMIN en 2015, a pour but de regrouper les informations socio-économiques, cliniques et biologiques des enfants inclus. À moyen terme, le but

de l'observatoire est de générer et d'actualiser des messages de prévention, et de faire progresser la recherche scientifique dans ce domaine.(10)

Les professionnels de la périnatalité ont un rôle important à jouer en matière de prévention en maternité. Notamment la sage-femme, dont l'exercice de la profession comporte la « *pratique des actes nécessaires au diagnostic, la surveillance de la grossesse, la préparation de la naissance et de la parentalité, ainsi que la surveillance et la réalisation de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* ». (11)

Par conséquent les sages femmes sont pleinement concernées par la prévention de la MSIN.

De ce fait, la MSIN constitue un enjeu de santé publique à comprendre, à prévenir et à traiter comme nous le rappelle un rapport officiel de la Cour des Comptes en 1997. (6)

A la suite de ces constats, la question de recherche suivante se pose :

Quels sont les freins identifiés qui empêchent une prévention efficace de la mort subite et inattendue du nourrisson en maternité ?

Ainsi l'objectif de recherche de ce mémoire est d'identifier les principaux freins qui empêchent une prévention efficace de la mort subite et inattendue du nourrisson faite en maternité.

Les sous objectifs sont :

- Rechercher les différentes données épidémiologiques pour mettre en évidence la stagnation du taux de mort par MSIN en France.
- Mettre en évidence les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la MSIN.
- Créer un questionnaire destiné aux professionnels de santé en maternité.

II. Matériels et Méthode

Objectifs

Afin d'identifier les principaux freins à la prévention faite en maternité, une recherche épidémiologique dans la bibliographie et une recherche-pré-action ont été réalisées.

A. Recherche bibliographique

Les objectifs de la recherche bibliographique :

Rechercher les différentes données épidémiologiques pour mettre en évidence la stagnation du taux de mort par MSIN en France.

Mettre en évidence les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la MSIN.

Les mots-clés utilisés sont : mort subite nourrisson ; mort inattendue nourrisson.

La période de recueil de documents a été faite de Mars 2015 à Octobre 2015

Les moteurs de recherches bibliographiques utilisés sont : Pubmed et les structures en charge de l'organisation de la sécurité sanitaire en France (HAS, INVS).

Les critères d'inclusions :

- Données statistiques de mortalité infantile par MSIN, des facteurs de risque de MSIN
- Les facteurs de risque modifiables et les facteurs protecteurs de MSIN
- Document français ou anglais

Les critères de non inclusion :

- Document ne répondant pas aux mots-clés
- Document dans une autre langue que le français ou l'anglais
- Document payant

A l'issue de la collecte de documents, une procédure de sélection a été nécessaire. Lors de la première étape de sélection, les documents ont été soumis à une grille de sélection rapide pour juger de l'utilité, de l'intérêt des documents pour cette étude et de la cohérence avec les critères d'inclusion et de non inclusion (Annexe II). Lors de la deuxième étape de sélection, les documents restants ont été soumis à une lecture critique à l'aide des grilles de lecture (Annexe III et IV) extraite du guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. (ANAES 2000)

Le niveau de preuve de chaque document a été évalué à l'aide des recommandations de l'ANAES 2000 dans le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations (Annexe V)

B. Recherche action

Afin de répondre à l'objectif de recherche, une étude descriptive, multicentrique et épidémiologique chronologique a été effectuée en maternité.

1. Modalités de sélection de la population à l'étude

Il a été choisi de cibler trois maternités de niveaux différents (I, II, III) de la région Provence Alpes Côte d'Azur, et d'interroger les professionnels de la périnatalité qui ont un lien avec la prévention de la MSIN.

Les lieux d'études ont été choisis par tirage au sort (1 maternité par niveau) et grâce à l'obtention de l'autorisation de réalisation de l'enquête sur le terrain sélectionné.

A l'issue de ce tirage au sort, la Maternité d'Hyères (niveau I), la Clinique Bouchard (Niveau II) et la Maternité de la Conception (niveau III) ont été retenues.

La population qui a été incluse à l'étude est constituée des professionnels qui travaillaient dans les maternités sélectionnées, qui avaient une formation sur la MSIN, une compétence en matière préventive et qui souhaitaient participer.

De ce fait, les sages-femmes, les pédiatres, les auxiliaires de puériculture, et les puéricultrices ont été désignés dans la population.

D'autre part les étudiants en maïeutiques, les externes en médecine, et les agents de services hospitaliers n'ont pas été inclus dans la population.

Il n'y a pas eu d'exclus dans la population.

Un questionnaire composé de quatorze questions a été réalisé afin de pouvoir interroger la population cible et d'identifier les freins à la prévention. (Annexes VI)

Il a été préalablement testé à la maternité de l'Hôpital Nord afin de détecter d'éventuelles incompréhensions et de réajuster les questions ou les items mal formulés. Ce dernier a été distribué et récupéré manuellement sur une période de trois mois (Juin2015-Août2015) dans les différents services des maternités sélectionnées.

Les différentes parties du questionnaire :

- Trois questions portaient sur l'identification de la population (profession, âge, niveau de maternité)
- Trois questions fermées à choix multiples (1 filtre) qui traitaient de l'abord du sujet de la MSIN et de la population ciblée par les professionnels.
- Cinq questions préformées à choix multiples qui permettaient de cibler le type, la « qualité », les moyens mis en place par les professionnels et les contraintes observées à la prévention.
- Deux questions fermées dichotomiques (1 filtre) ciblaient les connaissances des professionnels et l'intérêt d'un support imagé afin d'améliorer leur prévention
- Une question ouverte portait sur le moment le plus adapté pour parler de la MSIN.

2. Variables mesurées

Variable quantitative :

- Âge de la population

Variables qualitatives :

- Catégorie professionnelle
- Niveau de maternité
- Abord du sujet de la MSIN
- Emploi d'un autre terme
- Les facteurs de risque
- Les facteurs protecteurs
- Les connaissances des professionnels
- Le moment choisi pour parler de la MSIN
- Support utilisé
- Obstacle à la prévention
- Population ciblée par les professionnels
- Intérêt d'une plaquette de prévention pour les professionnels

3. Modalités pratiques de recueil de données

Les questionnaires ont été donnés en main propre ou laissés dans une pochette en service de suite de couche sur la base du volontariat. Au total, 100 questionnaires ont été imprimés.

Quatre-vingt-six questionnaires ont été récupérés et les données ont été reportées sur une grille de recueil avec Microsoft Excel 2007. (Annexe VI)

Les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel PSPP. (Licence GNU)

Pour la comparaison des variables qualitatives, les tests de Chi 2 ou de Fisher ont été utilisés.

Pour la comparaison des variables quantitatives, un test de Student a été utilisé.

Pour l'ensemble des tests statistiques effectués on a choisi un risque α à 5% (significatif si $p < 0.05$)

La prévention a été qualifiée d'optimale si les professionnels avaient coché l'ensemble des items suivants : Le décubitus ventral, le co-sleeping, la température de la chambre et la literie non adaptée.

S'il manquait l'un de ces items dans la réponse, la prévention a été qualifiée d'insuffisante. Ces items ont été retenus après interrogation de la bibliographie et détermination des facteurs de risque actuels reconnus comme les plus dangereux pour le nourrisson.

III. Résultats

A. Recherche bibliographique

Après avoir interrogé la base de données Pubmed et utilisé les mots-clés suivants :

- Mort inattendue nourrisson : 3 documents ont été trouvés
- Mort subite nourrisson : 14 documents ont été trouvés

Après avoir interrogé la base de données de l'Institut de Veille Sanitaire et utilisé les mots-clés suivants :

- Mort + subite + inattendue + nourrisson : 17 articles ont été trouvés

Au total, 6 documents ont été trouvés par recherche de proche en proche.

Le plus vieux document était daté de 1990 et le plus récent de 2015.

Sur un total de 40 documents au départ, suite à la première étape de sélection après lecture du titre et du résumé, 8 documents ont été gardés.

Après la lecture intégrale des documents, 6 articles ont été conservés pour la deuxième étape.

Les 6 articles retenus ont été présentés sous forme de tableaux avec l'année de publication, l'auteur, la revue, l'objectif de l'étude, le type d'étude menée, les caractéristiques de la population étudiée, les principaux résultats, et les biais identifiés par les auteurs.

Les publications ont été classées par niveau de preuve.

Tableaux : présentation des 6 documents retenus

Titre Auteur Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Prise en charge des morts inattendues du nourrisson par les centres de référence français : état des lieux des pratiques en 2013</p> <p>K. Levieux, ANCRéMIN</p> <p>Archive de pédiatrie</p> <p>2015</p> <p align="center">(8)</p>	<p>Réaliser un état des lieux en France en 2013 de la prise en charge des MIN et d'évaluer son adéquation aux recommandations de la HAS.</p>	<p>Etude épidémiologique transversale multicentrique par courriels auprès des 36 centres de référence 29 centres (80,5 %) ont répondu</p>	<p>La fiche d'intervention SMUR spécifique « MIN de moins de 2 ans » est systématiquement complétée pour 55,2 % des centres de références</p> <p>Au niveau de l'autopsie : Seules les hémocultures, la ponction lombaire et l'autopsie sont proposées systématiquement</p> <p>35% des centres ne réalisent pas systématiquement d'analyses toxicologiques</p> <p>90 % des médecins ont d'ailleurs déclaré être gênés pour classer les causes de décès</p> <p>Cette étude montre que les recommandations de la HAS (2007) concernant les modalités de prise en charge des nourrissons admis pour une mort inattendue demeurent, en 2013, appliquées de manière très hétérogène sur l'ensemble du territoire national français.</p>	<p>Absence d'exhaustivité des questionnaires recueillis</p> <p>L'utilisation de questionnaires fermés pour une analyse simplifiée des réponses a pu limiter l'obtention de précisions.</p>	<p align="center">4</p> <hr/> <p align="center">0,407</p>

Titre Auteur Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975</p> <p>Albertine Aouba</p> <p>Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS</p> <p>2008</p> <p>(3)</p>	<p>Mesurer le poids des décès par mort subite du nourrisson en 2005, d'apprécier son évolution au cours des 30 dernières années et de le situer dans la mortalité infantile en comparaison d'autres composantes, telles que les causes inconnues de décès ou les morts violentes.</p>	<p>Enquête épidémiologique. Les données françaises proviennent de la statistique nationale des causes de décès, élaborée annuellement par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) et les données européennes d'Eurostat.</p> <p>L'étude porte sur la MSN en tant que cause initiale de décès chez les enfants de moins d'un an.</p> <p>Les effectifs de décès, taux pour 100 000 naissances vivantes, ratio de mortalité, part de la MSN dans la mortalité générale, et pourcentages de variation sont les indicateurs utilisés.</p>	<p>On a enregistré en 2005 en France métropolitaine 247 décès par MSN.</p> <p>Au sein de l'Europe, la France fait partie des pays à fort taux de décès.</p> <p>La MSN contribue pour un décès sur 10 à la mortalité infantile</p> <p>Les enfants de plus de 27 jours de vie sont les plus concernés avec une surmortalité masculine de 1,6.</p> <p>Une moindre mortalité dans le sud de la France.</p>	<p>/</p>	<p>4</p>

Titre Auteur Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Sleep environment risks for younger and older infants</p> <p>Jeffrey D.Colvin</p> <p>Pediatrics</p> <p>2014</p> <p>(12)</p>	<p>Déterminer les liens entre les facteurs de risque de décès liés au sommeil à différents âges.</p>	<p>Une étude transversale sur les décès infantiles liés au sommeil de 24 États au cours de 2004 à 2012 contenue dans le Centre national pour l'examen et la prévention des décès d'enfants.</p> <p>8.207 décès infantiles de nourrissons de différentes classes d'âge, 0-3 mois et 4 mois à 1 an</p>	<p>Le principal facteur de risque pour les jeunes enfants est le co-sleeping.</p> <p>La pratique du co-sleeping est plus retrouvée chez les nourrissons décédés de moins de 3 mois par rapport à ceux de plus de 4 mois (73,8% vs 58,9%),</p> <p>Près de 40% des nourrissons décédés de 4 à 12 mois avaient un objet dans leur environnement de sommeil.</p>	<p>Biais d'information</p>	<p>4</p> <p>5.473</p>

Titre Auteur Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Le partage de lit lorsque les parents ne fument pas : est il un risque de MSN ?</p> <p>Robert Carpenter</p> <p>British Medical Journal</p> <p>2013</p> <p>(13)</p>	<p>Estimer le risque associé au partage du lit par rapport à l'allaitement maternel, le tabagisme, la consommation récente d'alcool de la mère et de l'utilisation de drogues illicites, après ajustement pour les autres facteurs prédictifs de risque les plus importants, à savoir si le bébé dormait dans la chambre des parents ou ailleurs, la position dans laquelle le bébé est endormi, mère célibataire, l'âge et la parité de la mère et le poids de naissance du bébé</p>	<p>Une analyse au niveau individuel de cinq grandes études cas-témoins</p> <p>1472 cas de MSN et 4679 contrôles</p>	<p>88% des décès qui surviennent lors du partage du lit pourraient être évités si le bébé était couché sur le dos dans un lit adapté près de celui de ses parents.</p> <p>Le risque de mort subite serait 5 fois plus élevé lorsque le bébé est couché dans le lit de ses parents, même lorsque ceux-ci ne fument pas et ne sont pas alcoolisés</p> <p>Tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues ont tous considérablement augmenté le risque de MSN lors de partage du lit parents/enfant</p> <p>Le partage du lit est associé à d'autres causes de décès, par exemple, la suffocation</p>	<p>Les questions sur la consommation d'alcool de la mère dans les dernières 24 h et sur la consommation de drogues illicites n'ont pas été posées dans trois de ces études.</p>	<p>3</p> <p>17,445</p>

Titre Auteurs Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux Résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans : Enquête nationale 2007-2009</p> <p>Juliette Bloch, Pierre Denis, Delphine Jezewski-Serra et le comité de pilotage</p> <p>Institut de Veille Sanitaire</p> <p>2011</p> <p>(2)</p>	<p>Connaître le nombre et les caractéristiques des morts inattendues (MIN) d'enfants de moins de 2 ans en France, la part réelle de la MSN, des décès expliqués et de la maltraitance, ainsi que leur prise en charge au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)</p>	<p>Enquête prospective d'octobre 2007 à octobre 2009, toute MIN survenue dans 17 départements a fait l'objet d'un recueil de données sur le lieu du décès, puis dans le Centre de référence où l'enfant a été transféré. Toutes les MIN, transportées ou non, ont été comptabilisées par les SAMU.</p>	<p>Le taux des MIN de moins d'1 an était de 0,40/1 000 naissances vivantes. Parmi les MIN de moins d'1 an incluses (n=220), le sex-ratio était de 1,86 ; l'âge médian de 3 mois. Une autopsie était pratiquée dans 72 % des moins d'1 an et 88 % des plus d'1 an, mais très variable selon les départements. La mort était expliquée après exploration dans 34 % des cas de moins d'1 an, 66 % des plus d'1 an, les maladies infectieuses étant la première cause. 18 enfants de moins d'1 an étaient morts asphyxiés dans leur lit en raison d'erreur de couchage et chez 63 autres, un ou des facteurs de risque connus de MSN était identifié comme ayant pu contribuer au décès</p>	<p>Biais d'information</p>	<p>2</p>

Titre Auteur Revue Année	Objectifs	Type d'étude Caractéristique de la population	Principaux résultats	Biais	Niveau de preuve Impact factor 2014/2015
<p>Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson</p> <p>Michel Roussey</p> <p>Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'INVS</p> <p>2008</p> <p>(14)</p>	<p>Les études épidémiologiques dont les résultats ont permis d'identifier des facteurs de risque ou de protection : certains font consensus (mode de couchage, tabac), d'autres prêtent toujours à discussion, raison pour laquelle les études épidémiologiques restent encore nombreuses dans la littérature.</p> <p>L'objectif est d'en faire une synthèse sur les 5 dernières années.</p>	<p>Revue et analyse des études épidémiologiques les plus récentes et pertinentes sélectionnées après interrogation de la base de données PubMed</p>	<p>Plusieurs facteurs épidémiologiques ont été identifiés. Certains sont connus (position de sommeil, tabagisme, vaccinations, opiacés), mais d'autres ressortent tels le partage de lit ou de canapé comme facteur de risque. Le partage de chambre et l'usage des tétines comme facteur de protection.</p> <p>Enfin, délaissant le concept initial de MSN, on préfère parler maintenant de morts inattendues (MIN), pour lesquelles il est important de repérer les sévices à enfant.</p>	<p>/</p>	<p>1</p>

B. Statistique

1. Description de la population étudiée

A l'issue de l'étude, les 86 professionnels de santé interrogés ont été classés en fonction de leur statut dans la figure 1 :

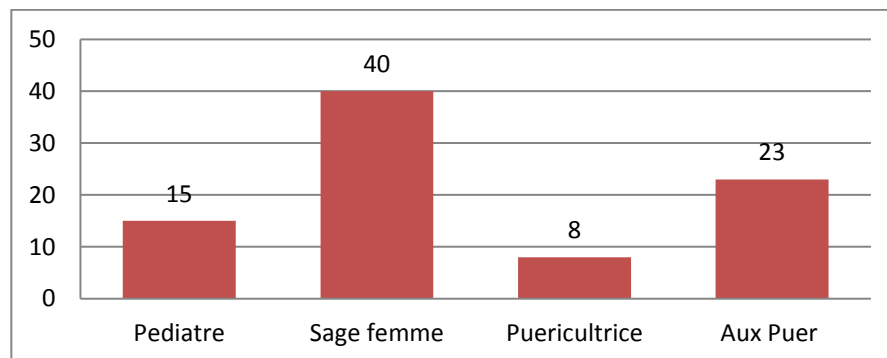


Figure 1 : la distribution des différentes catégories de professionnelles de santé

La personne la plus jeune de l'étude était âgée de 25 ans et la plus âgée, de 62 ans. La moyenne d'âge de la population était d'environ 40 ans.

Pour chaque catégorie professionnelle, la moyenne d'âge était d'environ 36 ans pour les pédiatres, 36 ans pour les sages-femmes, 44 ans pour les puéricultrices et 41 ans pour les auxiliaires de puériculture.

La figure 2 a montré la répartition de la population en fonction de l'âge et de la profession :

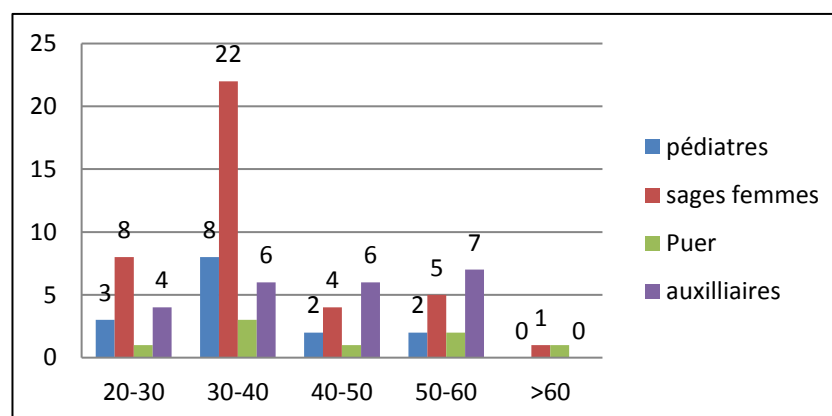


Figure 2 : la distribution de la population en fonction de l'âge et la profession

La figure 3 a montré la classification de la population en fonction du niveau de maternité :

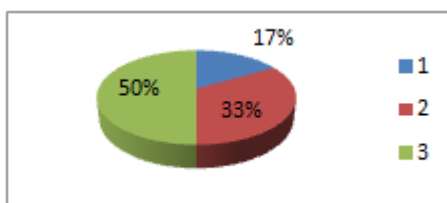


Figure 3 : la distribution de la population en fonction des niveaux de maternité

2. L'abord du sujet de la MSIN

Concernant l'abord du sujet de la MSIN par les professionnels :

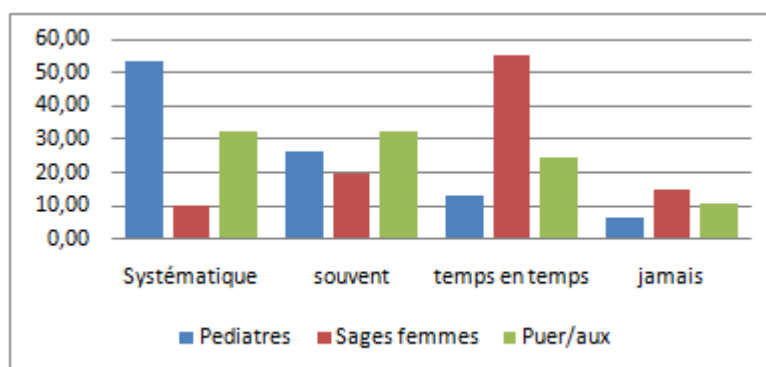


Figure 4 : la répartition en pourcentage de l'abord du sujet de la MSIN par rapport à la profession

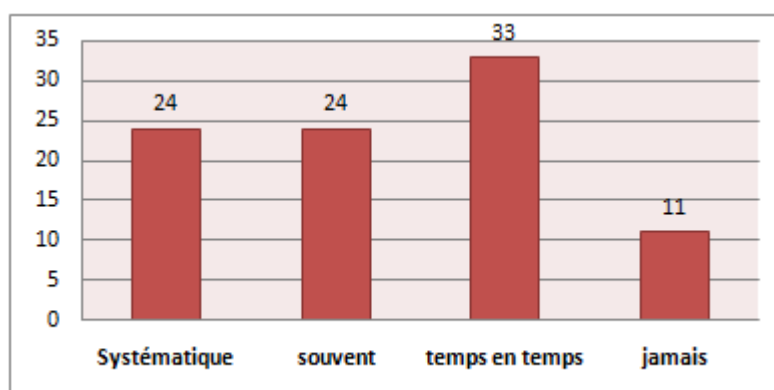


Figure 5 : Abord du sujet en maternité

Seulement 16 professionnels de santé ont préféré employer un autre terme à celui de mort subite.

Le séjour en maternité des couples et de leur nouveau-né a été jugé pour 69 professionnels comme étant le moment le plus opportun pour parler de la mort subite et 49 professionnels ont choisi le jour de la sortie de maternité.

Sur l'ensemble des professionnels, 81 ont jugé que tous les couples doivent être informés que ce soit leur premier enfant ou qu'ils aient déjà eu des enfants.

Un support visuel est utilisé par 13 professionnels de la périnatalité sur 86.

3. Le type de prévention réalisé par les professionnels de santé en maternité

La figure 6 a montré les facteurs de risque évoqués par les professionnels de santé en maternité :

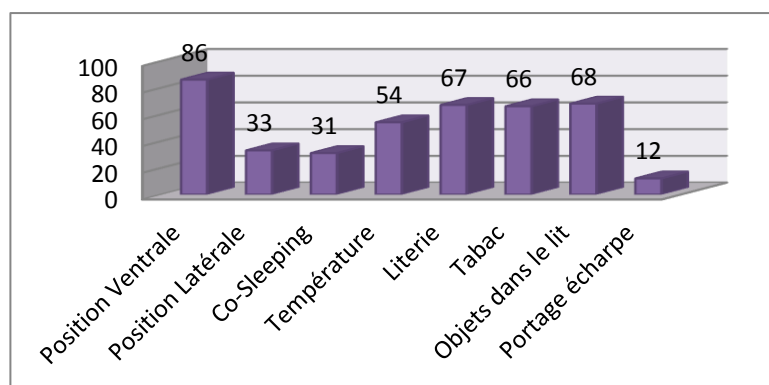


Figure 6 : les facteurs de risque évoqués par les professionnels

Le facteur de risque position ventrale est évoqué par l'ensemble des professionnels.

La figure 7 a montré les facteurs protecteurs évoqués par les professionnels de santé en maternité :

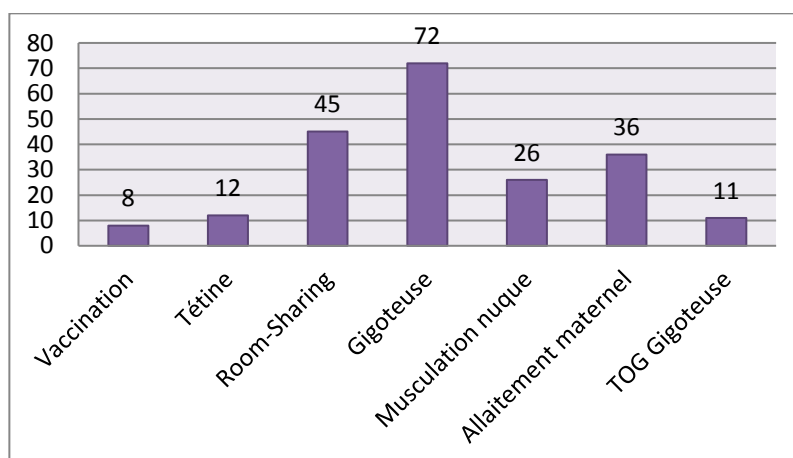


Figure 7 : les facteurs protecteurs évoqués par les professionnels de la périnatalité

Le principal facteur protecteur évoqué par les professionnels est le port d'une gigoteuse pour 72 d'entre eux.

La figure 8 a montré les freins identifiés à la prévention par les professionnels de santé :

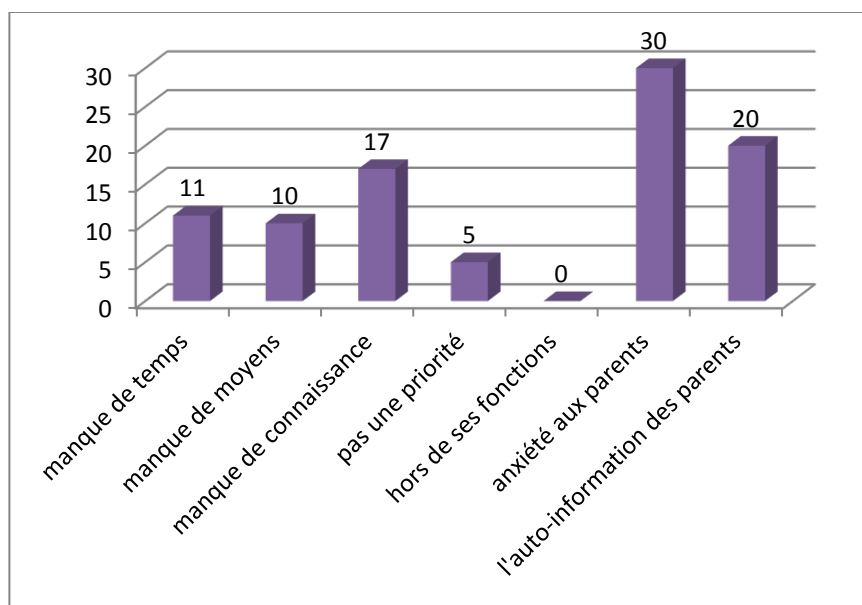


Figure 8 : les freins identifiés par les professionnels

La peur de stresser les parents semble être le principal frein identifié par les professionnels interrogés.

La figure 9 a montré la qualité de prévention faite en maternité par les professionnels :

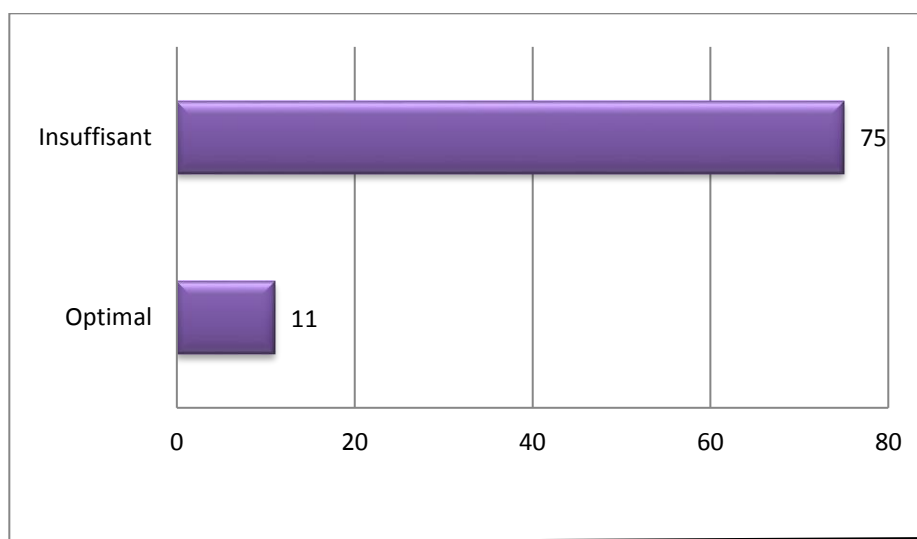


Figure 9 : la qualité de prévention faite en maternité

4. L'intérêt du point de vue des professionnels de la création d'une plaquette de prévention

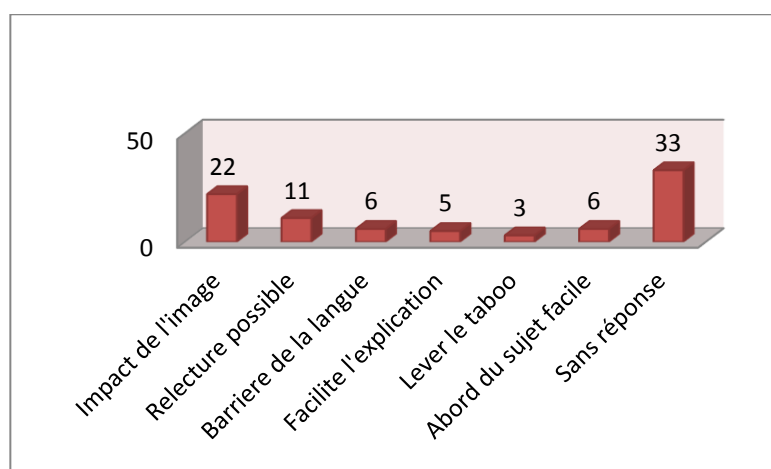


Figure 10 : l'intérêt d'une plaquette de prévention du point de vue des professionnels

Il y a 79 professionnels en faveur de la création d'une plaquette. Sur l'ensemble des professionnels de santé 22 ont répondu qu'une plaquette de prévention était importante pour l'impact de l'image.

5. Les résultats des statistiques comparatives

Dans le tableau 1, est montrée la prévention des facteurs de risque faite en maternité en fonction des différents niveaux de maternité effectuée par les professionnels.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	P Value
Prévention optimale	22,2%	13 %	40,9 %	<0,05
Position ventrale	100%	100%	100 %	NS
Position latérale	50 %	34,8 %	36,4 %	NS
Co-Sleeping	39 %	28 %	50 %	NS
Tabac	61 %	78 %	86 %	NS
Portage en écharpe	16 %	13 %	13 %	NS
Température	44 %	58 %	87 %	<0,05
Literie non adaptée	83 %	71 %	86 %	NS
Objets dans le lit	89 %	69 %	90 %	0,05

Tableau 1 : la prévention des facteurs de risques en fonction des différents niveaux de maternité

Pour l'ensemble des différents niveaux de maternité, il était possible de dire que la prévention n'était pas optimale (<50 %), mais que la meilleure prévention était réalisée en niveau 3 (40.9%).

Dans le tableau 2, est montrée la prévention des facteurs de risque réalisée en maternité en fonction des différentes catégories de professionnels de santé :

	Pédiatres	Sages-femmes	Puéricultrices	Auxiliaires	P Value
Prévention optimale	26 %	20 %	25 %	21 %	NS
Position ventrale	100%	100 %	100%	100%	NS
Position latérale	53 %	40 %	25 %	26 %	< 0,05
Co-Sleeping	26 %	27 %	50 %	47 %	NS
Tabac	93 %	77 %	64 %	62 %	NS
Portage en écharpe	6 %	12 %	0 %	26 %	NS
Température	62 %	65 %	67 %	60 %	NS
Literie non adaptée	73%	70%	62 %	91 %	NS
Objets dans le lit	53 %	82 %	30 %	78 %	NS

Tableau 2 : la prévention des facteurs de risque en fonction des différents professionnels de santé

Dans le tableau 2, il est constaté que 100% des professionnels de santé interrogés considèrent la position ventrale comme un facteur de risque et essaient de la prévenir. Les pédiatres ont considéré et prévenu la position latérale comme un facteur de risque (53%). Les sages-femmes ont prévenu la position latérale dans 40% des cas auprès des parents. Les puéricultrices et les auxiliaires puéricultrices ont prévenu la position latérale respectivement dans 25 et 26% auprès des parents.

Dans le tableau 3 est montrée la prévention des facteurs protecteurs faite en maternité en fonction des différentes catégories de professionnels de santé.

	Pédiatres	Sages-femmes	Puéricultrices	Auxiliaires	P Value
Vaccination	33 %	2 %	0 %	8 %	<0,05
Gigoteuse	93 %	77 %	100 %	82 %	NS
Critères TOG	0 %	12 %	12 %	21 %	NS
DV à l'éveil	26 %	37 %	12 %	26 %	NS
Room-Sharing	42 %	47 %	52 %	56 %	NS
Allaitement	86 %	32 %	25 %	30 %	<0,001

Tableau 3 : la prévention des facteurs protecteurs en fonction des différents professionnels de santé

Il est montré dans ce tableau que l'allaitement est promu par 86% des pédiatres comme facteur protecteur à la différence des autres professionnels de santé et ce de manière significative. ($p < 0.001$) Les professionnels de santé ont considéré et prévenu le port d'une gigoteuse comme facteur protecteur.

Dans le tableau 4 est montré le meilleur moment pour parler de MSIN en fonction des différentes catégories de professionnels de santé.

	Pédiatres	Sages-femmes	Puéricultrices	Auxiliaires	P Value
PNP	0 %	30 %	0 %	13 %	<0,05
Séjour	60%	65 %	87 %	86 %	NS
Sortie	80 %	42 %	50 %	65 %	<0,05
Cs Post Natale	6 %	5 %	0 %	0 %	NS
Cs Pédiatre	53 %	7 %	12 %	8 %	<0,01

Tableau 4 : meilleur moment pour parler de MSIN en fonction des différentes catégories de professionnels de santé.

Les pédiatres ont considéré que le meilleur moment pour parler de MSIN avec les parents des nourrissons était lors de la sortie de la maternité (80% ; $p < 0.05$).

Les sages-femmes (65%), les puéricultrices (87%) et les auxiliaires (86%) ont estimé que c'était lors du séjour en maternité.

Le tableau 5 a permis d'identifier certains freins à la prévention faite en maternité en fonction des différentes catégories de professionnels de la périnatalité.

	Pédiatres	Sages-femmes	Puéricultrices	Auxiliaires	P Value
Manque de temps	13 %	17 %	12 %	4 %	NS
Manque de moyens	13%	7 %	12 %	4 %	NS
Manque de connaissances	6 %	13 %	1 %	32 %	<0,05
Hors fonctions	6 %	0 %	0 %	0 %	NS
Peur de stresser parents	27 %	73 %	12 %	30 %	<0,05
Parents déjà informés	66%	17%	0%	13%	<0,001

Tableau 5 : les freins identifiés à la prévention en fonction des différentes catégories de professionnels.

Il est considéré que les parents sont déjà informés par 66% des pédiatres et les autres professionnels ne partagent pas cette opinion. ($p < 0.001$).

Pour 73% des sages-femmes, c'était la peur de stresser les parents mais les autres professionnels ne sont pas de cet avis. ($p < 0.05$)

32% des auxiliaires puéricultrices ont pensé qu'elles manquaient de connaissances. ($p < 0.05$)

IV. Analyse et Discussion

A. Recherche bibliographie

1. Validité, limites et biais

Sur les 6 documents sélectionnés, 1 a un niveau de preuve scientifique de niveau 1 correspondant à une preuve scientifique établie, 1 a un niveau de preuve scientifique de niveau 2 correspondant à une présomption scientifique et 4 articles ont un niveau de preuve scientifique de niveau 3 et 4 ce qui correspond à un faible niveau de preuve scientifique.

Dans cette étude certains biais sont identifiés :

Il existe un biais linguistique du fait que seuls les documents publiés en anglais et en français ont été sélectionnés.

Egalement, un biais de sélection par la non-sélection des documents payants et par le facteur restrictif des mots-clés choisis.

De ce fait, l'extension à d'autres mots clés, aurait inclus des documents non contributifs, au prix de ne pas inclure certains documents potentiellement favorables à l'étude.

Un nombre limité de base de données a été consulté ce qui restreint le nombre de documents susceptiblement disponibles, mais une recherche de proche en proche a été réalisée.

2. Discussion

Les documents sélectionnés ont pour but :

D'une part de rechercher les différentes données épidémiologiques pour mettre en évidence la stagnation du taux de mort par MSIN en France.

Et d'autre part mettre en évidence les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la MSIN.

La stagnation du taux de mort par MSIN en France

Depuis 1975 quatre phases d'évolution ont été constatées en France (figure 1) :

- « une période de croissance rapide, entre 1975 et 1980, les taux passant de 28,3 pour 100 000 naissances vivantes à 102,8, ce qui correspond à une augmentation de 263%.
- cette période est suivie d'une autre progression plus modérée (62%) entre 1981 et 1991,
- à partir de 1992, on note une très forte chute des taux de décès jusqu'en 1997 (- 72%),
- Depuis 1998, la baisse de la mortalité par MSN se poursuit régulièrement mais faiblement, conduisant à des taux de décès peu élevés au cours des années 2000. En 2005, le niveau de mortalité revient à un niveau proche de celui observé durant les années 1970 ». (3)

(En 2005, les MSN représentaient 23,5% des décès survenus entre 1 mois et 1 an de vie (2))

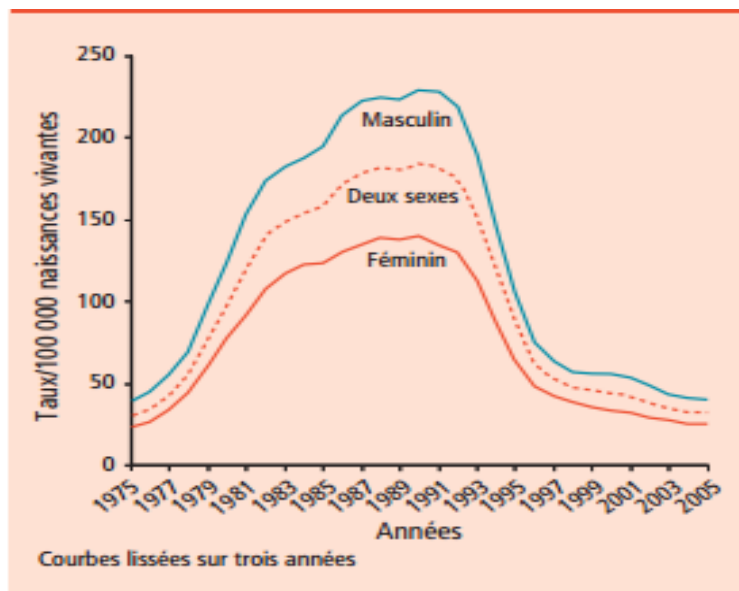


Figure 1 : Évolution des taux de décès de la MSN entre 1975 et 2005 - France métropolitaine

La phase d'augmentation peut être expliquée par un engouement pour le couchage ventral venu des Etats-Unis dans les années 1970.

La diminution spectaculaire à partir des années 90 est en lien avec les campagnes nationales de prévention et les changements de recommandation par rapport aux bons gestes pour coucher le nourrisson. L'évolution épidémiologique de la MSN reste une combinaison de l'évolution des pratiques de certification des décès, de prise en charge post-mortem des enfants et des effets des campagnes pour le couchage dorsal.

En 2008, 244 cas de MSN sont recensés, viennent s'ajouter 6 décès par suffocation et 132 décès de cause inconnue. Soit, un total de 382 décès pour les MSIN. (2)

En 2011, 189 enfants sont décédés de MSN, 211 de causes inconnues ou non précisées et 30 d'autres états morbides non précisés. Parmi ces décès, 50 à 70 % restent des décès inexpliqués.(8)

La MSN est la troisième cause de décès des enfants de moins d'1 an, après les infections de la période périnatale et les malformations congénitales, et ceci depuis 1985. Au-delà de la période néonatale, c'est la première cause de décès.(2)

Les résultats de ces études montrent bien que depuis 1998, la diminution du nombre de MSN n'est pas flagrante voire même en stagnation, de plus pour les données de 2008 à 2011 le taux de MSN a très légèrement diminué (244 à 189) mais le taux de MSIN lui semble constant (environ 400 cas).

Depuis les années 2000, le taux de MSIN représente encore une part de décès infantile bien trop importante en France sans une forte diminution et ce depuis la dernière campagne nationale de prévention en 1996.

Mais ces deux études parlent aussi d'une difficulté persistante dans la classification des morts inexpliquées et un risque de surestimation des MSN.(3) ;(2)

En effet, l'étude sur la prise en charge des morts inattendues du nourrisson par les centres de référence français : état des lieux des pratiques en 2013 (8) est importante pour mettre en évidence que l'obtention de données épidémiologiques fiables est nécessaire pour améliorer la prévention.

« L'absence de consensus sur les examens à réaliser et les difficultés rapportées pour la classification des causes de décès constituent sans doute les principaux obstacles dans l'analyse épidémiologique des MIN. La grande hétérogénéité des bilans diagnostiques mis en œuvre par les différentes équipes françaises rend peu précise l'interprétation des causes de décès ».(8)

Cette étude montre donc le rôle primordial que va jouer l'OMIN pour une meilleure compréhension, classification et prévention des MSIN.

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la MSIN :

Il n'y a pas de recommandations de couchage officielles en France, elles existent sur les sites internet de l'association Naître et Vivre et de la Société Française de Pédiatrie. (2)

Les facteurs de risque mis en évidence dans les différents documents étudiés et aux vues de leurs principaux résultats sont :

Classiquement, les MSN surviennent à 90% avant 6 mois, avec un pic autour de 2-4 mois, et plus souvent chez les petits garçons.(2, 3, 15)

- La position de sommeil en décubitus ventral et latéral comme le montre l'étude sur les données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la MSN(14) ainsi que l'enquête nationale de l'INVS (2). Ces facteurs de risque sont mis en évidence depuis 20 ans maintenant.
- Les objets mous, tels que les matelas mous, les oreillers, les couettes, les édredons, les peaux de mouton, et les peluches ne doivent pas être dans le lit des nourrissons. L'utilisation des draps, de couvertures, de couettes et l'emballotement de l'enfant ne sont pas recommandés. Le matelas doit

être ferme, d'origine et bien ajusté au lit, l'usage de sur matelas n'est pas recommandé. (2) ;(14) ;(12)

- Le partage de lit ou co-sleeping facilite l'allaitement maternel, mais les preuves scientifiques tendent à démontrer que le partage du lit est plus dangereux que le partage de la chambre dans des lits séparés, il n'est pas recommandé de partager le lit de son nourrisson.(2,14)

L'étude de Carpenter montre que le tabagisme, l'alcool et la consommation de drogues augmentent le risque lors du co-sleeping, mais aussi que le risque persiste en absence de facteurs de risque surajoutés. Le risque du co-sleeping est diminué avec l'augmentation de l'âge de l'enfant. (13) En effet selon l'étude de Colvin, le risque est prédominant chez les enfants de moins de 3 mois.(12) Lorsque l'adulte est fatigué ou a pris des médicaments ou des substances psychotropes pouvant diminuer sa vigilance, il ne devrait pas prendre l'enfant dans son lit.(2)

Néanmoins, les articles de la littérature restent très contradictoires et cette notion fait encore débat.

Pour résumer, il est déconseillé de dormir avec son nourrisson, dans les six premiers mois de vie, lors de consommation de substances addictives (toxique, tabac, alcool) et lors de fatigue. Il est préférable de dormir dans la même chambre que son enfant mais dans des lits séparés.

- L'hyperthermie, l'enfant ne doit pas être trop couvert et la température de la chambre doit être entre 18°et 20°.(2,14)
- Le tabagisme pendant la grossesse ressort de presque toutes les études épidémiologiques comme un facteur de risque important. Le risque est augmenté si la mère a fumé toute la grossesse. Il diminue lorsque l'arrêt du tabac intervient tôt au cours de la grossesse. Le tabagisme passif est également incriminé puisque le risque augmente lorsque seul le père est fumeur, augmente aussi en proportion du nombre de fumeurs dans la

maison. Le risque est plus élevé lorsqu'en plus du tabagisme maternel, on retrouve la notion de partage du lit.(2,14)

Donc, le tabagisme pendant la grossesse et tabagisme passif sont à proscrire.

- Le partage d'un canapé ou d'un fauteuil.(2) ; (13) ; (14)
- Les conditions socio-économiques défavorables. Il est probable que les messages de prévention y sont plus difficiles à faire appliquer.(2,14)
- La maltraitance (2,14)

Les facteurs protecteurs, mis en évidence dans les différents documents étudiés et aux vues de leurs principaux résultats sont :

- Le partage de la chambre semble être un facteur protecteur lorsque l'enfant dort dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois de vie. (2,15)
- L'usage de la tétine au moment du coucher pendant la première année de vie moyennant quelques précautions (*« mettre la tétine au moment de coucher l'enfant et ne pas la placer quand il dort, ne pas forcer l'enfant à la prendre, ne pas enduire la tétine de solution sucrée, la nettoyer souvent et la remplacer régulièrement, retarder son utilisation jusqu'à l'âge d'1 mois en cas d'allaitement »*). (2,14)

Ce facteur protecteur fait débat dans la littérature, les hypothèses mises en avant sont la protection des voies oro-pharyngées par la tétine et la diminution du reflux gastro-œsophagien par la succion non nutritive.(14)

- Les vaccinations ont un effet protecteur puisque les enfants complètement vaccinés ont 2 fois moins de risque que ceux non vaccinés. (15)
- L'allaitement maternel bien que les différentes études sont discordantes pour isoler son effet protecteur. (15)

- La position ventrale pendant l'éveil, en particulier les périodes consacrées aux jeux pour favoriser l'acquisition d'un bon tonus cervical.
« Vers l'âge de 4 mois, le nourrisson couché sur le dos peut se retourner sur le ventre, se mettant alors dans la position la plus à risque. Il est reconnu qu'un certain nombre de décès sont liés à ces premiers retournements alors que l'enfant n'a pas encore suffisamment de tonus cervical pour dégager lui-même ses voies aériennes pour respirer ». (2)
- Il est préférable d'utiliser une gigoteuse ou de ne pas couvrir l'enfant au moment du coucher. (2)

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces résultats, on peut constater que la MSIN est toujours d'actualité et représente un problème majeur de santé publique. La propagation, la valorisation des facteurs protecteurs et la prévention des facteurs de risques permettraient de poursuivre de manière bien plus prononcée la diminution de la MSIN en France. La prévention doit être renforcée au niveau national, et les professionnels de la périnatalité doivent s'impliquer auprès des parents pour leurs faire passer les bons messages.

B. Recherche Action

1. Biais

Il existe un biais de sélection. En effet, le calcul du nombre de sujets nécessaires a été calculé en amont mais la taille de l'échantillon et le choix des modalités de l'échantillonnage n'a pas été fait. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population générale.

Il existe un biais de mesure, par l'utilisation dans le questionnaire de questions fermées et semi-ouvertes, ce qui peut entraîner une perte d'information mais l'adjonction d'items « autres » a permis de pallier à ce biais.

2. Analyse des résultats

Selon l'étude, 40 sages-femmes interrogées ont un âge moyen de 36 ans.

Les 23 auxiliaires de puériculture ont un âge moyen de 41 ans, sur les 15 pédiatres, il y a une moyenne d'âge à 36 ans et 8 puéricultrices avec un âge moyen de 44 ans.

En 2015, 52% des sages-femmes avaient moins de 40 ans (15) et en 2011 66% des auxiliaires de puériculture avaient entre 25 et 49 ans (16) ce qui concorde avec les résultats de cette étude. Les pédiatres en 2015 étaient âgés d'environ 50 ans. (17) La population des pédiatres interrogés dans cette étude n'est donc pas représentative en ce qui concerne l'âge de la population générale.

Une explication peut-être avancée, compte tenu de la sélection hospitalière, l'étude permet d'inclure des internes en pédiatrie (étudiants de troisième cycle des études médicales). Ce sont, pour la plupart d'entre eux, de jeunes médecins (moins de 30 ans). Ce sont eux qui assurent le fonctionnement des services hospitaliers sous l'encadrement de médecins séniors responsables. Ils ont plus d'opportunités à remplir les questionnaires que les médecins séniors abaissant ainsi la moyenne d'âge des pédiatres.

L'abord du sujet de la MSIN en maternité par les professionnels de santé

Les professionnels de la santé ont des missions de santé publique notamment en matière de prévention.(11, 18,19) Les professionnels de la périnatalité ont donc un rôle à tenir auprès des parents en maternité par rapport à la prévention de la MSIN.

Mais d'après les résultats de la figure 5, seulement 24 des professionnels de santé interrogés parlent systématiquement de la MSIN en maternité. Parmi les professionnels interrogés 24 en parlent souvent, 33 en parlent de temps en temps et 11 jamais.

Aux vues de ces résultats, bien trop de professionnels de santé n'abordent pas le sujet de la MSIN. Les professionnels se doivent de plus sensibiliser les parents à ce sujet, et à ces nombreuses morts qui pourraient être évitables, grâce à une meilleure prévention. Notamment les sages-femmes, car seulement 10 % d'entre elles abordent ce sujet systématiquement et plus de 50% n'en parlent que de temps en temps (figure 4). Seulement 30% des puéricultrices et des auxiliaires puéricultrices en parlent systématiquement. De plus, 50% des pédiatres en parlent de manière systématique, ce qui paraît tout de même insuffisant, du fait de leur rôle et leur implication auprès des nouveaux nés.

L'usage d'un autre terme que celui de MSIN n'est utilisé que par 16 professionnels de santé.

Les meilleurs moments pour parler de MSIN, selon les professionnels de santé, sont lors du séjour (69) et au moment de la sortie de maternité. (49)

En effet, l'HAS dans son argumentaire sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés préconise qu'un certain nombre d'informations soient données avant le retour à domicile. Notamment, « *les informations sur les événements, les modifications physiologiques et les soins du postpartum pour la mère et le nouveau-né ainsi que sur les troubles éventuels, leur prévention et l'importance de les signaler aux professionnels* ». (20)

Il est important pour 81 des professionnels, d'informer l'ensemble des couples qu'ils aient déjà un enfant ou que ce soit leur premier.

Un support visuel est utilisé par 13 professionnels de santé sur 86 pour faire la prévention de la MSIN. Devant ce faible taux d'utilisation de supports visuels, il est possible d'imaginer, que les professionnels de santé n'y ont pas recours par l'absence de supports visuels adaptés.

Il y a, 79 professionnels de santé qui sont en faveur de la création d'une plaquette, ce qui laisse penser, que la création d'une plaquette pourrait aider les professionnels de santé dans l'étayage des arguments présentés lors de la prévention à la MSIN aux parents.

Le type de prévention qui a été fait par les professionnels de santé en maternité :

Les professionnels de santé évoquent tous la position ventrale auprès des parents en maternité comme facteurs de risque de la MSIN. En effet, depuis Janvier 1994, aux États-Unis, la Conférence internationale de consensus reconnaît, d'un point de vue médical et scientifique, que la position ventrale est un facteur de risque majeur de mort subite chez les nourrissons. (2) Ce facteur de risque fait consensus au niveau de l'ensemble des professionnels de santé dans l'étude et fait l'objet de nombreuses recommandations au niveau international. Surtout aux États-Unis dans l'American Academy of Pediatrics (AAP) en 2005 (21), au Royaume-Uni dans les recommandations du ministère chargé de la santé en 2006 (2) et au Canada. (22)

D'autres facteurs de risque sont mis en évidence dans la littérature et font consensus, comme figurés dans la partie discussion de la recherche bibliographique de ce mémoire, mais ne sont pas évoqués de manière systématique par les professionnels de santé.

En effet, le décubitus latéral est reconnu, au même titre que la position ventrale, comme facteur de risque (2,14), mais seulement 33 des professionnels interrogés sur 86 en parlent aux parents en maternité.

Les professionnels de santé informent des risques : d'une literie non adaptée pour 67 d'entre eux ; de la consommation de tabac pour 66 d'entre eux; d'une température trop élevée dans la chambre pour 54 d'entre eux, de la présence d'objets dans le lit pour 68 d'entre eux sur les 86 des professionnels de santé interrogés. Aux vues des résultats de la figure 6, les professionnels les considèrent comme de réels facteurs de risque et les préviennent pour la majorité d'entre eux. Ces facteurs de risque sont mis en causes dans presque toutes les enquêtes épidémiologiques sur la MSIN.(2,14) Il faudrait, pour être encore plus efficace dans la diffusion des facteurs de risque en maternité, que l'ensemble des professionnels en parlent systématiquement.

Seulement 31 professionnels sur 86 mettent en garde contre la pratique du co-sleeping, pourtant il s'agit d'un facteur de risque majeur actuel de la MSIN qui doit être fortement déconseillé, comme l'explique la pédiatre E.Briand-Huchet dans de nombreux articles (23,24) et comme le montre la partie discussion bibliographique de ce mémoire.

Même si les professionnels de santé évoquent, pour une grande majorité d'entre eux les facteurs de risque les plus importants, il apparait indispensable aux vues des recommandations et de la littérature disponible, qu'ils devraient en parler quasi systématiquement.

Seuls 12 professionnels donnent des conseils aux parents sur le portage en écharpe sécurisé, même si, cette pratique n'est pas mise en cause dans la MSIN par des preuves scientifiques. Il parait important de donner quelques conseils aux parents afin de sécuriser cette pratique. (25)

Les facteurs protecteurs qui sont évoqués par les professionnels de la périnatalité :

Le port de la gigoteuse est recommandé par 72 des professionnels interrogés, le partage de chambre est conseillé par 45 professionnels sur les 86 interrogés, ce qui concorde avec les différentes données de la littérature retrouvées dans la partie discussion de la recherche bibliographique (2,14) et dans les conseils de prévention de la Société Française de Pédiatrie. (26)

Les autres facteurs protecteurs qui ont été jugés, comme tels, par la littérature (2,14,23) ne sont pas évoqués majoritairement auprès des parents en maternité par les professionnels de santé dans l'étude. Notamment, l'usage de la tétine qui est énoncé par seulement 12 professionnels. Cela pourrait être expliqué par de nombreux contre-messages sur ce sujet.

Seulement 8 professionnels de la santé sur les 86 interrogés pensent que la vaccination est un facteur protecteur, tandis que, d'après les données bibliographiques, les enfants complètement vaccinés, ont 2 fois moins de risque que ceux non vaccinés. (15)

De plus, pour éviter le retournement de l'enfant sur le ventre lors du couchage sur le dos, il est important d'expliquer aux parents, que la position ventrale pendant l'éveil en particulier lors des périodes consacrés aux jeux, favorise l'acquisition d'un bon tonus cervical. (2) Hors, seulement 36 professionnels en parlent aux parents.

Les trois principaux arguments avancés par les professionnels de santé, afin d'identifier les freins de la prévention en maternité sont (figure 8) : sur 30 réponses c'est la peur de susciter de l'anxiété aux parents, sur 20 c'est le fait que les parents se soient déjà informés et sur 17 réponses c'est le manque de connaissance.

En regroupant les 4 principaux facteurs de risque mis en cause par les données bibliographiques actuelles (2,14,23) (à savoir : la position ventrale, la literie non adaptée, le co-sleeping ainsi que la température élevée dans la chambre) dans la figure 9, il est possible de dire que la prévention est insuffisante pour 75 des professionnels de santé interrogés en maternité.

Il est possible de mettre en évidence, par rapport à ces premiers résultats, que les parents qui sortent de la maternité n'ont pas systématiquement reçu toutes les recommandations de bonnes pratiques pour la prévention de la MSIN. Il serait intéressant, de réaliser une étude pour mettre en évidence les connaissances des parents après une prévention sur la MSIN faite de manière systématique en maternité.

D'une part, les professionnels de santé ne parlent pas systématiquement de MSIN aux parents, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs connus ne sont pas tous évoqués et leur prévention est insuffisante. D'autre part, les principales raisons identifiées, sont la peur de susciter de l'anxiété aux parents, le manque de connaissance et le fait que les parents se soient déjà informés. Pourtant, les professionnels estiment que le séjour et la sortie de maternité sont les meilleurs moments pour parler de MSIN. Mais une absence de consensus et de recommandations nationales, sur les sites officiels, pourraient aussi être à l'origine de la difficulté des professionnels à prévenir la MSIN.

L'intérêt du point de vue des professionnels de la création d'une plaquette de prévention :

Pour 79 des professionnels interrogés sur 86, une plaquette de prévention serait intéressante. Quand on leur demande pour quelle raison : l'impact de l'image (22 réponses) et la relecture possible de la plaquette (11 réponses) semblent être les éléments les plus en faveur pour la création d'une plaquette. Les autres réponses sont en faveur d'une meilleure compréhension (à savoir 6 réponses par rapport à la barrière de la langue, 5 réponses pour faciliter les explications, 6 pour faciliter l'abord du sujet, et 5 réponses pour lever le tabou).

Une plaquette semble utile pour rappeler les bonnes pratiques, d'une part aux parents et d'autre part aux professionnels (du fait du manque de connaissance).

Les statistiques du tableau 1 nous donnent quelques informations supplémentaires, le niveau de maternité d'exercice semble influencer la prévention faite par les professionnels. Une meilleure prévention semble être réalisée dans les maternités de niveau 3 avec 40.9% des professionnels assurant une prévention optimale. Ce résultat reste discutable, car le niveau d'affluence de nouveaux parents en maternité de niveau 3, est supérieur aux autres niveaux.

Le tableau 2 montre que les différentes catégories de professionnels semblent influencer le facteur de risque position latérale, seuls les pédiatres le préviennent suffisamment. (53%)

Le tableau 3 montre que l'allaitement maternel est promu par les pédiatres (86%) dans la prévention de la MSIN, mais que les autres professionnels le conseillent seulement, dans environ 30% des cas. Les sages-femmes 40%, les auxiliaires et les puéricultrices environ 25%.

Le port de la gigoteuse est évoqué par la quasi-totalité des professionnels de manière homogène.

Le tableau 4 montre que la PNP n'est pas considérée comme le meilleur moment pour parler de MSIN de manière homogène chez les professionnels de santé.

Il s'agirait plutôt du séjour en maternité et lors de la sortie de l'hôpital. Les pédiatres estiment aussi que la première consultation pédiatrique semble adaptée (53 %).

Pour le tableau 5, il est intéressant de constater que les 3 principaux freins mis en évidence quand ils sont comparés avec les différentes catégories de professionnels les résultats sont significatifs.

Les auxiliaires de puériculture (32%) semblent penser qu'elles manquent de connaissances, une plaquette de prévention pourrait leur être très utile.

Les sages-femmes ont peur de stresser les parents (73%), ce qui pourrait expliquer qu'elles ne parlent que pour 10 d'entre elles de la MSIN de manière systématique. De plus 30 % des auxiliaires, 27 % des pédiatres et 12 % des puéricultrices sont de cet avis.

Les pédiatres (66%) pensent que les parents se sont déjà informés, mais les autres professionnels ne sont pas de cet avis. Même s'ils se sont déjà informés, c'est sans doute par le biais d'internet, où l'on peut trouver des contre-messages publicitaires et des informations complètement erronées.

Justement, être sensibilisé par un professionnel de santé, devrait apporter de nouvelles connaissances aux parents et permettrait de les rassurer. De plus, même si les parents disent qu'ils maîtrisent déjà le sujet, un bon rappel par un professionnel de la santé n'est pas un mal. Il vaut mieux savoir que croire savoir.

Par rapport aux résultats, la prévention semble être influencée par les différentes catégories de professionnels de santé.

Il est possible de dire, qu'en maternité, il est difficile de prévenir la MSIN du fait d'un manque d'officialisation de recommandations en France.

La prévention de la MSIN est réalisée par des professionnels de santé qui ne la systématisent pas, et qui l'influencent selon leur profession, en fonction de leurs préjugés personnels.

Perspective :

Aux vues des résultats de l'ensemble de ce travail, il a été constaté que la MSIN malgré sa forte diminution, est encore bien trop présente en France, de nouvelles campagnes de prévention s'imposent, et il paraît important de mettre à disposition des professionnels, des plaquettes de prévention, qui puissent marquer les esprits, apporter des connaissances, et informer tous les couples.

Ainsi, la réalisation de ce travail a mené à la réalisation d'une ébauche de plaquette de prévention. (Annexe VI)

Elle est basée sur le visuel, afin d'imprégner les parents des bons et mauvais gestes à adopter par rapport aux avis des professionnels de santé recueillis, lors de l'étude.

De plus, les gens qui sont dans un contexte social défavorable (analphabète par exemple) ou les personnes ne lisant pas le français, pourront mieux comprendre les messages véhiculés selon les professionnels de santé.

Cette ébauche a été réalisée en collaboration avec C. Zakarian, M. Léonelli et une infographiste A. Lépinay, d'après les recommandations de l'argumentaire de l' HAS en 2007 et du travail réalisé dans la partie bibliographie de cette étude. (1)

V. Conclusion

Cette étude a permis, de mettre en évidence les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la MSIN et de montrer qu'il est important de continuer, d'approfondir, de comprendre et de renouveler la prévention de la MSIN.

Pour cela, il est important d'obtenir des statistiques fiables, grâce à un recueil des cas de MSIN de manière homogène par les CRRMIN, sur l'ensemble du territoire en suivant les recommandations de prise en charge d'une MSIN de la HAS de 2007.

Il paraît aussi important, que la France ait des recommandations officielles afin de mettre tout le monde d'accord et d'harmoniser les pratiques en matière de prévention de la MSIN.

Certains freins à la prévention de la MSIN ont pu être identifiés par cette étude :

Les professionnels de santé influencent eux-mêmes la prévention, en ne parlant pas systématiquement, de la MSIN et en n'évoquant pas l'ensemble des facteurs de risque et des facteurs protecteurs, qui pourtant ont prouvé leur efficacité dans la protection des MSIN.

Les professionnels de santé, en fonction de leur catégorie professionnelle d'appartenance, estiment que le manque de connaissances, la peur de stresser les parents, et le fait que ces derniers se soient déjà informés, sont des freins à la prévention.

Pour pallier à ces freins, l'apport de nouvelles connaissances, et de support visuel explicatif, simple et ludique comme la création d'une plaquette de prévention au niveau régional, voire national, pourraient aider les professionnels de santé à rendre leur prévention plus efficace.

Dans cette optique une ébauche de plaquette de prévention à été réalisée dans ce travail.

VI. Bibliographie

1. Haute autorité de santé. Argumentaire scientifique prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans).2007.
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_mort_inattendue_nourrisson.pdf
2. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D, others. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009. Inst Veille Sanit. 2011;56 p.
3. Aouba A, Péquignot F, Bovet M, Jougla E. Mort subite du nourrisson: situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. Bull Épidémiologique Hebd InVS. 2008;(3-4):18-21.
4. Lévy G. L'histoire de la mort subite du nourrisson. Trib Santé. 4 nov 2008;n° 20(3):39-43.
5. Données statistiques MSN. Naître et Vivre. 2013 [cité 11 févr 2016].
<http://naitre-et-vivre.org/donnees-statistiques-epidemiologie/>
6. Lacroix A. Mort subite du nourrisson: état des lieux sur les pratiques parentales = Sudden infant death syndrome: inventory of parents' practices. Gynecol Obstet . 2014.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/dumas-01025781/document>
7. Mort Inattendue du Nourrisson : prise en charge de l'enfant décédé et accueil des parents. [cité 12 févr 2016].
<http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/crmin-centre-regional-de-referance-mort-inattendue-du-nourrisson/mort-inattendue-du-nourrisson-prise-en-charge-de-l-enfant-decede-et-accueil-des-parents-605.html>
8. Levieux K, Patural H, Harrewijn I, Hanf M, Gras Leguen C. Prise en charge des morts inattendues du nourrisson par les centres de référence français : état des lieux des pratiques en 2013. Arch Pédiatrie. avr 2015;22(4):360-7.

9. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Haute autorité de santé;2007;p.92.
10. Ouverture de l'Observatoire National de la MIN. Naître et Vivre. 2015 [cité 14 févr 2016].<http://naitre-et-vivre.org/observatoire-nationale-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson/>
11. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
12. Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY. Sleep Environment Risks for Younger and Older Infants. *Pediatrics*. 1 août 2014;134(2):e406-12.
13. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies.*BMJ Open*. 1 mai 2013;3(5):e002299.
14. Michel Roussey, Martine Balençon, Michel Dagorne, Guy Defawe, Tiphaine Hervé, Anne Venisse. Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson. *Bull Épidémiologique Hebd InVS*. 2008;(3-4):22-4.
15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé , Février 2016. http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf. [cité 22 févr 2016].
16. Bulletin du sanitaire et social. Les auxiliaires de puéricultures, numéro 14. [cité 2 févr 2016] http://www.orm_paca.org/IMG/pdf/en_ligne_saso_n14_auxipueri.pdf
17. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas national de la démographie médicale 2015. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>. [cité 22 févr 2016].
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
18. Code de la santé publique - Article R4311-1. Code de la santé publique.

19. Code de la santé publique.

20. Haute autorité de santé. Argumentaire scientifique: sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. 2014 [cité 22 févr 2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201403/argumentaire_scientifique_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

21. Syndrome TF on SID. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics*. 1 nov 2005;116(5):1245-55.

22. Gouvernement du Canada. Division de l'enfance et de l'adolescence - Agence de la santé publique du Canada. 2002 [cité 22 févr 2016]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/index-fra.php>

23. Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. *Arch Pédiatrie*. sept 2011;18(9):1028-32.

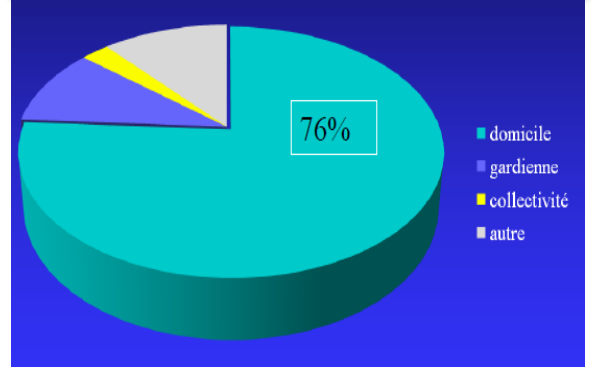
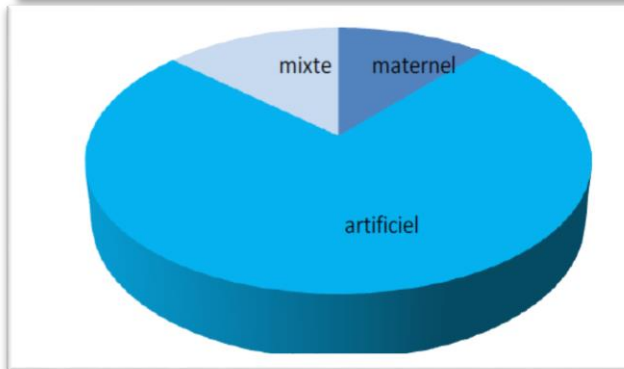
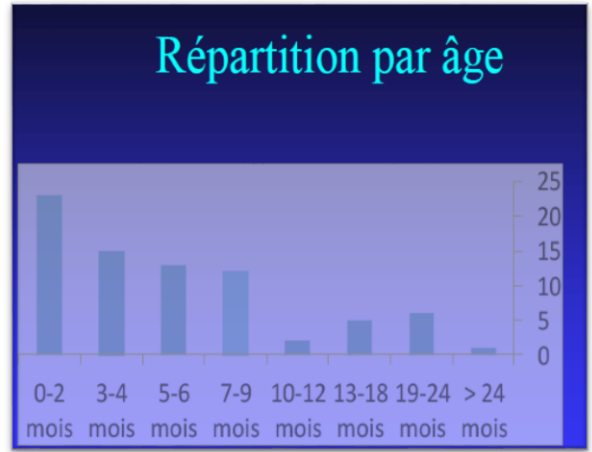
24. Tursz A, Briand-Huchet E, Revel C. De la mort subite du nourrisson à la mort inattendue du nourrisson. *Arch Pédiatrie*. mai 2007;14(5):417-20.

25. Mort subite du nourrisson : continuer la prévention. *Allo docteurs*. 2008 [cité 22 févr 2016]. http://www.allodocteurs.fr/grossesse-enfant/enfant/mort-subite-du-nourrisson/mort-subite-du-nourrisson-continuer-la-prevention_59.html

26. Société française de pédiatrie. Conseils de prévention: mort subite du nourrisson.[cité-22-févr-2016]
http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/pdf/Nouveaut%C3%A9s_du_site/2005/Octobre-Novembre-Décembre2005/conseils_de_prevention.pdf

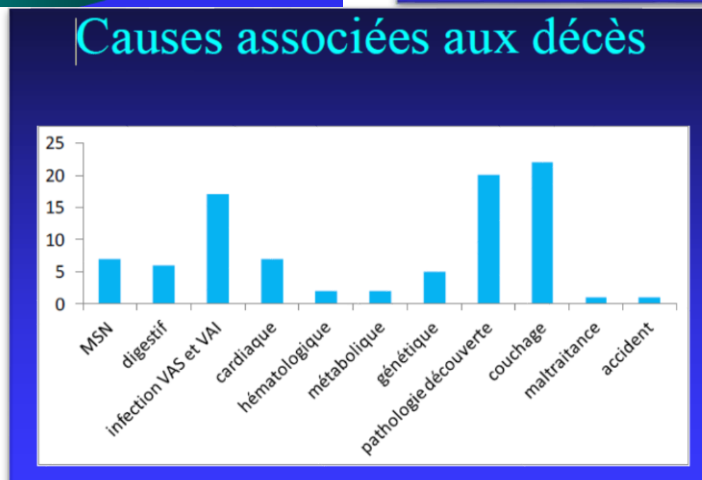
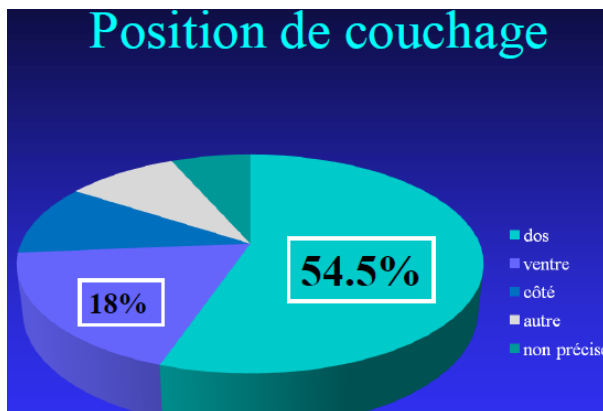
ANNEXES

Annexe I : Etude régionale sur 8 ans 01/01/2005 au 02/02/2013 faite par le Dr P. Garcia

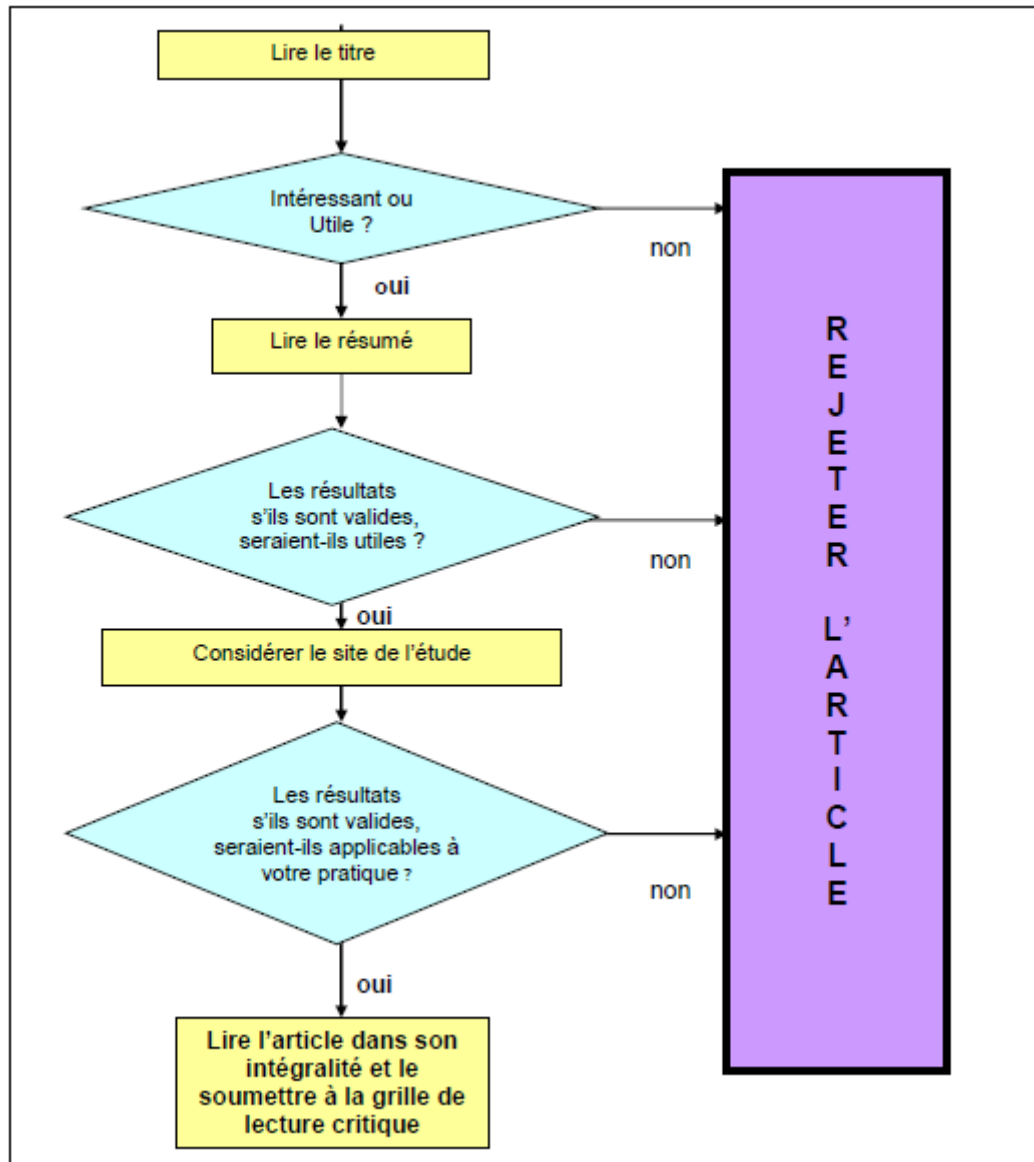


Mode d'alimentation du nourrisson

Lieu du décès



Annexe II: Première étape de lecture critique d'une étude épidémiologique



Annexe III: grille de lecture d'un article épidémiologique

GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE EPIDEMIOLOGIQUE

Titre et auteur de l'article: _____

Rev/Année/Vol/Pages _____

Thème de l'article :

	OUI	NON	?
1. Les objectifs de l'étude sont clairement définis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Méthodologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les caractéristiques de la population sont décrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés et adéquats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les qualités et les modalités de recueil des données sont précisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Analyse des résultats			
• L'analyse statistique est adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les facteurs de confusion et les biais sont pris en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les résultats sont vérifiables à partir des données brutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Annexe IV : grille de lecture des revues de synthèse

GRILLE DE LECTURE DES REVUES DE SYNTHÈSE

Titre et auteur de l'article: _____

Rev/Année/Vol/Pages _____

Thème de l'article :

	Totalement	Partiellement	Pas du tout
1. Les objectifs de la revue de synthèse sont clairement exposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Méthodologie			
2.1. Procédures de sélection			
• L'auteur décrit ses sources de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères de sélection des études sont pertinents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères d'inclusion et d'exclusion des articles sont décrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les études non publiées sont prises en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Méthode d'analyse			
• Les modalités de la lecture critique sont précisées (lecteurs, grille de lecture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur présente la méthode utilisée pour réaliser la synthèse des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Résultats			
• L'auteur décrit les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur commente la validité des études choisies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ses conclusions s'appuient sur des données fiables dont les sources sont citées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Applicabilité clinique			
• La revue de synthèse permet de répondre en pratique à la question posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Annexe V: Grade de recommandation ANAES 2000

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas-témoin	C
Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

Annexe VI: Questionnaire

La prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson

Je suis Mathilde LEONELLI étudiante sage-femme en M1 à Marseille.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire je travaille actuellement avec La sage-femme enseignante Carole Zakarian sur la prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson (MSIN).

La MSIN concerne 250 à 450 décès chaque année en France, elle est la principale cause de mortalité de l'enfant entre 1 mois et 1 an. **(INSERM, 2010)**

Afin de pouvoir identifier les moyens qui pourraient être mis en place pour aider les professionnels du terrain à améliorer la prévention dans ce domaine, nous avons mis en place ce questionnaire.

Je vous remercie, par avance, du temps que vous prendrez, pour y répondre.

Questionnaire

Question 1 :

Vous êtes :

- Pédiatre
- Sage-femme
- Puéricultrice
- Auxiliaire de puériculture

Question 2 :

Quel est votre âge ?

Question 3 :

Le niveau de maternité dans lequel vous travaillez :

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

Question 4 :

Abordez-vous le sujet de la mort subite et inattendue du nourrisson auprès des mères et / ou du couple :

- Systématiquement
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

Question 5 :

Employez-vous un autre terme que « mort subite du nourrisson » (malaise, arrêt respiratoire...)

- Systématiquement
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais
- Si oui, pourquoi ?

.....
.....

Question 6 :

Les facteurs de risque sur la MSIN que vous évoquez (plusieurs réponses possibles) :

- La position ventrale
- Le décubitus latéral
- La literie non adaptée (matelas mou, oreiller, sur matelas dans le lit parapluie, tour de lit)
- Les objets dangereux dans le lit (peluches, jouets, cale bébé, couette...)
- Le co-sleeping (lit, fauteuil, canapé)
- Le tabagisme passif
- La température trop chaude ou trop froide de la chambre
- Portage en écharpe (si non sécurisé)
- Autres :

Question 7 :

Les facteurs protecteurs de la MSIN que vous évoquez :

- Les vaccins
- La succion d'une tétine pendant les phases de sommeil
- L'allaitement maternel
- Le partage de chambre avec les parents (dans les six premiers mois de vie)
- Le port d'une gigoteuse
- Les critères TOG de la gigoteuse
- Favoriser la position ventrale lors des phases d'éveils
- Autres :

Question 7 bis :

Parmi les facteurs que vous n'évoquez pas, y en a-t-il dont vous n'aviez pas connaissance ?

- Oui
- Non

Question 8 :

Vous évoquez la prévention sur la MSIN le plus souvent lors :

- D'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité
- Du séjour en maternité
- De la sortie de la maternité
- De la consultation postnatale
- De La visite pédiatrique du premier mois
- Autre

Question 9:

Selon vous, quel est le moment le plus adapté pour en parler ?

.....

Question 10 :

Vous donnez des conseils, des informations et faites de la prévention sur la MSIN par :

- Oral
- Support écrit (brochure...)
- Support vidéo
- Autres :

Question 11 :

Vous ne faites pas de prévention sur la MSIN :

- Par manque de temps
- Par manque de moyens
- Par manque de connaissances
- Car ce n'est pas une priorité
- Car vous pensez que cela ne fait pas partie de vos fonctions
- Par peur de stresser les parents
- Car vous pensez que les parents sont déjà avisés par d'autres moyens
- Autres :

Question 12 :

Quand vous faites de la prévention sur la MSIN vous ciblez :

- Les primipares
- Les multipares
- Toutes les patientes ou couples

Question 13 :

Pensez-vous qu'une plaquette avec images visant à la prévention de la MSIN vous aiderait à améliorer la prévention ?

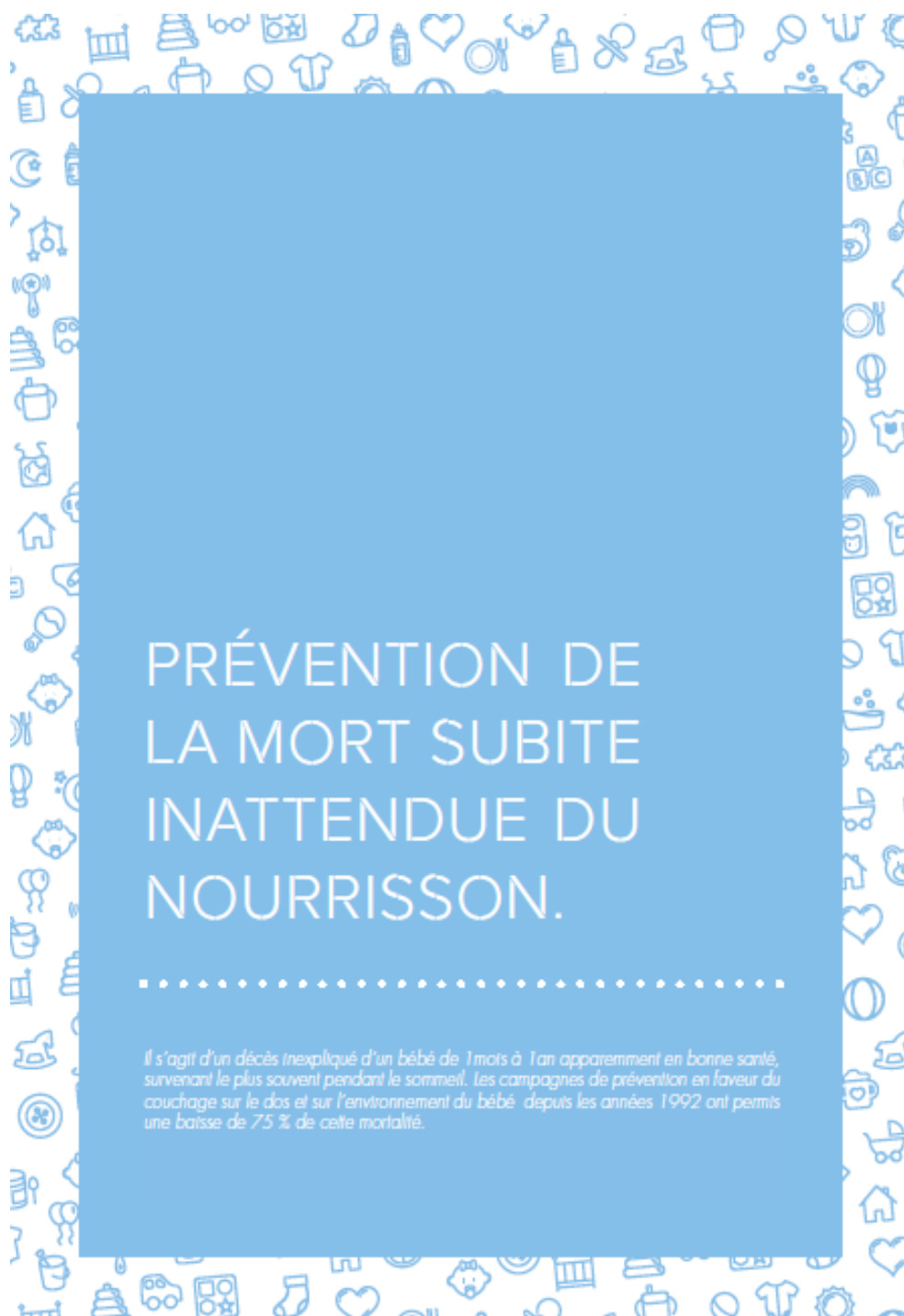
- Oui
- Non

Pourquoi ?

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

Merci pour le temps que vous avez accordé à ce questionnaire

Annexes VI : Ébauche d'une plaquette de prévention de la MSIN



LES BONS GESTES À ADOPTER



BÉBÉ PEUT DORMIR LES 6 PREMIERS MOIS DANS LA MÊME CHAMBRE QUE ses parents



BÉBÉ DORT DANS UNE CHAMBRE ENTRE 18/19°C

BÉBÉ DORT DANS SON LIT RIGIDE (A BARREAUX PAR EXEMPLE)

sur un matelas ferme et adapté à son lit

BÉBÉ DORT DANS UNE gigoteuse



AUTRES FACTEURS PROTECTEURS

- L'usage de la tétine pendant le sommeil entre 1 mois et 1 an
- L'allaitement maternel
- Faire jouer bébé sur le ventre pendant la phase d'éveil

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE



BÉBÉ DORT SANS
*peluches
oreiller
couverture
ET AUTRES OBJETS ENCOMBRANTS*

BÉBÉ NE DORT PAS
*sur le ventre
ou sur le côté
(EXCEPTÉ RAISON MÉDICALE)*

De nos jours il est reconnu comme risqué de dormir avec son bébé dans un lit, un canapé ou un fauteuil surtout si on est fumeur, fatigué, si on a consommé de l'alcool ou si bébé a de la fièvre.



PORTAGE EN ÉCHARPE

Attention quand vous portez votre bébé, veillez à ce qu'il ait le nez toujours dégagé.

Le portage en écharpe demande de l'entraînement, du temps et de la patience. Utilisé avec précautions il a des effets positifs sur le corps et l'esprit de votre bébé.



MÉMOIRE DE MATHILDE LEONELLI - ÉTUDIANTE SAGE FEMME
DIRIGÉ PAR CAROLE ZAKARIAN
RÉALISATION GRAPHIQUE - AGNÈS LÉPINAY



Recommandations HAS 2007

Résumé :

Prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson.

Introduction : En France, la mort subite et inattendue du nourrisson touche 250 à 450 décès chaque année. La mort subite du nourrisson est la troisième cause de décès des enfants de moins d'1 an. Au-delà de la période néonatale (après 1 mois), c'est la première cause de décès. Depuis 1996 il n'y a pas eu de campagne de prévention nationale. Quels sont les freins identifiés qui empêchent une prévention efficace de la mort subite et inattendue du nourrisson en maternité ?

Objectif : Identifier les principaux freins qui empêchent une prévention efficace de la mort subite et inattendue du nourrisson faite en maternité.

Matériels et méthode : Une recherche épidémiologique dans la bibliographie de mars 2015 à Octobre 2015 a été réalisée. Ainsi qu'une recherche-pré-action de Juin 2015 à Aout 2015 a été réalisées auprès de 86 professionnels travaillant en maternité dans la région PACA.

Résultats : Les parents qui sortent de la maternité ne reçoivent pas systématiquement toutes les recommandations de bonne pratique pour la prévention de la MSIN. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs connus ne sont pas tous évoqués et leur prévention est insuffisante. Les principales raisons identifiés par les professionnels de santé interrogés sont la peur de susciter de l'anxiété aux parents, le manque de connaissance et le fait que les parents ce soient déjà informées.

Conclusion : Pour pallier à ces freins l'apport de nouvelles connaissances, et de support visuel explicatif, simple et ludique comme la création d'une plaquette de prévention aux niveaux régionaux pourrait aider les professionnels de santé à rendre leur prévention plus efficace en maternité auprès des parents.

Mots clés : mort subite inattendue nourrisson, position de couchage nourrisson.

Abstract :

The prevention of the sudden unexpected death in infancy.

Introduction : In France, Sudden Unexpected Death in Infancy amounts to 250 to 450 deaths each year. Sudden Unexpected Death in Infancy is the third leading cause of death of children under the age of 1. Beyond the neonatal period (after 1 month), it's the prime cause of death. Since 1996, there has been no national prevention campaign. What are the identified hurdles that impede an effective prevention in maternity of Sudden Unexpected Death in Infancy ?

Objective : Identifying the obstacles that impede an effective prevention in Sudden Unexpected Death in Infancy in maternity.

Material & Methods : An epidemiological study listed in the bibliography from March to October 2015 was carried out. In addition, a pre-action study was conducted from June to August 2015, with 86 professionals working in maternity in the PACA region.

Results : Parents who leave the maternity ward do not systematically receive all of the Good Practice Guidance on the prevention of Sudden Unexpected Death in Infancy. Not all of the known risk and protective factors are mentioned and their prevention is insufficient.

Conclusion : Main causes identified by consulted health professionals are the fear of triggering anxiety among parents, the lack of knowledge and the fact that parents may already be informed. To remedy those hurdles, new insights and brief visual materials such as preventive leaflets at regional level could help health professionals to initiate a more sufficient prevention in maternity

Keys words : Sudden Unexpected Death in Infancy, sleeping position for infant.