



HAL
open science

État des lieux des connaissances des parents à la sortie de maternité sur les conseils de prévention contre la mort subite du nourrisson dans le réseau périnatal Alpes-Isère

Marie Ghio

► To cite this version:

Marie Ghio. État des lieux des connaissances des parents à la sortie de maternité sur les conseils de prévention contre la mort subite du nourrisson dans le réseau périnatal Alpes-Isère. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560892

HAL Id: dumas-01560892

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560892>

Submitted on 12 Jul 2017

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE

GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES
PARENTS A LA SORTIE DE MATERNITE SUR
LES CONSEILS DE PREVENTION CONTRE LA
MORT SUBITE DU NOURRISSON DANS LE
RESEAU PERINATAL ALPES-ISERE**

Mémoire soutenu le : 21 juin 2017

Par Ghio - Marie

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme de Sage-femme

Année 2017

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES PARENTS A
LA SORTIE DE MATERNITE SUR LES CONSEILS DE
PREVENTION CONTRE LA MORT SUBITE DU
NOURRISSON DANS LE RESEAU PERINATAL ALPES-
ISERE**

**STATE OF PLAY ABOUT PARENT'S KNOWLEDGE OF
PREVENTION TIPS FOR SUDDEN INFANT DEATH IN
MATERNITY OF THE ISERE DEPARTMENT**

Mémoire soutenu le 21 juin 2017

GHIO Marie

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2017

RESUME

Objectifs : Faire un état des lieux des connaissances des parents à la sortie de maternité sur les conseils de prévention concernant la MSN dans les maternités du RPAI. Evaluer les sources d'information et comparer leurs efficacités.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive qui a été menée auprès de 321 parents en unité mère-enfant. Le recueil de données a eu lieu dans les maternités du RPAI le jour du retour à domicile à l'aide d'un questionnaire anonyme. Les parents ont été interrogés sur leurs connaissances sur les conseils de prévention de la mort subite du nourrisson.

Résultats : Sur l'ensemble de l'échantillon, les connaissances sont plutôt satisfaisantes. Le couchage sur le dos, l'utilisation d'un matelas rigide et la température de la chambre sont les recommandations les mieux assimilées. Les modalités de couchage et les facteurs protecteurs sont les notions les moins connues. Des différences statistiques de connaissances sont observées en fonction de la catégorie socio-professionnelle et de la nationalité. Aucune source d'information ne semble plus efficace que les autres, c'est plutôt la répétition des informations qui va permettre leur assimilation.

Conclusion : Les connaissances parentales sont plutôt satisfaisantes cependant, au vu de l'enjeu et malgré les freins à cette prévention, les professionnels de santé ne doivent pas relâcher l'effort d'information. Il est important de systématiser cette prévention en insistant particulièrement auprès des populations à risques.

Mots clefs : Mort subite du nourrisson, Prévention, Connaissances, Information

ABSTRACT

Objectives : Make a review about parent's knowledge of prevention tips for sudden infant death in maternity of the Isere département. The second objective was to estimate the sources of information and to compare their efficacy.

Materials and methods : We have managed a descriptive study close to 321 parents in the mother-child service. We have collected data the day of the back home with help of an anonymous questionnaire. The questions were about prevention for sudden infant death.

Results : Overall, knowledge is satisfactory. The back sleep, the use of a rigid mattress and the room's temperature are the best assimilated recommendations. Sleeping arrangements et protective factors are the least know concepts. Statistical differences are observed according to socio-professional category and nationality. No source of informations seems better than another, it's the repetition of them which will allow their assimilation.

Conclusion : On the whole, parental knowledge is pretty good. However, despite the fact that prevention is facing many issues (among other things, the commercial pressure, or the fact that it can be touchy to evoke subjects like death to the parents), considering the stakes, it's really important for the health professionals to not ease up on their efforts to inform the patients. It is important to systematize this prevention by insisting particularly on populations at risk.

Key words : Sudden infant death, Prevention, Knowledge, information

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du Jury.

M le Pr Thierry DEBILLON, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Président du Jury.

Mme le Dr Chloé EPIARD, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Mr Lionel CURTO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire.

Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme HFME et Pôle IMER – Hospices Civils de Lyon Sage-femme Enseignant guidant.

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Chloé EPIARD, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité et son aide précieuse.

M Lionel CURTO, Sage-femme enseignant à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidant de ce mémoire.

Pour son soutien, ses conseils et sa disponibilité durant l'élaboration de ce travail.

Mmes Sylvie CARABY, Anne NICOLAS, Laurence COMBET-BLANC, Catherine DROGUE et Jocelyne DUJOURDIL ainsi qu'à toutes les équipes des maternités du réseau périnatal Alpes-Isère

Pour leur précieuse collaboration dans la distribution des questionnaires.

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante Référente,

Pour nous avoir accompagnés et soutenus durant ces quatre années d'études.

Je remercie personnellement :

Mes parents, mes beaux-parents, mes frères et sœurs et Yohann.

Pour tout l'amour, le soutien et l'écoute qu'ils m'ont apportés.

Mes amis qui ont toujours été présents.

Pour leur soutien et leur joie de vivre.

Toute la promotion

Pour tous les bons moments partagés ensemble.

Table des matières

I) INTRODUCTION	10
II) MATERIEL ET METHODE	12
A. TYPE D'ETUDE.....	12
B. POPULATION	12
C. RECUEIL DES DONNEES.....	13
D. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT	13
E. TRAITEMENT DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE.....	14
III) RESULTATS	14
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	14
B. CONNAISSANCES PARENTALES.....	16
C. MODALITES D'INFORMATION.....	20
IV) DISCUSSION	21
A. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	21
B. LA POPULATION	23
C. CONNAISSANCES DES PARENTS.....	24
D. MODALITES D'INFORMATION ET SATISFACTION	33
E. PERSPECTIVES	35
V) CONCLUSION	36
VI) BIBLIOGRAPHIE	38
VII) ANNEXES	40

ABREVIATIONS

HCE : Hôpital Couple Enfant

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

CPN : Cours de Préparation à la Naissance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

I) INTRODUCTION

Utilisé en France depuis 2007, le terme de « **Mort inattendue du nourrisson** » regroupe tous les cas de « **mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir** » [1]. Les MIN se subdivisent en plusieurs catégories dont la « **mort subite du nourrisson** » définie comme : « **décès inexpliqué d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexpliqué après des investigations post-mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique** » [2].

La MSN est donc une MIN pour laquelle aucune cause n'est retrouvée après exploration approfondie. C'est un diagnostic rétrospectif par élimination. Certains décès se révéleront expliqués par une infection, une maladie métabolique, voire des actes de maltraitance et sortiront du domaine de la MSN.

Entre 1969, date de la publication de la définition de la MSN, et 1991, le taux de MSN n'a fait qu'augmenter jusqu'à devenir en 1985 la principale cause de décès infantile en France. Les taux observés étaient proches de ceux observés dans les pays européens voisins (autour de 1200 décès en 1980 et 1450 en 1991 en France).

Dès 1979 elle est devenue une cause de décès à part entière dans les certificats de décès.

La prise de conscience du rôle néfaste du couchage sur le ventre, confirmé par de nombreux travaux menés entre 1970 et 1990, a permis avec la mise en place de nombreuses campagnes de prévention, une grosse diminution des décès par MSN entre 1990 et 2005. Le nombre de MSN est passé de 1450 /an à 250 / an en France. Des évolutions comparables ont été observées dans d'autres pays européens. [2] [4]

Depuis, malgré des efforts de prévention, l'incidence en France reste stable autour de 500 MIN par an, dont environ 230 MSN.

Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés dont le « Triple-Risk Model » en 1994. Ce modèle décrit la convergence de trois ensembles de conditions pouvant mener au décès d'un enfant dans le cadre de la MSN : une **vulnérabilité sous-jacente** particulière pendant une **période critique de développement** et la confrontation à un **stress exogène**. [1]

Les vulnérabilités sous-jacentes peuvent être d'ordre génétique, ou liées à la prématurité. La période critique concerne les six premiers mois. En effet 80% des MSN se déclarent sur cette période, et notamment entre deux et quatre mois où de nombreux changements physiologiques sont observés. [1] Plusieurs études ont également montré que les garçons étaient plus touchés que les filles. [1][2]

Ce sont sur les facteurs de risques représentant des stress exogènes que nous pouvons agir afin de diminuer le nombre de MSN, et notamment les pratiques de couchage qui ont été identifiées comme les principaux facteurs de risque. [3][6]

L'enquête nationale réalisée par l'INVS de 2007 à 2009 a montré que 100 à 150 de ces décès pourraient être évités avec le respect des conseils de prévention et notamment les conditions de couchage.

En France, nous observons un déficit de prévention. Aucune action de prévention des pouvoirs publics n'a été menée depuis 15 ans. Le marché de la puériculture propose de nombreux accessoires de literie attrayant mais dangereuse. Aussi une réticence professionnelle par peur d'aborder le sujet du décès dans le contexte de la naissance. [4]

Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur les causes de la stagnation du nombre de décès par MSN et plus spécifiquement sur les connaissances des parents. Nous nous sommes demandés quelles connaissances avaient les parents sur la prévention de la MSN à la sortie de la maternité.

II) MATERIEL ET METHODE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique.

B. POPULATION

L'étude a été réalisée dans toutes les maternités du RPAI :

- HCE Grenoble : Maternité de type 3
- Clinique Mutualiste : Maternité de type 1
- Clinique des Cèdres : Maternité de type 1
- Clinique Belledonne : Maternité de type 2
- Hôpital de Voiron : Maternité de type 2

Les questionnaires ont été distribués aux parents pendant leur séjour en unité mère-enfant du 15 novembre 2016 au 31 janvier 2017

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, toute les patientes hospitalisées en unité mère-enfant suite à un accouchement ainsi que leur conjoint.

Critères d'exclusions

Seules les personnes mineures ont été exclues de l'étude.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire distribué en suites de couches aux deux parents par les auxiliaires de puéricultures ou les infirmières puéricultrices.

Les questionnaires devaient être distribués le jour de la sortie. Les parents devaient y répondre une fois tous les professionnels de santé vus, afin qu'ils aient reçu toutes les informations et les conseils de sortie.

Le questionnaire était composé de 23 questions fermées, dont trois à choix multiple.

Les sept premières questions concernaient les informations générales sur la population, les cinq suivantes des renseignements sur la grossesse et les dix dernières les consignes de prévention de la MSN ainsi que les supports d'information et la satisfaction. (Annexe 1)

Avant de commencer le recueil de données, nous avons testé le questionnaire auprès de patientes hospitalisées en suites de couches à l'hôpital couple enfant de Grenoble.

D. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des parents à la sortie de maternité sur les conseils de prévention concernant la MSN dans les maternités du RPAI. L'objectif secondaire était de comparer les supports d'information afin de voir lequel est le plus efficace.

Le critère de jugement principal était la correspondance des réponses des parents avec les réponses attendues. Le critère de jugement secondaire était le taux de conformité de chacun de ces items en fonction des différentes sources d'information.

E. TRAITEMENT DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE

Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique a été StatView (version 5.0). Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Le test de comparaison utilisé était celui du Chi 2 (avec une p value significative inférieure à 0.05). Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type.

III) RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION

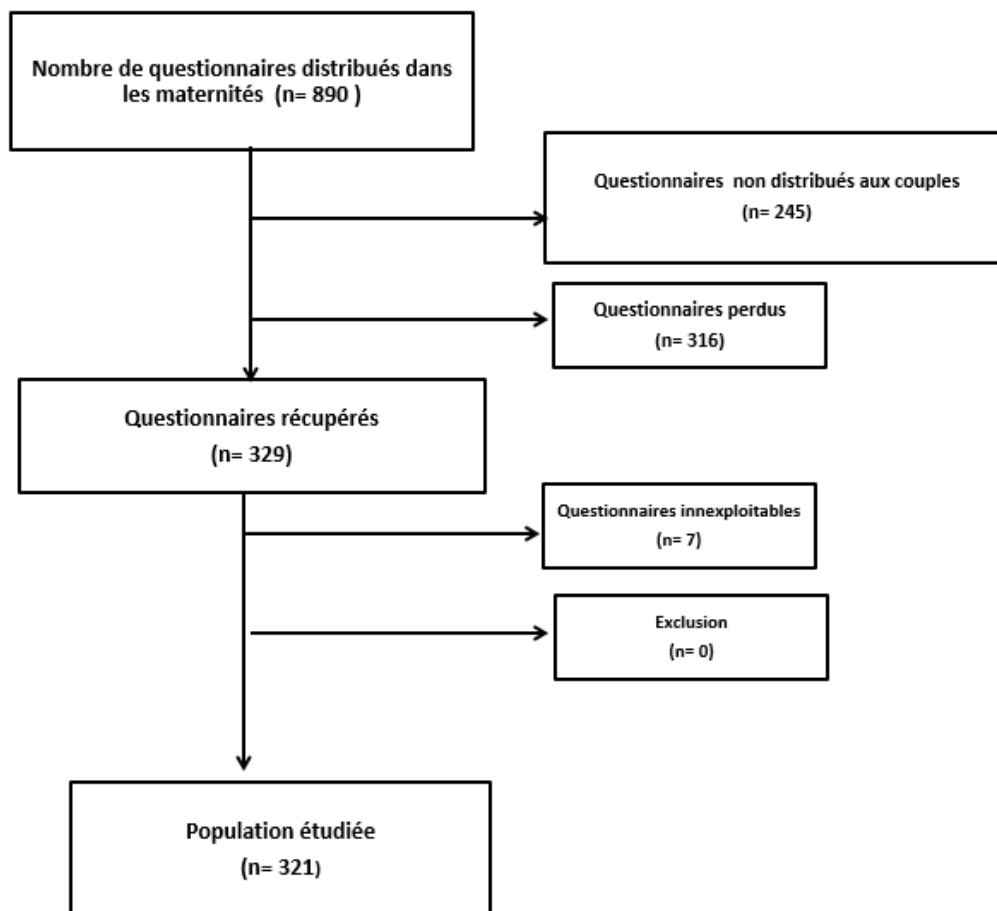


Figure 1 : Diagramme d'inclusion.

	n	%
Sexe	321	100%
Homme	84	26,2%
Femme	237	74,8%
Age	321	100%
≤ 20 ans	0	0%
21-25 ans	33	10,3%
26-30 ans	116	36,1%
31-35 ans	104	32,4%
> 35 ans	68	21,2%
Nationalité	321	100%
Française	272	85%
autre pays d'Europe	14	4,4%
Afrique du Nord	15	4,6%
Autre	20	6%
Primiparité	321	100%
Oui	152	47,3%
Non	169	53,7%
Profession (INSEE) *	321	100%
Agriculteur	1	0,3%
Artisan, commerçant	4	1,3%
Cadre	68	21,2%
Profession intermédiaire	54	16,8%
Employé de la fonction publique	63	19,6%
Employé de commerce	24	7,5%
Personnel de service pour particulier	10	3,1%
Ouvrier qualifié, chauffeur	24	7,5%
Ouvrier non qualifié	10	3,1%
Sans profession	63	19,6%
Vie en couple	321	100%
Oui	312	97,2%
Non	9	2,8%
Cours de Prep	321	100%
Oui	211	65,7%
Non	110	34,3%
Conseils Cours de Prep sur MSN	211	100%
Oui	113	53,6%
Non	98	46,4%
Consommation tabac	321	100%
Non	240	74,8%
diminution	35	10,9%
arrêt	37	11,5%
identique	9	2,8%
AM (femmes)	237	100%
Oui	170	71,7%
Non	67	28,3%
Terme naissance **		
<37 SA	91	29,2%
> ou = 37 SA	221	70,8%

* En comparaison avec enquête INSEE : P value < 0,001

**9 données manquantes

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude.

B. CONNAISSANCES PARENTALES

CONNAISSANCES GENERALES

	n	%
Position couchage		
ventre	12	3,7%
dos*	314	98,7%
côté	42	13,2%
Données manquantes (n)	3	
Situation recommandée de couchage		
Lit parapluie + rajout de matelas	3	1%
Bordé par un tour de lit	6	2%
dans le lit avec ses parents	2	0,6%
seul dans son lit dans la chambre des parents*	229	74,6%
seul dans son lit dans sa chambre	67	21,8%
Données manquantes (n)	14	
Situations à risques		
Lit parapluie + rajout de matelas*	177	61,5%
Bordé par un tour de lit*	192	66,9%
dans le lit avec ses parents*	205	71%
seul dans son lit dans la chambre des parents	5	1,7%
seul dans son lit dans sa chambre	53	17,9%
pas de réponse	34	10,5%
Possible de mettre dans le berceau		
cale-bébé	52	16,3%
cocon	31	9,7%
coussin	4	1,3%
couverture	17	5,3%
couette	7	2,2%
tour de lit	16	5%
rien*	230	72%
Données manquantes (n)	1	
recommandation type de matelas		
rigide*	281	91,8%
mou	25	8,2%
Données manquantes (n)	15	
La consommation de tabac pendant la grossesse augmente le risque de MSN		
Vrai*	196	61%
Faux	8	2,5%
Ne sait pas	117	36,5%
Données manquantes (n)	0	
le tabagisme passif augmente le risque de MSN		
Vrai*	216	67,3%
Faux	10	3,1%
Ne sait pas	95	29,6%
Données manquantes (n)	0	
L'utilisation d'une tétine est un facteur protecteur de la MSN		
Vrai*	40	12,5%
Faux	105	32,7%
Ne sait pas	176	54,8%
Données manquantes (n)	0	
L'allaitement maternel est un facteur protecteur de la MSN		
Vrai*	63	19,7%
Faux	102	31,9%
Données manquantes (n)	155	48,4%
Temperature idéale chambre		
16-18°	22	6,9%
19-20°*	277	87,1%
21-23°	19	6%
Données manquantes (n)	3	

* : Bonne réponse

Tableau II : Réponses questions Prévention MSN

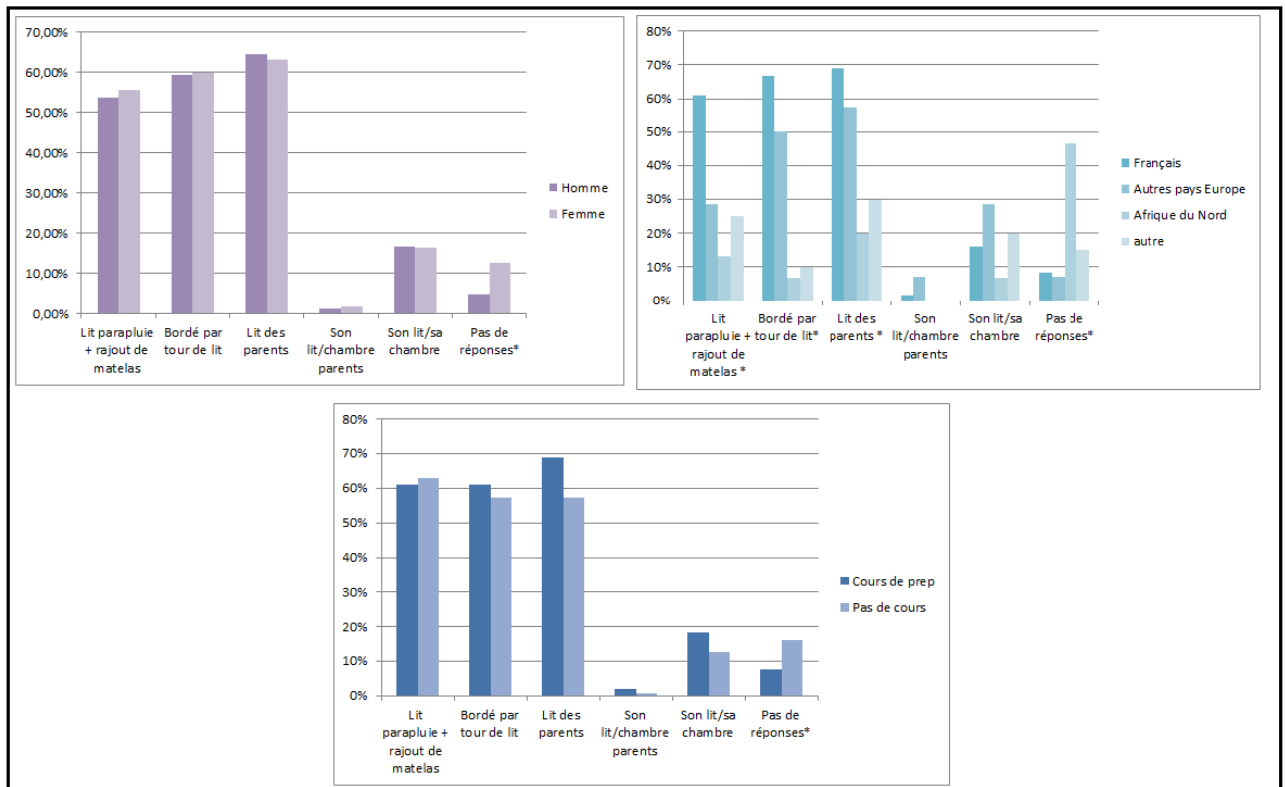
On observe un total de bonne réponse moyen de 7,8/ 13 avec un écart-type de 2,5.

	Moyenne (/ 13)	Ecart-Type
Sexe		
Homme	7,9	2,1
Femme	7,8	2,5
Age		
20-25 ans	6,7	2,9
26-30 ans	7,7	3,5
31-35 ans	8,1	2,3
> 35ans	8,1	2,1
Parité		
Multipare	7,8	2,4
Primipare	7,8	2,4
Nationalité		
Français	8,1	2,4
Autres pays Europe	7,2	2,3
Afrique du Nord	6	2,1
Autre	5,7	2,1
CSP		
Agriculteur	9	0
Artisan, commerçant	9	1,4
Cadre	8,6	1,9
Profession intermédiaire	8,2	2,8
Employé fonction publique	8,2	2,2
Employé de commerce	7,5	2,5
Service pour particulier	7,8	1,9
Ouvrier qualifié, chauffeur	7,5	2,7
Ouvrier non qualifié	6,9	1,8
Sans profession	6,5	2,6
CPN		
oui	8	2,4
non	7,4	2,5
Conseils pendant CPN		
oui	8,1	2,4
non	7,9	2,4
Terme naissance		
< 37 SA	7,6	2,3
> ou = 37 SA	7,9	2,4

Tableau III : Comparaison des moyennes en fonction des caractéristiques de population

MODALITES DE COUCHAGE

Aucune différence statistique n'est mise en évidence entre les connaissances des Hommes et des Femmes, ni des personnes ayant participé aux CPN et ceux n'y ayant pas participé. En revanche, des différences sont observées pour la nationalité (P Value < 0,0001). (Tableau en Annexe 3)



* : P value < 0,005

Figure 2 : Comparaison réponses à la question sur les situations de couchage à risque (Tableau complet en Annexe 4)

LITERIE

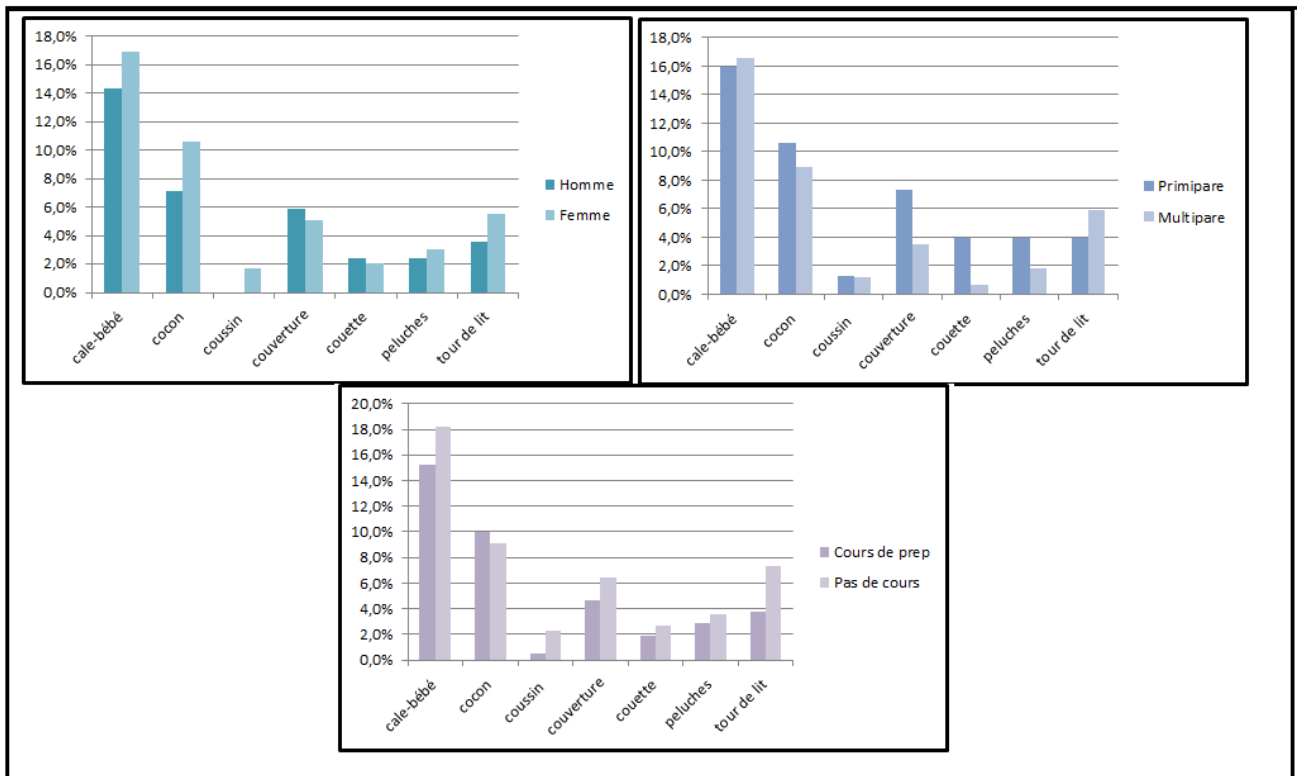


Figure 3 : Objets mis dans le berceau

ENVIRONNEMENT

61,6% des femmes et 59,5% des hommes ont correctement répondu à la question 17 sur l'impact de la consommation de tabac pendant la grossesse. 4,7% des hommes contre 1,7% des femmes ont répondu que la consommation de tabac n'augmentait pas le risque de MSN.

Concernant la question 18 sur l'impact du tabagisme passif sur la MSN, nous observons des taux de réponses similaires entre les hommes et les femmes.

	Impact consommation de tabac pendant grossesse sur MSN			P Value	Impact tabagisme passif			P Value
	Oui	Non	Ne sait pas		Oui	Non	Ne sait pas	
Non fumeur	150 (62,5)	3 (1,2)	87 (36,2)	0,16	165 (68,6)	5 (2,1)	70 (29,2)	0,49
Diminution	22 (62,8)	2 (5,7)	11 (31,4)		23 (65,6)	2 (5,7)	10 (28,6)	
Arrêt	19 (51,3)	3 (8,1)	15 (40,5)		22 (59,5)	3 (8,1)	12 (32,4)	
Conso identique	5 (55,6)	0 (0)	4 (44,4)		6 (66,7)	0 (0)	3 (33,3)	

Tableau IV : Connaissance impact tabac sur MSN en fonction de la consommation de tabac

C. MODALITES D'INFORMATION

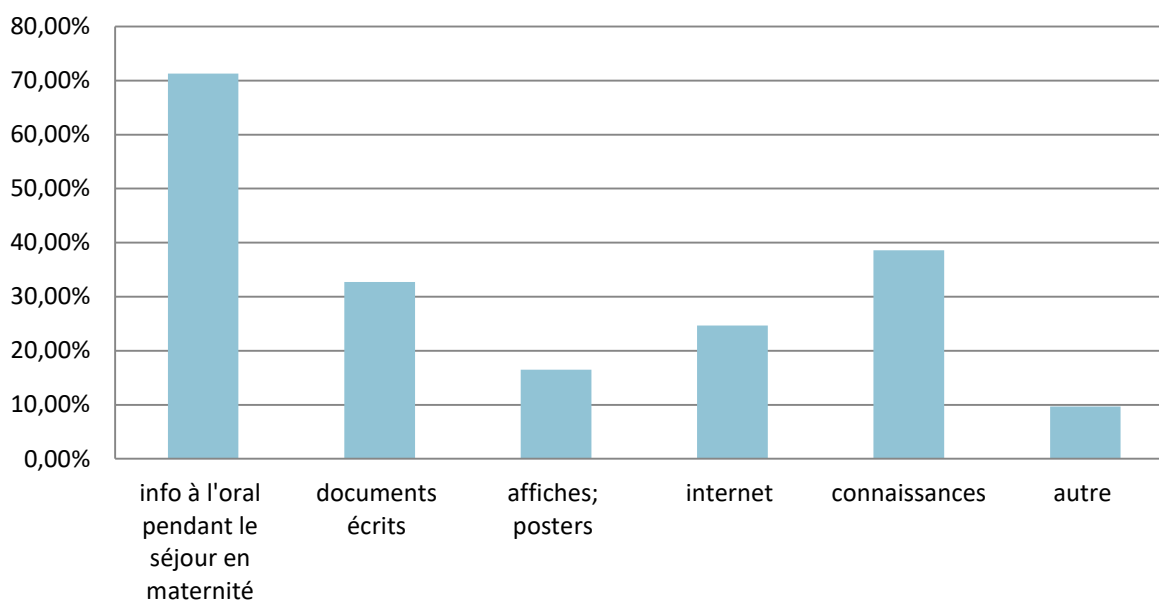


Figure 4 : Origine des informations

	Moyenne (/ 13)	Ecart-Type
Infos à l'oral	8	2,4
Infos sur documents écrits	8,3	2,2
Infos sur affiches	8	2,5
Infos sur internet	8,2	2,6
Infos par connaissances	7,7	2,5
Autres	9,2	/

(Autres : principalement Sage-femme libérale ; formation professionnelle ; lecture personnelle ; première grossesse)

Tableau V : Comparaison des moyennes en fonction de l'origine de l'information

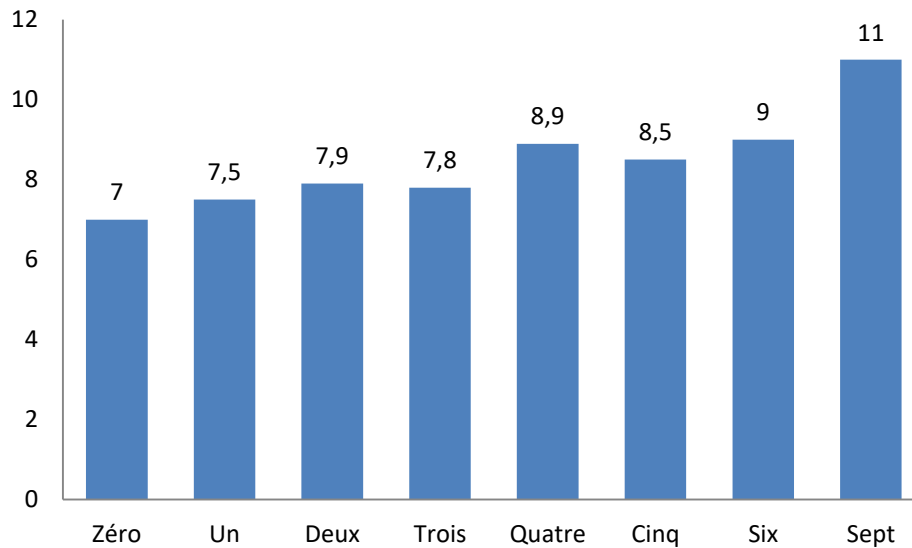


Figure 5 : Moyenne de bonnes réponses en fonction du nombre d'information reçu

Concernant la question 23 sur la satisfaction, 67% des parents estiment avoir reçu suffisamment d'information sur la MSN et 31% estiment ne pas en avoir reçu assez. 2% des parents de l'échantillon n'ont pas répondu à cette question.

Nous n'observons pas de différences entre les hommes et les femmes pour cette question.

IV) DISCUSSION

A. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

La réalisation de l'étude en multicentrique nous a permis d'obtenir un nombre plus important de réponses et des résultats plus représentatifs. L'objectif était d'évaluer les connaissances globales des parents sans chercher à comparer les maternités d'origine. Le principal inconvénient de cette méthode est qu'elle ne permet pas une parfaite reproduction du protocole dans tous les établissements. Toutes les maternités ont des modes de fonctionnement différents.

Nous avons préféré l'auto-questionnaire anonyme pour plusieurs raisons. Premièrement, afin de faciliter la distribution et d'obtenir un nombre plus important de réponses. Ensuite, il permet la libre-expression. Les personnes ayant le moins de connaissances sur la MSN peuvent répondre sans avoir peur d'être jugées. En combinant l'auto-questionnaire au multicentrique, nous avons pu obtenir 321 questionnaires interprétables ce qui nous a paru suffisant. Ce mode de recueil d'informations comporte quelques inconvénients. En effet, parmi tous les questionnaires distribués, nous observons un nombre important de questionnaires perdus (316 soit environ 49%). Ce taux de non-réponses représente un biais de sélection. Les personnes qui se sentent plus concernées sont plus susceptibles de répondre. De plus, les personnes ne sachant pas lire et ne parlant pas le français ne peuvent pas être interrogées alors qu'elles font partie d'une population à risque. [6] L'utilisation de l'auto-questionnaire entraîne une perte de données importante qui aurait pu être évitée par l'entretien.

Le questionnaire a été réalisé grâce aux recommandations nationales retrouvées sur différents supports : carnet de santé, enquête de l'INVS ; plaquettes de prévention... Tous donnent les mêmes conseils. Sur le carnet de santé, malgré la bonne information, nous pouvions observer une image d'un nouveau-né dans son lit à barreaux avec un tour de lit. Cette image a été modifiée car elle n'était pas conforme aux recommandations. Dans la majorité des maternités, ce sont les auxiliaires de puériculture qui ont distribué les questionnaires. Elles étaient donc au courant de la mise en place de l'étude ce qui a pu influencer leurs discours lors de la délivrance des informations de sortie. Il était mentionné dans l'entête du questionnaire qu'il fallait y répondre de manière individuelle et le jour de la sortie une fois tous les professionnels de santé vus. Le non-respect de ces consignes peut également constituer un biais.

La majorité des questionnaires récupérés viennent de l'HCE (65%) : maternité de type 3 et centre d'accueil des MSN de la région où le personnel est d'avantage sensibilisé à ce risque. Ceci constitue à nouveau un biais.

B. LA POPULATION

Notre échantillon est composé de 74,8% de femmes et de 26,2% d'hommes. Cette différence est probablement due au fait que les pères ne sont pas toujours présents à la maternité. Ils arrivent parfois juste au moment de la sortie et ont d'autres préoccupations que de remplir un questionnaire. Les mineurs étaient exclus de l'étude. Aucune personne de moins de 20 ans n'a répondu au questionnaire. Nous observons une majorité de réponse pour la classe des 26-30 ans (36,4%) et la classe des 31-35 ans (32,4%). Ces chiffres sont cohérents car ils correspondent aux âges où la fécondité est la plus élevée : l'âge moyen pour un premier enfant est de 28,1 et de 32,5 pour un troisième. [7]

En comparant les catégories socio-professionnelles de notre échantillon à l'enquête réalisée par l'Insee avec le test du Chi², nous observons une P value < à 0,001 [5]. Notre échantillon n'est pas représentatif de la population française mais nous pouvons nous y attendre au vu de l'effectif et du biais de sélection causés par le recueil de données. Concernant la consommation de tabac, nous observons 25,2% de fumeurs, ce qui correspond à la moyenne française (28,2% de fumeurs). [8] Le taux d'allaitement à la naissance de notre échantillon est de 71,7% ce qui est proche du taux national (74%). [9]

Nous observons un taux anormalement élevé de prématurité. En effet celui-ci est de 29,2% contre 7% pour la moyenne nationale. Ces résultats sont probablement dus au fait d'avoir une grande majorité de questionnaires provenant de l'HCE. Nous pouvons également envisager que cette différence soit due au hasard mais cette hypothèse est moins probable au vu de l'importance de la différence.

Notre échantillon est donc peu représentatif de la population française, notamment au niveau des CSP. Les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à la population française, mais nous permettent tout de même d'avoir un aperçu général des connaissances dans le département.

C. CONNAISSANCES DES PARENTS

De nombreux facteurs de risque de MSN sont aujourd'hui identifiés : Position de sommeil en décubitus ventral ou sur le côté ; l'environnement du couchage avec une température de chambre trop élevée et l'utilisation de couvertures, couettes, tour de lit ... ; le partage du lit, d'autant plus si les parents fument, ont bu, pris des drogues ou s'ils sont très fatigués ; Le tabagisme passif ainsi que la consommation de tabac pendant la grossesse ; Des conditions socio-économiques défavorables ; la consommation d'opiacés au cours de la grossesse. [2 ; 10]

Certains facteurs de protection ont également été identifiés : l'allaitement maternel ; les vaccinations, le partage de chambre, l'utilisation de la tétine une fois l'allaitement maternel établi.

Chaque questionnaire a été noté sur 13 afin d'évaluer les connaissances globales. Nous observons une moyenne de 7,8/13. Elle ne varie pas ou peu en fonction du sexe, de la parité,

du terme de naissance, en revanche elle augmente avec l'âge. Nous passons de 6,7/13 pour les 20-25 ans à 8,1/13 pour les plus de 35 ans. Nous pouvons nous attendre à avoir une augmentation des connaissances sur la prévention de la MSN avec l'âge mais également avec la parité. Plus les parents ont d'enfants plus ils seraient susceptibles d'avoir reçu des informations. Ce résultat met peut être en évidence le fait que les professionnels de santé fournissent peut-être moins d'informations aux multipares, en pensant que les connaissances sont acquises. Nous observons une meilleure moyenne chez les catégories socio-professionnelles élevées et chez les parents ayant participé aux cours de préparation à la naissance. Une différence est également observée au niveau de la nationalité : Les moyennes les plus faibles sont observées pour les personnes originaires d'Afrique du Nord ou d'un autre pays non cité. Ces différences sont probablement liées à des difficultés de compréhension, mais également à des pratiques culturelles. Un effort de prévention est à faire auprès de ces populations.

MODALITES DE COUCHAGE

Depuis la prise de conscience du rôle néfaste du couchage sur le ventre, le taux de MSN a largement diminué (75% en dix ans) [11]. Cette pratique a fait l'objet de nombreuses campagnes de prévention et est aujourd'hui bien ancrée dans les esprits. Nous observons d'ailleurs que 98,7% de notre échantillon ont coché « sur le dos » à la question 13 sur les positions de couchage. Nous voyons sur le tableau 2 que cette question a le taux de bonnes réponses le plus élevé. Cette question était à choix multiples car nous voulions mettre en évidence le manque de connaissances du risque lié à la position en décubitus ventral et sur le côté. [2] [11]

3,7% des parents ont répondu « sur le ventre » et 13,2% « sur le côté » pour cette question. Le risque lié au couchage sur le côté est autant associé à la MSN que le couchage sur le ventre [12] mais semble moins connu. Depuis que les recommandations vont dans le sens d'un couchage sur le dos, nous observons une augmentation des plagiocéphalies [13]. D'après certaines études, cette augmentation serait plus due à l'absence de motricité libre qu'au décubitus dorsal. Les nouveau-nés laissés trop longtemps dans la même position ont plus de risque de développer une plagiocéphalie (cosy, transat, siège...). Il est important d'en parler aux parents et de leur donner les conseils de prévention (Ex : Changer la position de la tête du nourrisson pendant la journée et alterner chaque nuit le côté de la tête où dort l'enfant ; positionner le nourrisson sur le ventre pendant au moins 5 minutes lors des phases d'éveil, alors qu'il est sous surveillance...) [14]

Le co-sleeping est responsable de nombreuses MSN. D'après une étude Américaine il en est le premier facteur : 69% des bébés victimes de MSN dormaient avec un adulte dans le même lit lorsqu'ils sont décédés. [15] De nombreuses études confirment ces résultats dont une étude publiée dans le British Medical Journal en 2013 qui a évalué que le risque de MSN était multiplié par cinq avec la pratique du co-sleeping. [15] Ces études démontrent également le danger lié à l'usage de tour de lit ainsi qu'au rajout de matelas dans les lits parapluie. Encore une fois ces recommandations sont retrouvées dans de nombreuses publications. Pour les nourrissons de 0 à 3 mois le risque principal est le partage de lit et pour les enfants plus grands, le risque est plutôt lié aux objets mis dans le lit. [16] En revanche de nombreuses études recommandent le partage de chambre qui est un facteur protecteur de MSN. Cette pratique recommandé jusqu'au six mois de l'enfant diminuerait le risque de MSN de 50%. [17]

Les questions de couchage nous ont donc paru essentielles. Avec la question 14 nous voyons que 74,6% des parents savent que la situation recommandée est le partage de chambre sans partage de lit. Nous avons comparé la réponse à la question en fonction des caractéristiques de population afin de voir si certaines populations étaient moins informées que d'autre (annexe 3 et 4). La seule différence statistiquement significative retrouvée était la nationalité (P value < 0,0001). Les parents de nationalité française sont ceux ayant le mieux répondu. La catégorie « autre nationalité » obtient le plus mauvais taux de bonnes réponses (seulement 62,5% pour « le nourrisson dort dans son lit mais dans la chambre des parents » et un taux très élevé à 18,7% pour « le nourrisson est bordé par un tour de lit »). Les différences observées en fonction du sexe et en fonction de la participation aux CPN ne sont pas statistiquement significatifs. Nous observons tout de même un taux de bonnes réponses plus élevé pour les personnes n'ayant pas participé aux CPN (79,2% contre 72% pour ceux ayant participé) et pour les hommes (79,3% contre 72,9% pour les femmes).

Pour la deuxième partie de la question 14, nous avons obtenu un taux particulièrement élevé de non réponses (34 non réponses soit 10,5%). Nous avons donc décidé de l'inclure comme une réponse à part entière en supposant que la « non-réponse » pouvait correspondre au manque de connaissances. Nous aurions dû rajouter l'item « ne sait pas » à cette question. La situation la plus à risque est le co-sleeping [15], 63,9% des parents l'ont notée comme à risque. Pour l'utilisation de lit parapluie avec rajout de matelas nous observons 55,1% de bonnes réponses et pour le bordage par un tour de lit 59,8%. Pour cette question, nous retrouvons plus de différences en fonction des caractéristiques de population. Les différences statistiques retrouvées concernent principalement : la nationalité, les CSP, la participation aux CPN et l'allaitement maternel au sein. Pour la nationalité, tout comme dans la première partie de la question, les parents de nationalité française ont des taux de

bonnes réponses supérieures aux autres pour tous les items. Les parents originaires d'Afrique du Nord ont le taux de bonnes réponses le plus faible avec seulement 13,3% de personnes ayant coché le rajout de matelas dans le lit parapluie comme à risque, 6,7% ayant coché le bordage par un tour de lit et 20% ayant coché le co-sleeping. Des taux similaires sont retrouvés pour la catégorie « autre nationalité ». Ces résultats posent question dans la mesure où les personnes ayant répondu au questionnaire savent, à priori, lire le français et sont donc capables de comprendre les informations.

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis entre 1995 et 2001, nous voyons qu'il existe des différences significatives de taux de MSN entre les groupes ethniques [18] et ce résultat est retrouvé dans de nombreuses études. Concernant les CSP, nous retrouvons globalement de meilleurs taux de bonnes réponses chez les catégories socio-professionnelles les plus élevées avec à nouveau des taux de bonnes réponses particulièrement bas pour certaines catégories : seulement 40% des ouvriers non qualifiés ont coché le co-sleeping comme à risque contre 73,5% pour les cadres. Concernant la participation aux CPN, la seule différence significative retrouvée correspond au taux de non réponses (P value = 0,001). Les parents n'y ayant pas participé ont moins répondu à cette question que les autres mais ce résultat est difficilement interprétable car il n'a pas été évalué pour toutes les questions. Les femmes n'allaitant pas au sein ont des taux de bonnes réponses statistiquement supérieures à celles qui désirent allaiter pour les trois situations à risque (P value = 0,02 pour « Lit parapluie + rajout de matelas » ; P value < 0,0001 pour « Bordé par un tour de lit » et P value = 0,002 pour « Lit des parents »). Ces résultats sont étonnants. Même si nous pouvions nous attendre à un taux de bonnes réponses moins bonnes pour le co-sleeping, l'importance des différences observées pour les trois items pose question. Nous avons déjà observé des différences significatives de connaissances en fonction de la

nationalité et de la CSP. Selon une étude française, les femmes ayant passé leur enfance dans un pays étranger hors de l'Europe allaitent plus, ce résultat pourrait expliquer la différence observé au niveau des connaissances mais l'étude met également en évidence l'augmentation du taux d'allaitement maternel avec la CSP. [18]

LITERIE

Dans le lit du nourrisson, il est recommandé de ne poser aucun objet. Le nouveau-né doit seulement être mis dans sa turbulette. Tout autre objet peut obstruer son nez et sa bouche et entraîner une suffocation. [2][17]. Dans l'enquête réalisée par l'INVS entre 2007 et 2009, 57% des enfants retrouvés décédés avaient un objet à proximité de leur visage. [2] Il semble donc également essentiel de s'assurer de la connaissance de ces pratiques par les parents, d'autant plus avec la pression marketing aussi présente qu'actuellement.

Dans notre étude, avec la question 15 sur les objets qu'il est possible de mettre dans le berceau, nous voyons que 72% des parents ont répondu « rien ». Les personnes ayant coché « rien » et un autre objet n'ont pas été comptabilisées parmi les « rien ». Parmi les objets possiblement mis dans le berceau nous retrouvons le cale-bébé en première place (16,3%). Initialement prévu pour obliger l'enfant à rester couché sur le dos, il n'évite pas tous les retournements et devient dangereux si l'enfant se retourne sur le ventre [11]. Il paraît important d'en parler aux parents car vendu comme protecteur de MSN, il peut être utilisé sans se poser de question par les parents alors qu'il représente un danger. Le deuxième objet qu'il est possible de mettre dans le berceau d'après les parents est le cocon (9,7%). Celui-ci est décrit comme confortable pour les nourrissons. Il est cependant également dangereux car expose à un risque d'étouffement avec un matelas trop moelleux.

[11] Cependant aucune étude n'a encore mis en évidence le risque lié à l'usage du cocon. Il semble surtout ne pas être recommandé pour les nourrissons après trois mois quand ils peuvent se retourner. Concernant l'usage des coussins (1,3%), des couvertures (5,3%), des couettes (2,2%) et des tours de lit (5%), le risque lié à leur utilisation semble mieux connu. Même si nous pourrions obtenir encore de meilleurs résultats.

Avec la figure 3, nous voyons que globalement parmi les personnes pensant qu'il est possible de mettre des objets dans le berceau, les personnes ayant participé aux CPN en mettent moins que ceux n'y ayant pas participé, et que les femmes en mettent plus que les hommes. Concernant la parité, les résultats ne mettent rien en évidence. D'après l'enquête de l'INVS, nous voyons que les objets les plus fréquemment retrouvés dans le lit lors d'une MSN sont les couvertures (44,9%) les peluches (36,4%) et les oreillers (34,7%) alors que dans notre étude ce sont les objets qui ont été le moins cochés. [2] Ces résultats peuvent être expliqués soit par le non-respect des recommandations, soit par des efforts de prévention depuis la sortie de l'enquête.

91,8% des parents interrogés savent que le matelas doit être rigide. Ces résultats sont bons, même si encore une fois, nous pourrions nous rapprocher des 100%

ENVIRONNEMENT

Le tabac augmente considérablement le risque de MSN, qu'il soit actif ou passif, que l'exposition soit in utéro ou néonatale. Il est important d'en parler aux parents pour les motiver à diminuer leur consommation mais également pour sensibiliser leur entourage afin d'éviter au maximum l'exposition au tabac. A la naissance de l'enfant, des règles importantes doivent être respectées : ne pas fumer dans la maison et la voiture, mettre une tenue spéciale pour fumer à l'extérieur et la retirer lorsqu'on retourne à l'intérieur... [17]

Dans notre étude nous voyons que 61 % des parents pensent que la consommation de tabac pendant la grossesse augmente le risque de MSN, 2,5% pensent que c'est faux et 36,5% ne savent pas. Nous observons des chiffres plus élevés de bonnes réponses pour la question suivante sur le risque du tabagisme passif : 67,3% ont répondu vrai ; 3,1% ont répondu faux et 29,6% ont répondu qu'ils ne savaient pas. Globalement, les parents connaissent donc plus le risque lié au tabagisme passif que celui lié à la consommation de tabac pendant la grossesse. Nous observons tout de même un nombre important de personnes ignorant la réponse. Nous avons voulu comparer les réponses à ces questions en fonction de la consommation de tabac afin de voir si les personnes qui consomment du tabac ont reçu plus d'informations car elles sont plus concernées que les autres (même si tout le monde doit connaître ces recommandations). D'après le tableau 5, nous voyons que les réponses ne sont pas statistiquement significatives en fonction de la consommation de tabac. Nous retrouvons globalement les mêmes résultats. Devant le taux élevé de personnes ne sachant pas répondre à la question, nous voyons qu'un effort de prévention reste à faire.

L'hyperthermie fait également partie des facteurs de risque de MSN. En effet l'hyperthermie modifie la régulation respiratoire et peut entraîner d'importantes pertes d'eau pouvant

aboutir à une déshydratation. Elle n'est pas seulement d'origine infectieuse, elle peut aussi être exogène quand le nourrisson est trop couvert ou lorsque la température de sa chambre est trop élevée. [20] Dans ce travail nous nous sommes intéressés à la température de la chambre. Celle-ci doit idéalement être à 19°.

87,1% des parents ont répondu que la température idéale de la chambre du nouveau-né était de 19-20°. Ce résultat est encore une fois largement correct. Cependant, 6% des parents ont répondu que la température idéale était de 21-23°.

FACTEURS PROTECTEURS

Comme vu plus haut, des facteurs protecteurs ont été identifiés : le partage de chambre ; la vaccination ; l'allaitement maternel et la tétine. Nous avons déjà parlé du partage de chambre dans le paragraphe sur les modalités de couchages et nous ne reviendrons pas sur les bénéfices vaccination dans cet exposé.

Concernant l'allaitement maternel, nous voyons sur le tableau 2 que seulement 19,7% des parents savent que l'allaitement maternel est un facteur protecteur de MSN. 31,9% ont répondu faux et 48,4% ne savaient pas. Ces résultats nous incitent à penser qu'il faudrait donner davantage d'informations sur les bénéfices de l'allaitement maternel pendant la grossesse. Le but n'est pas de faire culpabiliser mais de donner un argument pour encourager l'allaitement.

L'usage de tétine est un sujet de controverse. Elle est généralement déconseillée car accusée de diminuer la durée de l'allaitement et d'augmenter les risques d'otites et de malocclusion dentaire. Cependant plusieurs études récentes ont montré que les nourrissons utilisant des

tétines auraient un risque moindre de MSN. Elle entraînerait des déglutitions et des réactions d'éveils plus fréquentes, une protection des voies oro-pharyngées et une diminution du reflux gastro-œsophagien par la succion non nutritive. [20] [21] Nous pouvons voir sur le tableau 2, que très peu de parents ont correctement répondu à la question sur l'effet protecteur de la tétine (12,5%). Environ un tiers des personnes interrogées ont répondu faux et plus de la moitié ne savaient pas répondre. L'effet protecteur de la tétine apparaît dans de nombreuses plaquettes d'informations mais il paraît compliqué d'inciter à son usage. Il est important de laisser le libre choix aux parents en leur donnant l'information sur les bénéfices de l'usage de la tétine. Cette notion est à contrebalancer avec les effets controversés sur la mise en place de l'allaitement. Son usage n'est en tout cas pas recommandé pour les nourrissons de moins d'un mois nourris au sein car c'est le moment où il risque le plus de compromettre l'allaitement. [22]

D. MODALITES D'INFORMATION ET SATISFACTION

Tout au long de la grossesse et jusqu'aux premiers jours de l'enfant, les parents reçoivent de nombreuses informations sur différents sujets. Les informations de prévention sur la MSN sont principalement délivrées dans le post-partum. Nous observons fréquemment que ces informations, données en suites de couches, noyées dans une multitude de conseils nombreux et condensés, ne sont pas correctement assimilées par des parents peu disponibles psychologiquement.

Nous voyons sur le tableau 1 que parmi les parents ayant participé aux CPN (65,7%), environ la moitié a reçu des conseils sur la MSN. Cependant, nous n'observons pas de différence

notable au niveau des moyennes de bonnes réponses entre les parents ayant reçu des conseils et ceux n'en ayant pas reçu : respectivement 8,1/13 et 7,9/13. Cette différence est plus importante entre les parents ayant participé aux CPN et ceux n'y ayant pas participé : 8/13 et 7,4/13. D'après ces résultats, nous voyons que le fait d'avoir reçu des informations sur la MSN pendant les CPN n'augmenterait pas ces connaissances. Nous pouvions nous attendre à obtenir une différence plus importante. Certaines personnes peuvent ne plus se souvenir d'avoir reçu ces informations. De plus nous n'avons pas connaissance du type et de la qualité des informations reçues qui peuvent aller du simple fait de l'aborder au cours d'un CPN à une partie exclusivement réservée aux conseils de prévention.

Avec la figure 4, nous voyons que la majorité des parents ont reçu des informations sur la MSN à l'oral pendant le séjour en maternité (71,3%). Ceci montre qu'un tiers des personnes disent ne pas avoir reçu d'information orale à la maternité : ce chiffre représente-t-il un biais de déclaration ou bien un réel manque d'informations ? 38,6% ont reçu des informations orales par des proches, 32,7% à partir d'un document écrit (carnet de santé, fiche d'information...); 24,7% par internet, 16,5% par des affiches ou poster et 9,7 % d'une autre manière (sage-femme libérale ; formation professionnelle ; lecture personnelle ; informations lors de la grossesse précédente). Globalement nous n'observons pas de différences sur les moyennes selon les sources d'informations. Ce qui nous permet de conclure qu'il ne semble pas y avoir une méthode plus utile que les autres pour retenir ces informations : c'est leur répétition qui va permettre de les intégrer. (Figure 5)

Sur la figure 6, nous voyons que 31% des parents n'estiment pas avoir reçu suffisamment de conseils sur la MSN. Aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes pour

cette question, ce qui signifie que d'une manière générale les hommes ne se sentent pas moins informés.

E. PERSPECTIVES

Les personnes ayant répondu à ce questionnaire ont des connaissances correctes concernant la MSN cependant l'enjeu mérite que nous les améliorions. Il ne faut pas relâcher l'effort de prévention et faire en sorte que chaque couple rentre à domicile en ayant compris et retenu les principales informations.

Plusieurs freins à cette prévention sont identifiés. Les équipes de soignants étant de plus en plus restreintes, les séjours de plus en plus courts, le temps nécessaire à la délivrance qualitative et quantitative de ces informations n'est plus suffisant. Une autre difficulté peut être la peur des professionnels de santé de culpabiliser ou d'effrayer les jeunes ou futurs parents en abordant ce sujet. Ce n'est pas le but, mais comme dans toute prévention le professionnel ne doit pas perdre de vue son enjeu. Même dans une situation idéale d'information et d'assimilation, ces recommandations peuvent ne pas être respectées pour diverses raisons : nourrisson qui ne s'endort que sur le ventre; large choix de produit de puériculture en lesquels les parents ont confiance ; pression marketing ; pub ; facilité du co-sleeping pour allaiter la nuit ... Le but de notre étude était de vérifier les connaissances des parents mais il serait intéressant d'étudier leurs pratiques à domicile.

Avec la figure 5, nous voyons que plus le nombre d'informations reçues est élevé, plus la moyenne de bonnes réponses augmente, ce qui paraît évident.

C'est la répétition des informations qui va permettre leur assimilation. Comme vu plus haut, la diversité et la répétition des informations est primordiale. Il paraît donc important d'aborder le sujet de la MSN tout au long de la grossesse. Les CPN paraissent être un bon moment pour commencer à en parler. Nous pourrions envisager qu'une séance sur la MSN soit obligatoirement faite pendant ces cours. Dans un premier temps pour expliquer la MSN et pour donner les principaux conseils de prévention, mais aussi pour éviter les achats d'objets pouvant être à risque. Un carnet de maternité est donné aux patientes en début de grossesse, avec des plaquettes d'informations sur de nombreux sujets, une plaquette sur la MSN pourrait y être rajoutée. Une affiche d'information simple et imagée pourrait être placée dans chaque chambre. (Annexe 5 : affiche « les 10 règles d'or pour un sommeil sans risque ») Pendant le séjour en suites de couches, il paraît important de systématiser l'information, quitte à ce qu'elle soit répétée plusieurs fois.

V) CONCLUSION

Notre étude met en évidence que globalement, à la sortie de la maternité, les connaissances des parents sur les recommandations de prévention des morts subites du nourrisson sont satisfaisantes. Le couchage sur le dos, l'utilisation d'un matelas rigide et la température de la chambre sont les recommandations les mieux assimilées. Les résultats sont moins bons pour les situations de couchage et pour les connaissances sur le tabac et les facteurs protecteurs. Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les connaissances des hommes et des femmes, ni entre les primipares et les multipares. En revanche, la catégorie socio-professionnelle et la nationalité sont des facteurs d'inégalités face aux connaissances. Aucune source d'information ne semble plus efficace que les autres, ce qui paraît essentiel c'est la répétition. Il est également primordial de porter une

attention particulière aux populations à risques (Milieux socio-économiques défavorisés, prématurité ...).

Des freins existent, mais il est important au vu de l'enjeu de poursuivre les efforts de prévention et d'organiser à différentes échelles des actions comme la journée nationale de la prévention de la mort inattendue du nourrisson organisée pour la première fois en 2015 au sein de nombreux centres hospitaliers permettant de sensibiliser un grand public. Il pourrait également être intéressant de mener une étude sur les connaissances des professionnels intervenant autour des nourrissons concernant la prévention de la mort subite du nourrisson, (sage-femme libérale ; médecin généraliste ; pédiatres ; service de protection maternel et infantile ; assistantes maternelles ...) ainsi que du message délivré aux parents après la sortie de maternité.

La prévention de la MSN est et restera un enjeu majeur de santé publique pour lequel tous les professionnels de santé doivent se sentir impliqués et sensibilisés.

VI) BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pédiatrie ambulatoire ; *Véronique DESVIGNES*. Chapitre 9 p86 à p95
- [2] Enquête nationale INVS 2007-2009 ; « Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans » ; *Juliette Bloch, Pierre Denis, Delphine Jezewski-Serra et le comité de pilotage* ; Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
- [3] Sudden unexpected infant death in Jordan and the home environment ; Pediatric ; *Hamadneh S, Kassab M, Hamadneh J, Amarin Z*. Dec 2016 ; Disponible sur <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ped.13016/abstract;jsessionid=FA758F57F36C9F984B0D657EF25DE48F.f02t01>
- [4] CNNSE ; « Mort inattendue du nourrisson une (re)mobilisation est nécessaire : évitons l'évitable » ; *Dr Elisabeth Briand-Huchet Octobre 201* » ; disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_10_2013_MIN_Briand_Huchet_CNNSE_par_6.pdf
- [5] Enquête nationale INSEE_ catégories socio professionnelles ; 2015; disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes>
- [6] « Sudden Infant Death Syndrome » ; American Family Physician ; *STEPHEN M. ADAMS, MD; CHAD E. WARD, DO; and KARLA L. GARCIA, MD, University of Tennessee College of Medicine, Chattanooga, Tennessee*. Disponible sur : <http://www.aafp.org/afp/2015/0601/p778.html>
- [7] INSEE ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>
- [8] INPES ; « La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes » ; Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>
- [9] INVS ; « Que nous disent les taux d'allaitement français ? » ; 2015 ; disponible sur <https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1722-que-disent-les-taux-dallaitement-francais>
- [10] INVS ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur la mort inattendue du nourrisson ; Janvier 2008. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2008/03_04/beh_03_04_2008.pdf
- [11] Naitre et Vivre ; <https://naitre-et-vivre.org/>
- [12] « Sudden unexplained infant deaths in 20 regions in Europe: case control study » ; Lancet ; *Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J et al* ; 2004 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14738790>
- [13] Naitre et grandir ; « La prévention de la tête plate » ; disponible sur : http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-bebe-tete-plate
- [14] Archive de pédiatrie volume 15, n°S1 pages 20-23 :« Prévention de la plagiocéphalie posturale » ; *A. Cavalier, J-C Picaud* ; Juin 2008

- [15] « Sleep Environment Risks for Younger and Older Infant » ; Pediatric July 2014 ; *Jeffrey D. Colvin, Vicki Collie-Akers, Christy Schunn, Rachel Y. Moon* ; disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/07/09/peds.2014-0401>
- [16] « Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies » ; British Medical Journal 2013 ; *Robert Carpenter, Cliona McGarvey, Edwin A Mitchell, David M Tappin, Mechtild M Vennemann, Melanie Smuk1, James R Carpenter* ; Disponible sur : <http://bmjopen.bmj.com/content/3/5/e002299>
- [17] « SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment » American Academy of Pediatrics 2016 ; Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/20/peds.2016-2938>
- [18] « SIDS Deaths By Race And Ethnicity » Department of Health and Human Services, 2004, Disponible sur : <http://www.swsids.org/images/program/SIDS%20Deaths%20by%20Race%20&%20Ethnicity.pdf>
- [19] « Epidémiologie de l'allaitement en France » La Leche League France ; 2013, disponible sur : <https://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france>
- [20] « La mort inattendue du nourrisson (MIN) » Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2011-2012 ; Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/MIN_bis/site/html/cours.pdf
- [21] « Clarifying nipple confusion » Journal of Perinatology, November 2015 ; Disponible sur : <http://www.nature.com/jp/journal/v35/n11/full/jp201583a.html>
- [22] « Les recommandations sur l'usage des sucettes » ; Paediatrics and Child Health ; Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791561/>

VII) ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE SUR L'ETAT DES CONNAISSANCES DES PARENTS A LA SORTIE DE MATERNITE CONCERNANT LA PREVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Actuellement en dernière année à l'école de sage-femme de Grenoble, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la mort subite du nourrisson. Mon étude est basée sur ce questionnaire anonyme que je vous propose de remplir.

Consciente que votre temps est encore plus précieux depuis l'arrivée de votre enfant, remplir ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 5 min. **Il est primordial que vous le remplissiez juste avant votre sortie de la maternité, et ce après avoir vu tous les professionnels de santé.**

Deux questionnaires vous sont distribués, un pour chaque parent. Merci de jouer le jeu et d'y répondre individuellement sans vous consulter.

Par avance, je vous remercie de votre participation à cette étude.

INFORMATIONS GENERALES

- 1) **Vous êtes :** Une femme Un homme
- 2) **Quel âge avez-vous ?** ≤ 20 ans entre 21 et 25 ans entre 26 et 30 ans entre 31 et 35 ans > 35 ans
- 3) **Quelle est votre nationalité ?**
- Français/ Française
 Autre pays d'Europe
 Afrique du Nord
 Autre :
- 4) **Est-ce votre premier enfant ?** Oui Non
- 5) **Combien avez-vous d'enfants (avec celui qui vient de naître) ?** 1 2 3 plus de 3
- 6) **Quel est votre métier ?**
- 1 : agriculteur
 2 : artisan, commerçant
 3 : cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)
 4 : profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître...)
 5 : employé de la fonction publique ou administratif des entreprises
 6 : employé de commerce
 7 : personnel de service pour les particuliers
 8 : ouvrier qualifié, chauffeur
 9 : ouvrier non qualifié
 0 : sans profession
- 7) **Vivez-vous en couple ?** Oui Non

PENDANT LA GROSSESSE

- 8) Avez-vous participé à des cours de préparation à la naissance ? Oui
 Non
- 9) Lors de ces cours avez-vous eu des conseils de prévention de la Mort subite du nourrisson ? Oui
 Non
- 10) Consommation de tabac: Non-fumeur Fumeur mais diminution pendant la grossesse
 Fumeur mais arrêt pendant la grossesse Consommation identique avant et pendant la grossesse
- 11) (question pour les mères) Allaitiez-vous votre enfant au sein ? Oui Non
- 12) A quel terme est né votre enfant ? ≥ 37 semaines d'aménorrhées < 37 semaines d'aménorrhées

CONSIGNES DE SORTIES

Vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses pour chaque question (sauf la 14), toutes les questions concernent le nourrisson jusqu'à 6 mois.

- 13) Votre enfant peut être couché : Sur le ventre Sur le dos Sur le coté
- 14) Cochez la situation recommandée de couchage (une seule réponse) et barrez celles qui vous semblent à risque :
- Le nourrisson dort dans un lit parapluie avec rajout de matelas
 - Le nourrisson dort dans son lit, bordé par un tour de lit
 - Le nourrisson dort dans le lit avec ses parents
 - Le nourrisson dort dans son lit dans la chambre de ses parents
 - Le nourrisson dort dans son lit dans sa chambre
- 15) Dans le berceau du nourrisson, vous pouvez mettre : Un cale-bébé Un cocon (type doomoo, cocoonababy...)
- Un coussin Une couverture Une couette Des peluches Un tour de lit Rien
- 16) Il est recommandé que le matelas du nourrisson soit : Rigide Mou
- 17) La consommation de tabac pendant la grossesse augmente les risques de mort subite du nouveau-né.

Vrai Faux Ne sait pas

18) Le tabagisme passif pour le nourrisson augmente les risques de mort subite du nouveau-né.

Vrai Faux Ne sait pas

19) L'utilisation d'une tétine pendant le sommeil du nourrisson est un facteur protecteur de la mort subite du nourrisson.

Vrai Faux Ne sait pas

20) L'allaitement maternel est un facteur protecteur de la mort subite du nourrisson.

Vrai Faux Ne sait pas

21) Quelle est la température idéale pour la chambre de l'enfant ? 16-18° 19-20° 21-23°

22) Sur quel support avez-vous eu ces informations ?

A l'oral pendant le séjour en maternité

Par un document écrit

Affiches, posters

Sur internet

Par des connaissances (amis, familles...)

Autre :

23) En général, jugez-vous avoir eu assez d'informations concernant la prévention de la mort subite du nourrisson ? Oui Non

ANNEXE 2 : Questionnaires récupérés

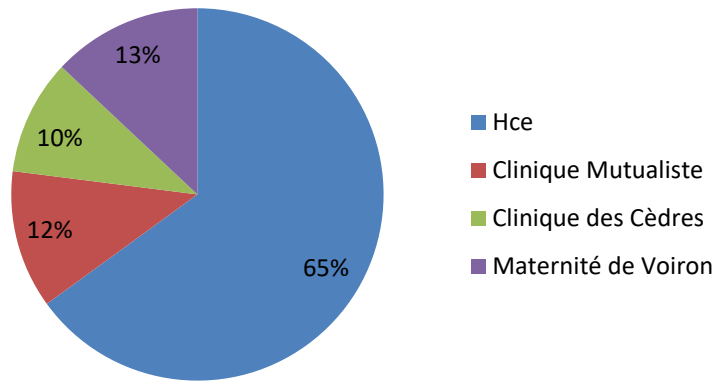
HCE : 500 questionnaires déposés : 209 récupérés dont 2 ininterprétables/ 50 vierges/ 239 perdus

Clinique Mutualiste : 100 questionnaires déposés : 39 récupérés / 40 vierges / 21 perdus

Clinique des Cèdres : 90 questionnaires déposés : 34 récupérés dont 1 ininterprétable / 30 vierges / 26 perdus

Voiron : 200 questionnaires déposés : 44 récupérés dont 2 ininterprétable / 125 vierges / 31 perdus

Pour des raisons d'organisation l'étude n'a pas pu être menée à la Clinique Belledonne.



ANNEXE 3 : Tableau : Comparaison des réponses à la question « Quelle est la situation recommandée de couchage ? »

	lit parapluie + rajout de matelas	bordé par tour de lit	lit des parents	son lit/chambre parents	son lit/sa chambre	Total	P Value
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Sexe							
Homme	0 (0%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	65 (79,3%)	14 (17,1%)	82 (100%)	0,52
Femme	3 (1,3%)	4 (1,8%)	1 (0,4%)	164 (72,9%)	53 (23,6%)	225 (100%)	
Age							
21-25 ans	1 (3,4%)	1 (3,4%)	1 (3,4%)	19 (65,5%)	7 (24,1%)	29 (100%)	0,58
26-30 ans	1 (0,8%)	3 (2,7%)	0 (0%)	84 (74,3%)	25 (22,1%)	113 (100%)	
31-35 ans	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	78 (78,8%)	19 (19,2%)	99 (100%)	
> 35 ans	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	48 (72,7%)	16 (24,2%)	66 (100%)	
Nationalité							
Français	2 (0,7%)	2 (0,7%)	1 (0,4%)	198 (74,7%)	62 (23,4%)	265 (100%)	<0,0001
Autres pays Europe	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	11 (84,6%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
Afrique du Nord	1 (7,7%)	0 (0%)	1 (7,7%)	10 (76,9%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
autre	0 (0%)	3 (18,7%)	0 (0%)	10 (62,5%)	3 (18,7%)	16 (100%)	
Parité							
1	1 (0,6%)	4 (2,6%)	1 (0,6%)	113 (73,4%)	35 (22,7%)	154 (100%)	0,8
2	1 (0,9%)	2 (1,9%)	0 (0%)	76 (74,5%)	23 (22,5%)	102 (100%)	
3	1 (2,8%)	0 (0%)	1 (2,8%)	30 (83,3%)	4 (11,1%)	36 (100%)	
plus de 3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 (100%)	
CSP							
Agriculteur	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0,9
Artisan, commerçant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	
Cadre	0 (0%)	2 (3%)	1 (1,5%)	50 (74,6%)	14 (20,9%)	67 (100%)	
Profession intermédiaire	1 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	39 (75%)	12 (23,1%)	52 (100%)	
Employé fonction publique	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	48 (76,2%)	15 (23,8%)	63 (100%)	
Employé de commerce	0 (0%)	1 (4,3%)	0 (0%)	15 (65,2%)	7 (30,4%)	23 (100%)	
Service pour particulier	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (74%)	2 (25%)	8 (100%)	
Ouvrier qualifié, chauffeur	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,2%)	19 (79,2%)	4 (16,6%)	24 (100%)	
Ouvrier non qualifié	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100%)	
Sans profession	2 (3,5%)	3 (5,3%)	0 (0%)	42 (73,7%)	10 (17,5%)	57 (100%)	
Cours de Preparation acc							
oui	0 (0%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)	153 (75,4%)	44 (21,7%)	203 (100%)	0,2
non	3 (2,9%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	76 (73,1%)	23 (22,1%)	104 (100%)	
Conseils pendant cours prep							
oui	0 (0%)	3 (2,8%)	0 (0%)	77 (72%)	27 (25,4%)	107 (100%)	0,3
non	0 (0%)	2 (2,1%)	1 (1%)	76 (79,2%)	17 (17,7%)	96 (100%)	
Conso tabac							
non	3 (1,3%)	5 (2,2%)	1 (0,4%)	171 (74,7%)	49 (21,4%)	229 (100%)	0,8
diminution	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,1%)	25 (78,1%)	6 (18,7%)	32 (100%)	
arrêt	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)	24 (68,6%)	10 (28,6%)	35 (100%)	
conso identique	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	8 (100%)	
AM (femmes)							
oui	2 (1,2%)	4 (2,5%)	1 (0,6%)	117 (72,7%)	37 (23%)	161 (100%)	0,7
non	1 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)	48 (73,9%)	16 (24,6%)	64 (100%)	
Terme naissance							
< 37 SA	0 (0%)	1 (1,2%)	2 (2,4%)	66 (77,6%)	16 (18,8%)	85 (100%)	0,1
> ou = 37 SA	3 (1,4%)	4 (1,9%)	0 (0%)	157 (73,4%)	50 (23,4%)	214 (100%)	

ANNEXE 4 : Tableau : Comparaison des réponses à la question « Quelles situations sont à risques »

	Lit parapluie + rajout de matelas		Bordé par tour de lit		Lit des parents		Son lit/chambre parents		Son lit/sa chambre		Pas de réponses							
	n(%)	P Value	n(%)	P Value	n(%)	P Value	n(%)	P Value	n(%)	P Value	n(%)	P Value						
Sexe																		
Homme	45 (53,6%)	0,7	50 (59,5%)	0,9	55 (64,5%)	0,7	1 (1,2%)	0,7	14 (16,7%)	0,9	4 (4,8%)	0,04						
Femme	132 (55,7%)		142 (59,9%)		150 (63,3%)		4 (1,7%)		39 (16,5%)		30 (12,7%)							
Age																		
21-25 ans	16 (48,5%)	0,7	18 (54,5%)	0,8	17 (51,5%)	0,5	1 (3%)	0,1	4 (12,1%)	0,7	7 (21,2%)	0,2						
26-30 ans	63 (54,3%)		68 (58,7%)		75 (64,7%)		1 (0,9%)		22 (18,9%)		12 (10,3%)							
31-35 ans	57 (54,8%)		62 (59,6%)		68 (65,4%)		0 (0%)		15 (14,4%)		10 (9,6%)							
> 35 ans	41 (60,3%)		44 (64,7%)		45 (66,2%)		3 (4,4%)		12 (17,6%)		5 (7,3%)							
Nationalité																		
Français	166 (61%)	<0,0001	182 (66,9%)	<0,0001	188 (69,1%)	<0,0001	4 (1,5%)	0,3	44 (16,2%)	0,4	23 (8,5%)	<0,0001						
Autres pays Europe	4 (28,6%)		7 (50%)		8 (57,1%)		1 (7,1%)		4 (28,6%)		1 (7,1%)							
Afrique du Nord	2 (13,3%)		1 (6,7%)		3 (20%)		0 (0%)		1 (6,7%)		7 (46,7%)							
autre	5 (25%)		2 (10%)		6 (30%)		0 (0%)		4 (20%)		3 (15%)							
Parité																		
1	83 (51,5%)	0,4	95 (59%)	0,6	104 (64,6%)	0,2	2 (1,2%)	0,9	25 (15,5%)	0,7	13 (8,1%)	0,008						
2	60 (57,9%)		61 (58,6%)		70 (67,3%)		2 (1,9%)		17 (16,3%)		11 (10,6%)							
3	23 (57,5%)		24 (60%)		20 (50%)		1 (2,5%)		9 (22,5%)		10 (25%)							
plus de 3	11 (68,7%)		12 (75%)		11 (68,7%)		0 (0%)		2 (12,5%)		0 (0%)							
Catégorie socio-professionnel																		
Agriculteur	1 (100%)	0,2	1 (100%)	0,03	1 (100%)	0,007	0 (0%)	0,9	0 (0%)	0,6	0 (0%)	0,0009						
Artisan, commerçant	3 (75%)		2 (50%)		3 (75%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)							
Cadre	40 (58,8%)		45 (66,2%)		50 (73,5%)		1 (1,5%)		15 (22,1%)		3 (4,4%)							
Profession intermédiaire	28 (51,8%)		34 (62,9%)		38 (70,4%)		2 (3,7%)		4 (7,4%)		8 (14,8%)							
Employé fonction publique	42 (66,7%)		43 (68,3%)		44 (69,8%)		1 (1,6%)		12 (19,1%)		1 (1,6%)							
Employé de commerce	13 (54,2%)		16 (66,7%)		17 (70,8%)		0 (0%)		5 (20,8%)		0 (0%)							
Service pour particulier	7 (70%)		7 (70%)		7 (70%)		0 (0%)		2 (20%)		1 (10%)							
Ouvrier qualifié, chauffeur	13 (54,2%)		15 (62,5%)		15 (62,5%)		0 (0%)		3 (12,5%)		3 (12,5%)							
Ouvrier non qualifié	5 (50%)		5 (50%)		4 (40%)		0 (0%)		2 (20%)		2 (20%)							
Sans profession	25 (39,7%)		24 (38,1%)		26 (41,3%)		1 (1,6%)		10 (15,8%)		16 (25,4%)							
Cours de Préparation acc																		
oui	199 (61%)		0,5		129 (61,1%)		0,5		142 (69%)		0,07		4 (1,9%)	0,5	39 (18,5%)	0,2	16 (7,6%)	0,01
non	58 (63%)				63 (57,3%)				63 (57,3%)				1 (0,9%)		14 (12,7%)		18 (16,3%)	
Conseils pendant cours prep																		
oui	61 (53,9%)	0,4	72 (63,7%)	0,4	77 (68,1%)	0,8	1 (0,9%)	0,2	18 (15,9%)	0,3	11 (9,7%)	0,2						
non	57 (59,2%)		57 (58,2%)		65 (66,3%)		3 (3,1%)		21 (21,4%)		5 (5,2%)							
conso tabac																		
non	129 (54,4%)	0,9	137 (57,8%)	0,6	153 (64,6%)	0,8	4 (1,7%)	0,8	36 (15,2%)	0,2	24 (10,2%)	0,6						
diminution	19 (54,3%)		24 (68,5%)		23 (65,7%)		0 (0%)		9 (25,7%)		5 (14,3%)							
arrêt	22 (59,5%)		23 (62,2%)		21 (56,8%)		1 (2,7%)		7 (18,9%)		5 (13,5%)							
conso identique	5 (55,6%)		6 (66,7%)		6 (66,7%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)							
AM (femmes)																		
oui	87 (50,9%)	0,02	88 (51,5%)	<0,0001	98 (57,3%)	0,002	3 (1,7%)	0,9	28 (16,4%)	0,9	25 (14,6%)	0,1						
non	45 (67,2%)		54 (80,6%)		53 (79,1%)		1 (1,5%)		11 (16,4%)		5 (7,4%)							
Terme naissance																		
< 37 SA	49 (53,8%)	0,7	51 (56%)	0,3	52 (57,1%)	0,1	0 (0%)	0,1	16 (17,6%)	0,8	17 (18,7%)	0,0028						
> ou = 37 SA	125 (56,6%)		138 (62,4%)		148 (67%)		5 (2,3%)		37 (16,7%)		16 (7,2%)							

Les 10 règles d'or pour un sommeil sans risque

Prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson

Je dors sur le dos, à plat. Pas sur le côté ni sur le ventre.

Je dors dans une gigoteuse et je ne suis jamais couvert par une couette, des draps et des couvertures. Ainsi, je peux bien respirer.

Je suis encore petit. J'ai besoin qu'on respecte mon rythme de sommeil.

Mes parents ne doivent pas fumer dans la maison ni dans la voiture.

Dans mon lit, je dois pouvoir bouger sans danger. Pour ça, il ne doit pas y avoir de coussins, de cale-bébé, de grosses et nombreuses peluches...

Je dors dans un lit à barreaux avec un matelas ferme, sans tour de lit.

Il fait 19° dans la pièce où je dors. Je ne me sens pas bien quand il fait plus chaud. L'été, mes parents pensent à me découvrir.

Si je ne suis pas comme tous les jours (je pleure beaucoup, je ne mange pas bien), il faut m'amener chez le médecin.

Mon lit peut se trouver dans la chambre de mes parents, mais je ne dors jamais dans leur lit.

Je peux dormir dans le lit parapluie à condition de ne pas ajouter un autre matelas sinon je pourrais me coincer.