



HAL
open science

**État des lieux et perspectives de l'information remise
aux parents sur les facteurs de prévention de la mort
inattendue du nourrisson pour les nourrissons nés entre
le 17 avril et le 1er juillet 2017 au Centre Hospitalier
Universitaire de Bordeaux**

Sarah Leveau

► **To cite this version:**

Sarah Leveau. État des lieux et perspectives de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson pour les nourrissons nés entre le 17 avril et le 1er juillet 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01701338

HAL Id: dumas-01701338

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701338>

Submitted on 5 Feb 2018

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.

**État des lieux et perspectives de l'information remise
aux parents sur les facteurs de prévention de la mort
inattendue du nourrisson pour les nourrissons nés entre
le 17 avril et le 1er juillet 2017 au Centre Hospitalier
Universitaire de Bordeaux**

Sarah Leveau

► **To cite this version:**

Sarah Leveau. État des lieux et perspectives de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson pour les nourrissons nés entre le 17 avril et le 1er juillet 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01701338>

HAL Id: dumas-01701338

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701338>

Submitted on 5 Feb 2018

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 de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°215

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LEVEAU Sarah

Née le 4 décembre 1985 à Montreuil-sous-Bois(93)

Le 1^{er} décembre 2017

**Etat des lieux et perspectives de l'information remise aux parents
sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson
pour les nourrissons nés entre le 17 avril et le 1^{er} juillet 2017
au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Olivier TANDONNET

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Président du jury

Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT, Rapporteur

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES, Membre du jury

Madame le Docteur Annett KENNEDY-JAHANGARD, Membre du jury

Madame la Sage-femme Marie-Laure BEIJAS, Membre du jury

Monsieur le Docteur Olivier TANDONNET, Directeur

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Olivier TANDONNET,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie pour votre aide tout au long de ce travail et d'avoir cru en mon projet.

Aux membres de mon jury :

Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT,

Vous me faites l'honneur d'être le rapporteur de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur Annett KENNEDY-JAHANGARD

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

Madame la Sage-femme Marie-Laure BEIJAS,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

Aux externes en pharmacie Justina et Thomas pour leur participation active à ce travail.

A Monsieur le Docteur Laurent RENESME, pour sa relecture et ses conseils avisés sur ce travail.

A Madame Véronique JEGO et aux cadres sages-femmes de suite de couches Madame Marie-Hélène GUERRA, Madame Bernadette CHATIN, Madame Marie-Ange DISTRIQUIN pour leur accueil dans le service, leur disponibilité et leur aide tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Elisabeth BRIAND-HUCHET, pour ces précieux conseils lors de l'élaboration de ce projet.

A Denis Passerieux, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et m'avoir transmis sa passion.

A ma famille, mes amis

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	8
FIGURES ET TABLEAUX	9
INTRODUCTION.....	11
I) La mort inattendue du nourrisson	11
A) Epidémiologie.....	12
B) Facteurs de risques et facteurs protecteurs	12
C) Recommandations et prévention en France.....	14
II) Le droit à l'information du patient.....	14
III) Le changement de comportement sous différents niveaux d'influence.....	16
MATERIEL ET METHODE	18
I) Nature de l'étude.....	18
II) Objectifs de l'étude	18
III) Population de l'étude.....	18
A) Terrain.....	18
B) Critères d'inclusion	18
C) Critères de non-inclusion.....	19
IV) Modalités d'inclusion	19
V) Questionnaire.....	20
VI) Mode d'analyse des données	20
VII) Aspects éthiques et réglementaires	21
RESULTATS	22
I) Population de l'étude.....	22
II) Caractéristiques socio-démographiques des parents	22
III) Les pratiques de couchage et l'environnement du nourrisson	23
A) Les facteurs de prévention de la MSN	24
B) Le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents	26
IV) Les modalités de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson	27
A) Information reçue par les parents.....	27
B) Application des facteurs de prévention selon les modalités de l'information.....	30
V) Améliorer la prévention	32
DISCUSSION	38
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49

ANNEXES	53
ABSTRACT	73
RESUME	74

ABREVIATIONS

AAP: American Academy of Pediatrics

ANCRéMIN: Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DGCRF : Direction Générale de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DGS : Direction Générale de Santé

ELENA : Réseau de santé en périnatalité Loire-Nord Ardèche

HAS : Haute Autorité de Santé

HUGO : Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

m : Moyenne

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

OR : Odds Ratio

ORa : Odds Ratio ajusté

σ : Ecart type

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Répartition de la population totale selon l'âge (en pourcentage).....	22
Figure 2 : Répartition de la population totale selon le niveau d'études (en pourcentage)	23
Figure 3 : Répartition des nourrissons selon leur position de couchage (en pourcentage)	24
Figure 4 : Répartition des nourrissons selon leur condition de couchage (en pourcentage)	24
Figure 5 : Répartition des nourrissons selon leur mode d'allaitement (en pourcentage)	26
Figure 6 : Représentativité du niveau d'études des parents ayant eu ou non l'information sur la MSN.....	27
Figure 7 : Représentativité de la classe d'âge des parents ayant eu ou non l'information sur la MSN.....	28
Figure 8 : Répartition selon le moment de l'information sur les facteurs de prévention de la MSN (en pourcentage).....	28
Figure 9 : Nombre de parents ayant reçu chaque facteur de prévention et taux calculé sur l'effectif total des parents (en pourcentage).....	29
Figure 10 : Répartition de l'acteur principal de l'information sur la MSN selon les parents (en pourcentage)	30
Figure 11 : Taux d'application du facteur de prévention selon si l'information a été reçue ou non sur ce facteur, couplé au taux d'information sur ce facteur chez l'ensemble des parents (en pourcentage).....	31
Figure 12 : Répartition du moment le plus approprié pour l'information sur les facteurs de prévention de la MSN, selon l'ensemble des parents (en pourcentage)	32
Figure 13 : Répartition des acteurs souhaités par les parents dans l'information sur les facteurs de prévention de la MSN (en pourcentage).....	33
Figure 14 : Répartition du nombre d'acteurs souhaité par les parents dans la prévention de la MSN (en pourcentage).....	33
Figure 15 : Répartition du type d'information souhaitée par les parents (en pourcentage)	34
Figure 16 : Répartition du nombre d'information souhaitée par les parents (en pourcentage)	35
Figure 17 : Répartition du support le plus parlant selon les parents (en pourcentage)	36
Figure 18 : Comparaison de l'âge des mères de notre étude et en France en 2016(p) (en pourcentage)	45
Figure 19 : Age des pères	66
Figure 20 : Age des mères	66
Figure 21 : Niveau d'études population hommes.....	67
Figure 22 : Niveau d'études population femmes.....	67
Figure 23 : Influence de la classe d'âge sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.....	68
Figure 24 : Influence du niveau d'étude sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.....	68
Figure 25 : Influence du nombre d'enfant sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.....	69

Figure 26 : Influence du nombre de répétition de l'information sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.	69
Figure 27 : Influence de l'acteur principal désigné par les parents sur le "pourcentage de bonnes pratiques" des parents	70
Figure 28: Influence de l'information sur le taux d'application des facteurs de prévention.....	71

INTRODUCTION

La mort inattendue du nourrisson est la première cause de décès au-delà de la période néonatale. On estime aujourd'hui le nombre de mort inattendue du nourrisson en France à 500 par an, dont 157 morts subites du nourrisson. L'application de conseils de couchage simples et efficaces permettrait de réduire ce nombre de décès de 100 à 150 par an (1).

Alors que de nombreuses études ont montré l'impact positif des campagnes de prévention sur la position de couchage du nourrisson, les instances publiques se refusent à faire une nouvelle campagne de prévention.

Dix-huit ans nous séparent de la dernière campagne officielle de prévention de la mort inattendue du nourrisson en France. A ce jour, aucune donnée n'est disponible en France sur les sources d'information des parents concernant les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson ainsi que leurs rôles respectifs.

Bien que l'information des parents semble être dictée par différents niveaux d'influence, les conseils du médecin dans l'application des recommandations semblent jouer un rôle majeur (2; 3).

A l'heure actuelle, où en sommes-nous concernant l'information des parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson ? Les parents appliquent-ils les recommandations reçues ? Comment améliorer la prévention actuelle en France ?

Nous avons réalisé une étude descriptive monocentrique interrogeant les parents de nourrissons nés entre le 17 avril et le 1^{er} juillet 2017 au CHU de Bordeaux. Un mois après la naissance de leur bébé, les parents étaient interrogés afin de mieux appréhender leurs connaissances sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson, les moyens leur ayant permis d'acquérir ces connaissances et de recueillir leur avis pour améliorer cette prévention.

I) La mort inattendue du nourrisson

Le concept de mort subite du nourrisson apparaît dès le XIX^{ème} siècle, sous le terme « Sudden Infant Death Syndrome », chez les Anglo-Saxons. Dès 1983, en France, le professeur Sénécal alerte l'académie de médecine sur le rôle néfaste de la position ventrale et préconise un retour au couchage sur le dos.

La mort subite du nourrisson représente, en France, la première cause de mortalité infantile au-delà de la période néonatale (28 jours) (4). La mort subite du nourrisson est définie, au plan international, comme une « mort subite et inattendue d'un enfant de moins de un an qui reste inexplicquée après investigation approfondie comprenant une autopsie complète et une analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure ». Ce diagnostic reste un diagnostic d'élimination (5).

Afin de faciliter les études épidémiologiques, Flemming introduit en 2000 le terme de mort inattendue du nourrisson (Sudden Unexpected Death in Infancy en anglais) désignant « tout décès survenant brutalement alors que rien dans ses antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir ». La Haute Autorité de Santé a fixé une limite d'âge à deux ans (6). Cette entité regroupe les morts naturelles expliquées (infectieuses, cardiaques, ...), les morts accidentelles, les morts par homicide et les rares cas de morts subites du nourrisson.

A) Epidémiologie

Actuellement en France, l'épidémiologie officielle de la mort subite du nourrisson est confuse. Entre 1990 et 1999, nous avons assisté à une diminution de 75 % du nombre de morts subites du nourrisson passant de 1369 à 337 cas/an (7) suite à la diffusion des conseils de prévention « Dormir sur le dos ». Après une stagnation au début des années 2000, on assiste à une nouvelle diminution (157 cas de MSN en 2014). L'interprétation de ces chiffres est délicate. Deux explications sont possibles à cette nouvelle baisse : le progrès de la prévention ou un changement dans la façon de certifier les décès. L'étude des données suggère que des confusions de diagnostic sont probables lors de la certification ou de la codification (8). Le premier certificat étant rarement corrigé par un second certificat après les investigations post mortem, le diagnostic de MSN a été trop souvent retenu. La codification selon la classification internationale des maladies (CIM) regroupe des catégories de décès peu précises : les « symptômes et états morbides mal définis » regroupant les « MSN », « causes inconnues », « autres symptômes et états morbides » ; les « causes externes de blessures et d'empoisonnement » regroupant « les accidents », « les homicides », « les événements dont l'intention n'est pas déterminée ».

Afin d'obtenir des données épidémiologiques fiables et actualisées, l'observatoire français de la mort inattendue du nourrisson (OMIN) a été créé en mai 2015. Les premiers résultats officiels seront connus dans quelques mois. On ne peut donc aujourd'hui qu'estimer le nombre de morts inattendues du nourrisson à 500 par an dont la moitié est évitable (1).

B) Facteurs de risques et facteurs protecteurs

L'hypothèse du triple modèle de Kinney et Thach (9) stipule que trois facteurs concourent à la mort subite du nourrisson :

- Un enfant vulnérable (sexe masculin, prématurité, exposition tabac in utero) ;
- Une période critique du développement (2 à 6 mois) ;
- Une exposition à un stress exogène (position ventrale, température ambiante ou face couverte) facteurs accessibles à la prévention.

Les facteurs de risques de mort subite du nourrisson :

- Non modifiables :
 - Le sexe : une prédominance masculine ($ORa^1 = 1,49$ IC 95%[1,11-1,99]) (10) ;
 - L'âge : 90% des MSN surviennent avant 6 mois, avec un pic entre 2 et 4 mois (11) ;
 - Les conditions socio-économiques : jeune âge maternel inférieur à 18 ans ($ORa^1 = 11$ IC 95%[5,78-19,3]), mère isolée, parité élevée supérieure à 4 ($ORa^1 = 10,6$ IC 95%[5,78-19,3]), faible niveau d'éducation (mère sans qualification $ORa^2 = 15,55$ IC 95%[2,59-93,5]) (4; 10; 12).

- Modifiables et accessibles à la prévention :
 - La position de couchage : le couchage ventral ($ORa^1 = 13,1$ IC 95%[8,51-20,2]). Le risque majeur de la position « sur le côté » est de basculer sur le ventre ($ORa^1 = 45,4$ IC 95%[23,4-87,9]) (10) ;
 - L'environnement de couchage : le risque de MSN augmente avec une température trop élevée de la chambre à coucher ainsi que l'utilisation de couvertures, couettes, matelas mou (10) ;
 - Le partage du lit ou « bedsharing » : le risque de partage du lit en l'absence de tout facteur de risque (tabac, alcool, toxiques) reste significatif pendant les 15 premières semaines de vie. En l'absence de facteurs de risque, le risque pour un enfant de moins de trois mois est représenté par un $ORa^3 = 5,1$ IC 95%[2,3-1,4]. Le risque augmente avec l'association du tabac, de l'alcool et autres toxiques. Le risque est également présent lors du partage d'un canapé ou fauteuil (13) ;
 - Le tabagisme : anténatal ($ORa^1 = 36,9$ IC 95%[21,7-42,2]) (10), postnatal maternel ($OR = 2,7$ IC 95%[1,0-6,4]) mais également postnatal paternel ($OR = 2,4$ IC 95%[1,3-4,5]) (14) ;
 - La consommation d'alcool maternelle pendant le premier trimestre de grossesse ($ORa = 6,2$ IC 95%[1,6-23,3]) (15), la consommation maternelle postnatale supérieure à 2 unités ($ORa = 41,62$ [5,45-318,09]) (12).

Les facteurs protecteurs :

- L'allaitement maternel : partiel ($OR = 0,4$ IC 95%[0,35-0,44]) ou exclusif ($OR = 0,27$ IC 95%[0,24-0,31]) (16) ;
- La tétine ($ORa^1 = 0,74$ IC 95%[0,58-0,95]) (10) ;
- Le partage de la chambre mais dans un lit séparé ou « room-sharing » ($ORa^1 = 0,48$ IC 95%[0,34-0,69]) (10) ;
- La vaccination : $ORa^4 = 0,54$ IC 95%[0,39-0,76] (17).

¹ Ajusté sur l'âge et les centres

² Ajusté sur l'âge

³ Ajusté sur l'âge, le statut marital, l'ethnie, la parité, l'absence d'utilisation de drogues de la mère, l'allaitement artificiel, le sexe, le poids de naissance et les conditions de couchage du nourrisson

⁴ Ajusté sur les conditions de couchage du nourrisson et les conditions socio-économiques de la mère

C) Recommandations et prévention en France

Les facteurs de risque de MIN font l'objet de recommandations dans la plupart des pays développés à l'exception de la France. Les recommandations de l'association américaine de pédiatrie (AAP) actualisées tous les 5 ans (dernière actualisation en 2016) peuvent, cependant, être transposables à la France (Annexe 1).

Cinq campagnes officielles de prévention ont été menées en France de 1994 à 1998. Un livret « conseils aux parents » était remis et expliqué aux parents lors du premier examen du nouveau-né. Une lettre de sensibilisation était également envoyée à l'ensemble des professionnels de santé afin de les sensibiliser à l'importance de diffuser des conseils simples de couchage aux parents. Ces campagnes de prévention ont montré une efficacité spectaculaire sur l'application des conseils de puériculture avec une diminution de 75% du nombre de morts subites du nourrisson. La France, bien que précoce dans le lancement de ces campagnes, a manqué d'élan dans la poursuite.

Depuis 1998, aucune nouvelle campagne de prévention officielle n'a été reconduite par les pouvoirs publics. Les informations sont transmises de manière indépendante et dispersée par différentes associations ou organismes.

Parmi elles, l'association « Naître et Vivre » impliquée dans la prévention de la mort subite du nourrisson et reconnue d'utilité publique depuis 1991, continue de mener des actions de prévention auprès des parents et des professionnels de santé. Cette association met à disposition différents supports dépliant (annexe 2) et affiches disponibles en onze langues différentes.

Les centres régionaux de la mort subite des nourrissons créés en 1986 ont également pour mission de mener des actions de prévention.

L'Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCRéMIN), organise depuis 2015 une semaine de prévention dans une quinzaine de CHU, sous la forme de stands avec animations, jeux, quizz, diffusion de spots de prévention.

Le réseau ELENA, en collaboration avec l'ANCRéMIN et l'association « Naître et Vivre », a récemment publié sur internet deux vidéos « Une minute de prévention » et « prévention tabagisme ».

Le carnet de santé est également un vecteur de prévention, les conseils de couchage sont résumés sur la page 14 de celui-ci (annexe 3).

II) Le droit à l'information du patient

L'information du patient est un élément essentiel dans la construction d'une relation de confiance avec le professionnel de santé. Elle permet d'élever le patient dans son rôle de partenaire actif.

En médecine périnatale, à la différence des situations de soins adultes, l'interlocuteur n'est pas directement ou exclusivement la personne soignée. Le professionnel de santé doit donc informer l'entité parentale ou la singularité de chaque parent.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a opéré une métamorphose profonde des droits des personnes et plus particulièrement du droit à l'information. Elle transforme le devoir du professionnel d'informer son patient en un véritable droit pour le patient d'être informé.

L'article L1111-2 du code de santé publique prévoit ainsi que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leurs utilités, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus [...] lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés. La personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information du patient incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » (18).

L'information apportée au patient doit être claire, loyale et appropriée (19).

La multiplicité des soignants est une des caractéristiques de la médecine périnatale. Chaque professionnel de santé doit dans son domaine de compétence avoir le souci d'informer. Le code de santé publique rappelle la définition du terme « professionnels de santé » au sens large incluant les professions médicales (médecin, sage-femme), les professions de pharmacie, les auxiliaires médicaux (infirmière), aides-soignants, auxiliaires de puériculture (20).

La Haute Autorité de Santé rappelle en 2012 le principe de « primauté » de l'information orale sur l'information écrite (21). Pour autant, si des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre aux patients (l'information écrite constituant seulement un complément possible de l'information orale). Les documents écrits doivent être compréhensibles par le plus grand nombre et reposer sur des données validées. Ils doivent également être disponibles dans les principales langues parlées en France. L'utilisation d'éléments multimédias peut également compléter l'information orale sans pour autant s'y substituer.

Une traçabilité écrite de cette information orale doit apparaître dans le dossier du patient.

La refonte du carnet de santé décidée par le Haut Conseil de la Santé Publique, va permettre cette traçabilité. La modification de la structure générale du carnet de santé va permettre d'ajouter dans les pages Naissance la rubrique « prévention Mort inattendue du nourrisson » avec les éléments suivants (22) :

- Conseils donnés (cf page14) : non oui
- Support d'information remis : non oui

III) Le changement de comportement sous différents niveaux d'influence

Il est fondamental dans une tentative de changement de comportement d'autrui de considérer tous les niveaux d'influence pouvant intervenir, tel que l'illustre le modèle de Grol (23)(Annexe4).

Les interventions visant à modifier les comportements qui améliorent la sécurité du sommeil chez les nourrissons peuvent être considérées dans le cadre conceptuel de Grol (24) selon 5 catégories :

- Le message de santé

L'objectif du message de santé est de rendre l'information innovante, crédible, réalisable, accessible et prioritaire. Les parents sont plus susceptibles de suivre une recommandation si celle-ci a été expliquée. Le manque de compréhension peut être un obstacle à l'adhésion du message. Il est important de rappeler également que chaque enfant est à risque. Certains parents pensent que leur enfant est immunisé contre la mort subite du nourrisson comme le rappelle la définition de l'optimiste comparatif qui consiste à se projeter dans des situations avantageuses par rapport à autrui (25).

- Education des professionnels

L'enseignement des facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson doit faire partie du cursus pour tout professionnel de santé mais également pour tout professionnel responsable d'un enfant (assistante maternelle, baby-sitter...). Encore de nombreuses réticences sur les règles du sommeil sécuritaire sont observées chez les professionnels. Cet enseignement doit être renforcé en milieu hospitalier puisque les pratiques observées à la maternité sont reproduites à la maison.

- Rupture des barrières

Des barrières culturelles ou financières peuvent être un obstacle à l'adhésion aux recommandations de sommeil sécuritaire. Certains pays tels que les Etats-Unis proposent aux familles à faible revenu un berceau gratuit accompagné d'une information sur le sommeil sécuritaire. Ce procédé permet de faire face aux barrières culturelles notamment sur le partage du lit mais également aux barrières financières.

- Contexte social : culture et tradition

En prenant en compte le contexte social, on utilise les normes et traditions pour protéger la santé.

- Législation et réglementation : contexte organisationnel, économique et politique

Cette partie est essentielle pour la modification des comportements. Le respect des lignes directives est plus probable si des recommandations officielles existent or celles-ci sont absentes en France. Une obligation de formation sur les facteurs de prévention de mort subite du nourrisson dans les hôpitaux et pour toute personne gardant un enfant semble nécessaire.

Dans cette étude, nous nous intéresserons à ce premier niveau d'influence : le message de santé. Alors que de nombreux décès de nourrissons sont attribués à des erreurs de couchage, où en sommes-nous de l'information des parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson ?

A ce jour, aucune donnée n'est disponible en France sur les sources d'information des parents et leur rôle respectif.

Nous avons souhaité dans cette étude, évaluer les modalités d'information des parents sur les facteurs de prévention de la MIN, évaluer l'application de ces facteurs de prévention et s'intéresser aux attentes des parents afin d'améliorer la prévention sur la MIN.

MATERIEL ET METHODE

I) Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale monocentrique.

II) Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont :

- Evaluer les modalités d'information des parents sur les facteurs de prévention de la MIN ;
- Evaluer les pratiques de couchage et l'environnement du nourrisson en fonction des modalités d'information sur la MIN ;
- Evaluer les souhaits des parents afin d'améliorer l'information sur les facteurs de prévention de la MIN.

III) Population de l'étude

A) Terrain

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux est une maternité de type 3 et seule maternité publique de la métropole Bordelaise (également une maternité de proximité pour les grossesses physiologiques).

En 2016, la maternité a réalisé 5549 naissances dont 800 nouveau-nés ont été hospitalisés.

Le professionnel de santé de la maternité est composé de 8 pédiatres et 4 internes de pédiatrie par semestre, 1 médecin généraliste, 6 gynéco-obstétriciens, 6 chefs de clinique assistants, 120 sages-femmes et 72 auxiliaires puéricultrices.

La maternité comprend 3 secteurs de suites de couche de 24 lits chacun sous la responsabilité de 3 cadres de santé. L'information des parents sur la MIN est délivrée sous forme orale avec l'appui du carnet de santé.

B) Critères d'inclusion

Ont été inclus les parents de nourrissons nés entre le 17 avril et le 1^{er} juillet 2017 au CHU de Bordeaux et acceptant de répondre au questionnaire.

C) Critères de non-inclusion

- Les nourrissons hospitalisés en néonatalogie, réanimation néonatale et en unité kangourou ;
- L'absence d'accès à internet ;
- Les parents ne parlant pas le français.

IV) Modalités d'inclusion

La période de recrutement s'est effectuée du 17 avril au 1^{er} juillet 2017 dans les trois services de suites de couches de la maternité du CHU de Bordeaux.

Une lettre d'information était remise aux parents par les externes en pharmacie lors de leur séjour à la maternité. Cette lettre d'information (Annexe 5) expliquait la nature de l'étude et recueillait la date de naissance du nourrisson, l'adresse email et le numéro de téléphone des parents, ainsi que leur consentement à participer à l'étude.

Le nombre de refus était mentionné sur une feuille prévue à cet effet par les externes en pharmacie (Annexe 6).

Nous avons contacté par téléphone l'ensemble des parents pour lesquels le consentement n'avait pu être recueilli pour des raisons diverses (sortie le week-end, soins lors du passage des externes en pharmacie...). Nous les avons contactés un mois après la naissance de leur nourrisson afin de recueillir leur consentement et leur adresse mail nécessaire à l'envoi du questionnaire. Les mêmes termes ont été utilisés afin de présenter l'étude « sur l'information des parents sur les conditions de couchage idéal du nourrisson » que lors du passage des externes en pharmacie dans les chambres des parents. Un premier appel était réalisé suivi d'un rappel à 24 heures en l'absence de réponse.

Un questionnaire était envoyé par mail (Annexe7) aux parents via Google form (<https://docs.google.com/forms/d/1yGB9C09ScDen3MV0qM9Dwv34et5R7UJ9Ti9XQawLtHE/prefill>) un mois après la naissance de leur nourrisson, suivi d'un rappel par mail à huit jours puis un appel téléphonique à quinze jours en l'absence de réponse.

V) Questionnaire

Le questionnaire (Annexe 8) a été élaboré en utilisant le référentiel de l'AAP (26)(Annexe 1). Il a été testé en amont auprès de 20 parents de jeunes nourrissons (0 à 6 mois) afin de s'assurer de la clarté des questions.

Le questionnaire comprenait quatre parties avec un total de trente-deux questions :

- La première partie concernant les facteurs socio-démographiques des parents comportait quatre questions : le sexe, l'âge, la parité, le niveau d'études ;
- La deuxième partie s'intéressait aux pratiques de couchage et à l'environnement du nourrisson selon les A-level recommandations de l'AAP. Elle comportait douze questions ;
- La troisième partie évaluait les modalités de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson. Elle comportait six questions ;
- La quatrième et dernière partie s'intéressait aux souhaits des parents afin d'optimiser la prévention. Elle comportait dix questions. Une vidéo « une minute de prévention » réalisée par le réseau ELENA en association avec l'ANCRéMIN et l'association « Naître et Vivre » et la lecture du fascicule de l'Association Naître et Vivre « Les règles d'or de ma première année » (Annexe 2) étaient proposées aux parents afin de solliciter leur avis.

Le terme mort subite du nourrisson a été utilisé dans l'ensemble du questionnaire destiné aux parents, celui-ci nous ayant semblé plus parlant pour les parents. Cependant, notre étude a utilisé le terme plus général de mort inattendue du nourrisson.

Le temps de réponse à ce questionnaire a été estimé à dix minutes.

VI) Mode d'analyse des données

Nous avons réalisé une étude descriptive. L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R Core Team® (2017).

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne m et l'écart-type σ . Les variables qualitatives ont été résumées par l'effectif brut et le pourcentage correspondant à chacune des modalités.

Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour le croisement des variables qualitatives (âge, niveau d'études, nombre de répétitions de l'information, acteurs principaux).

Une régression linéaire a été utilisée pour le croisement des variables quantitatives (nombre d'enfants).

Le seuil de significativité choisi étant une p-value $<0,05$.

Afin d'évaluer la conformité des pratiques des parents aux recommandations de l'AAP (26), nous avons créé un « pourcentage de bonnes pratiques » des parents. Ce pourcentage était basé sur les réponses déclaratives des parents de la partie 2 du questionnaire « pratiques de couchage et environnement du nourrisson ».

A chaque question de cette partie 2 correspondait une bonne réponse basée sur les recommandations de l'AAP de 2016 (Annexe1). Les bonnes réponses étaient les suivantes : dormir sur le dos, dans son lit et dans la chambre parentale, pas de modification de position si l'enfant a un rhume ou touse, pas de peluches dans le lit, matelas ferme et adapté au lit, pas d'ajout de matelas dans lit parapluie, utilisation d'une tétine, allaitement maternel ou mixte, vaccination, absence de tabac et absence d'alcool. La température a été enlevée de ce score du fait de la canicule présente sur Bordeaux cet été. La consommation d'alcool a également été exclue du pourcentage lorsqu'il s'agissait d'un père qui répondait, ne représentant pas un facteur de risque de MIN. Chaque bonne réponse était notée sur un point. Seule la question sur le lit parapluie n'était pas obligatoire (en cas de non-utilisation).

Le nombre de bonnes réponses a donc été converti en pourcentage de bonnes réponses afin que les résultats soient comparables.

Nous avons ainsi pu comparer ce « pourcentage de bonnes pratiques » en fonction des modalités d'information sur la MIN ainsi que des facteurs socio-démographiques des parents.

VII) Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro 2045267v0.

Cette étude a été menée dans le cadre réglementaire de la recherche non interventionnelle observationnelle (hors loi Jardé), après validation par la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Bordeaux.

RESULTATS

I) Population de l'étude

Nous avons proposé à 601 familles de participer à cette étude durant la période du 17 avril au 1^{er} juillet 2017.

Parmi ces 601 familles, 47 ne présentaient pas les critères d'inclusion dans l'étude (19 n'avaient pas d'adresse mail, 28 ne parlaient pas français).

Quatre-vingt-quatre familles ont refusé de participer à l'étude. Les motifs évoqués étaient l'absence d'intérêt pour cette enquête, le manque de temps, les problèmes de santé de l'enfant et le fait d'être déjà parents.

Quatre-cent-soixante-dix familles ont accepté de participer à cette enquête. Seize familles n'ont pu être contactées du fait d'adresse mail incorrecte et le questionnaire n'a pu leur être envoyé.

Sur les 454 questionnaires envoyés, 318 ont répondu soit un taux de réponses de 70%. Trois de ces questionnaires n'ont pu être inclus dans l'étude car non analysables, le tableau de la partie 3 n'ayant pas été complété.

II) Caractéristiques socio-démographiques des parents

La population de l'étude était constituée de 299 mères (94,9%) et 16 pères (5,1%).

• Âge :

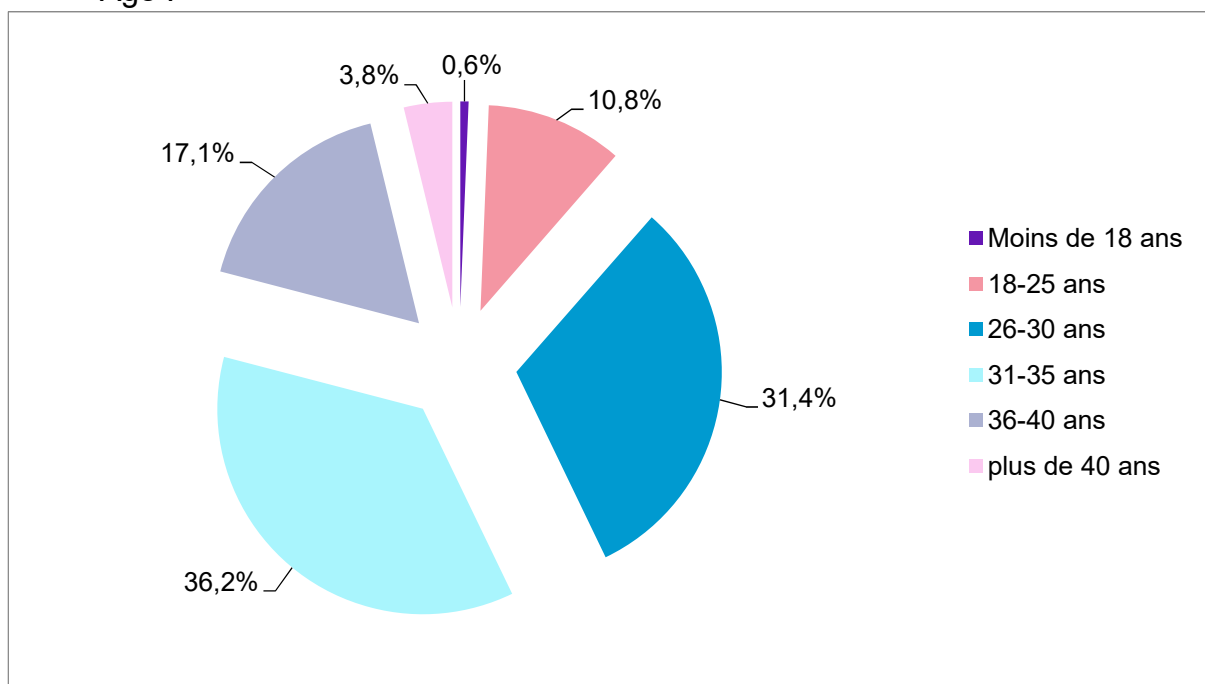


Figure 1 : Répartition de la population totale selon l'âge (en pourcentage)

- Niveau d'études :

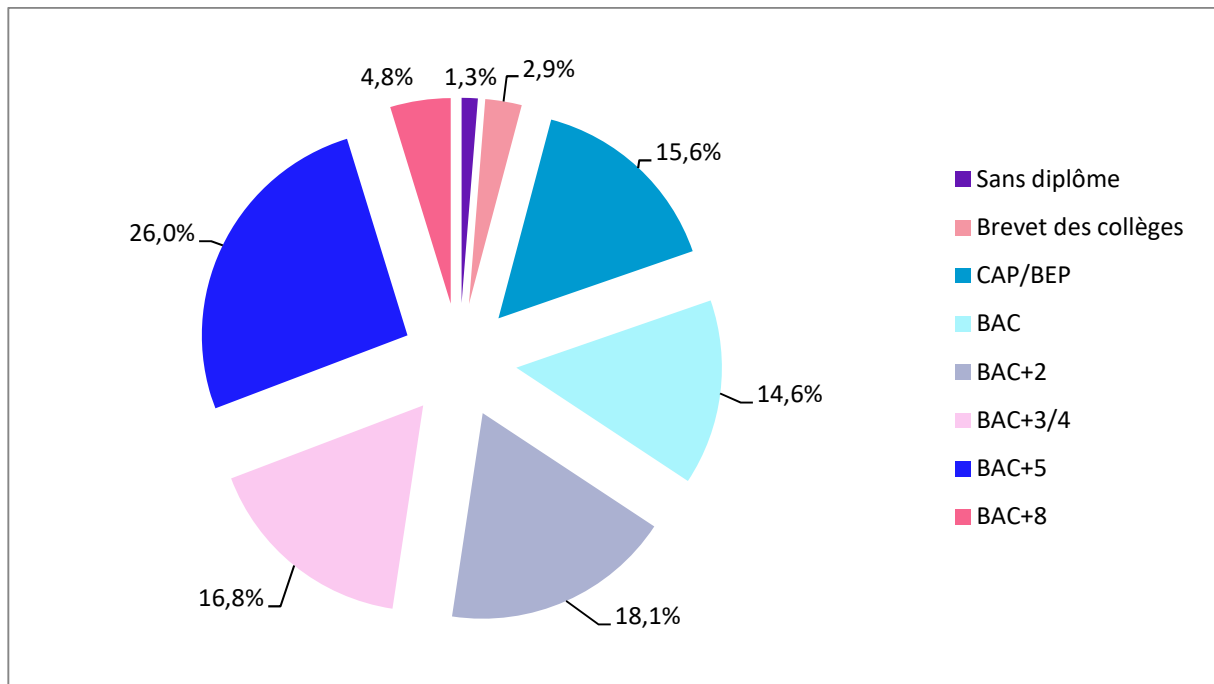


Figure 2 : Répartition de la population totale selon le niveau d'études (en pourcentage)

Les répartitions par sous-population se trouvent en Annexe 9.

- Le nombre d'enfants :

La parité moyenne des parents de notre étude était de $1,78 \pm 0,87$ allant de 1 à 6 enfants.

III) Les pratiques de couchage et l'environnement du nourrisson

Nous avons interrogé, dans cette partie, les parents sur leurs pratiques de couchage de leur nourrisson au domicile. Il s'agit donc des pratiques déclaratives des parents.

A) Les facteurs de prévention de la MSN

- Position de couchage :

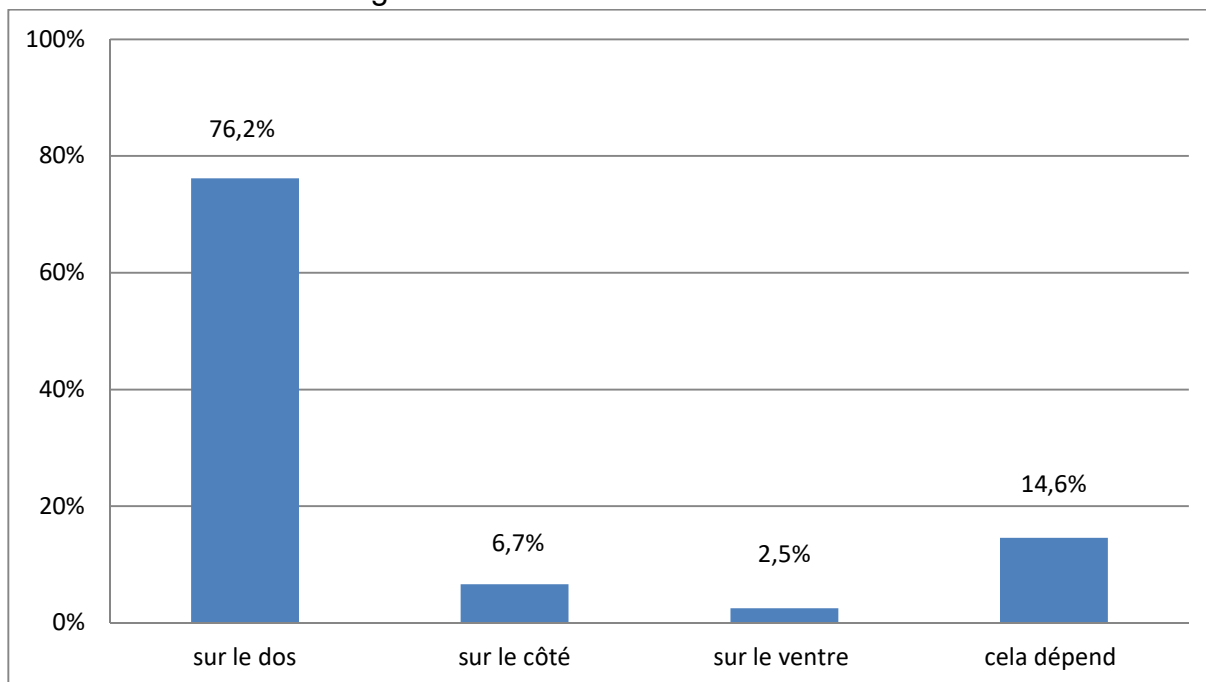


Figure 3 : Répartition des nourrissons selon leur position de couchage (en pourcentage)

- Conditions de couchage :

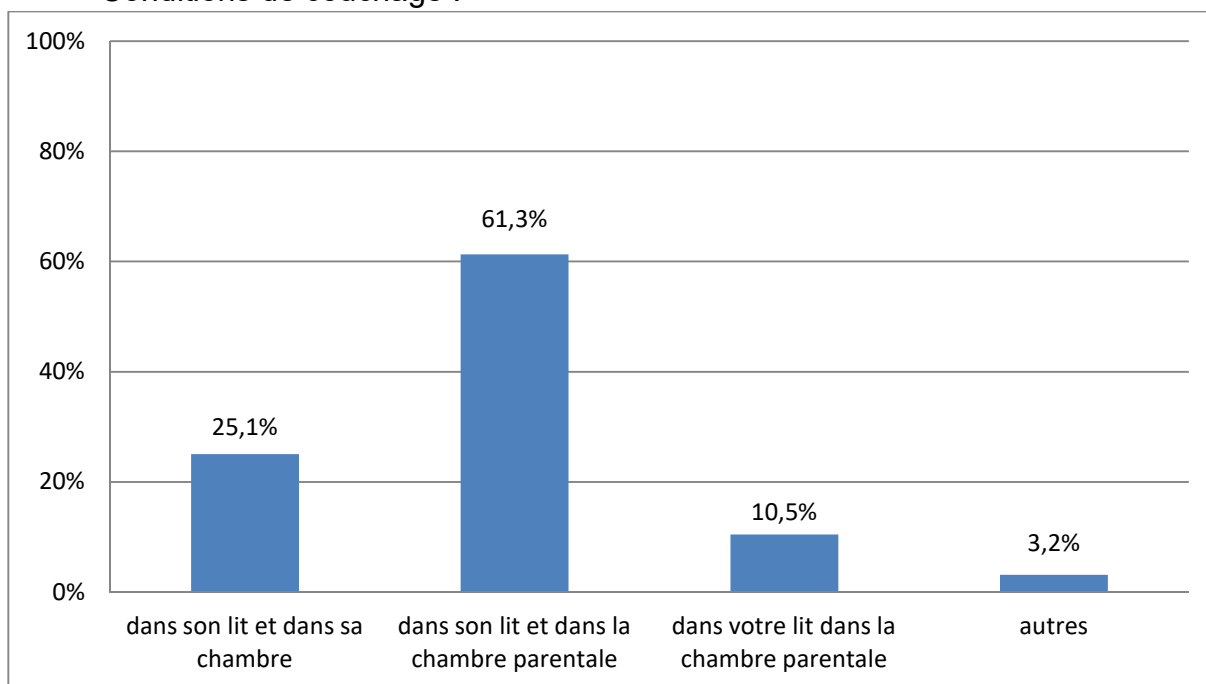


Figure 4 : Répartition des nourrissons selon leur condition de couchage (en pourcentage)

Parmi les 3,2% « autres », 5 dorment dans une nacelle et dans la chambre parentale, 1 dans un lit parapluie, 1 dans un lit accolé au lit parental, 1 dans une écharpe et nacelle la journée et dans son lit la nuit.

- Modification de la position de couchage :
Cent-quatre-vingt-quatorze (61,6%) parents modifient la position de couchage si l'enfant tousse ou a un rhume.
- Présence de peluches dans le lit :
Quatre-vingt-six (27,3%) parents déclarent laisser des peluches dans le lit de leur nourrisson.
- Type de matelas du nourrisson :
Deux-cent-quatre-vingt-quatre (90,2%) utilisent un matelas ferme et adapté au lit, deux (0,6%) un matelas ferme et de taille différente du lit, vingt-six (8,2%) un matelas mou et adapté au lit, trois (1%) un matelas mou et de taille différente du lit.
- Ajout d'un matelas dans le lit parapluie :
Parmi les 285 parents utilisant un lit parapluie, 60% ajoutent un matelas supplémentaire.
- Température de la pièce :
Inférieure à 18 degrés pour une famille (0,3%), entre 18 et 20 degrés pour 212 familles (67,3%) et supérieure à 20 degrés pour 102 familles (32,4%).
- Utilisation d'une tétine :
Deux-cent-cinq (65,1%) parents déclarent utiliser une tétine pour leur nourrisson.
- Vaccination du nourrisson :
Trois-cent-quatorze (99,7%) parents ont prévu de faire vacciner leur enfant.

- Allaitement :

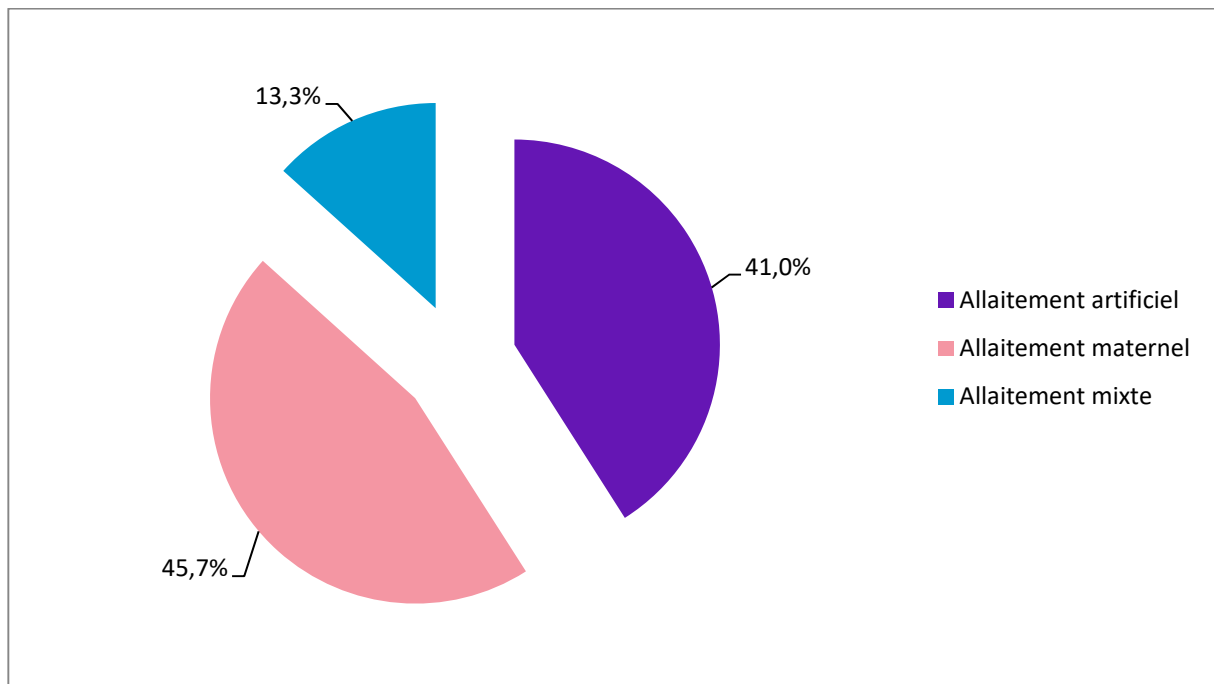


Figure 5 : Répartition des nourrissons selon leur mode d'allaitement (en pourcentage)

- Tabac des parents :
Quatre-vingt-six (27,3%) parents déclarent qu'un des parents fume ou a fumé pendant la grossesse.
- Alcool :
Onze (3,5%) parents déclarent avoir consommé ou consomment actuellement de l'alcool ;
Parmi ces 11 personnes, il y a 10 mères et 1 père ;
Parmi ces 10 mères déclarant consommer ou avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse, deux pratiquent le « bedsharing » soit le partage du lit.

B) Le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents

Ce pourcentage de bonnes pratiques a été calculé à partir des réponses déclaratives des parents sur les différents facteurs de prévention de la MSN. Les bonnes réponses étaient basées sur les recommandations de l'AAP.

La moyenne du « pourcentage de bonnes pratiques » était $70,36 \pm 13,1$ de bonnes réponses avec un minimum de 36% et un maximum de 100%.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre le « pourcentage de bonnes pratiques » et l'âge ($p\text{-value}=0,17$), le niveau d'études ($p\text{-value}=0,39$), et la parité ($p\text{-value}=0,33$) des parents (Annexe 10).

IV) Les modalités de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson

A) Information reçue par les parents

Deux-cent-vingt-quatre (71,1%) parents ont déclaré avoir reçu une information sur les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson ou sur les conditions de couchage idéal.

- Parmi les pères, 12 ont déclaré avoir reçu une information soit 75% des pères.
- Parmi les mères, 212 ont déclaré avoir reçu une information soit 70,9% des mères.

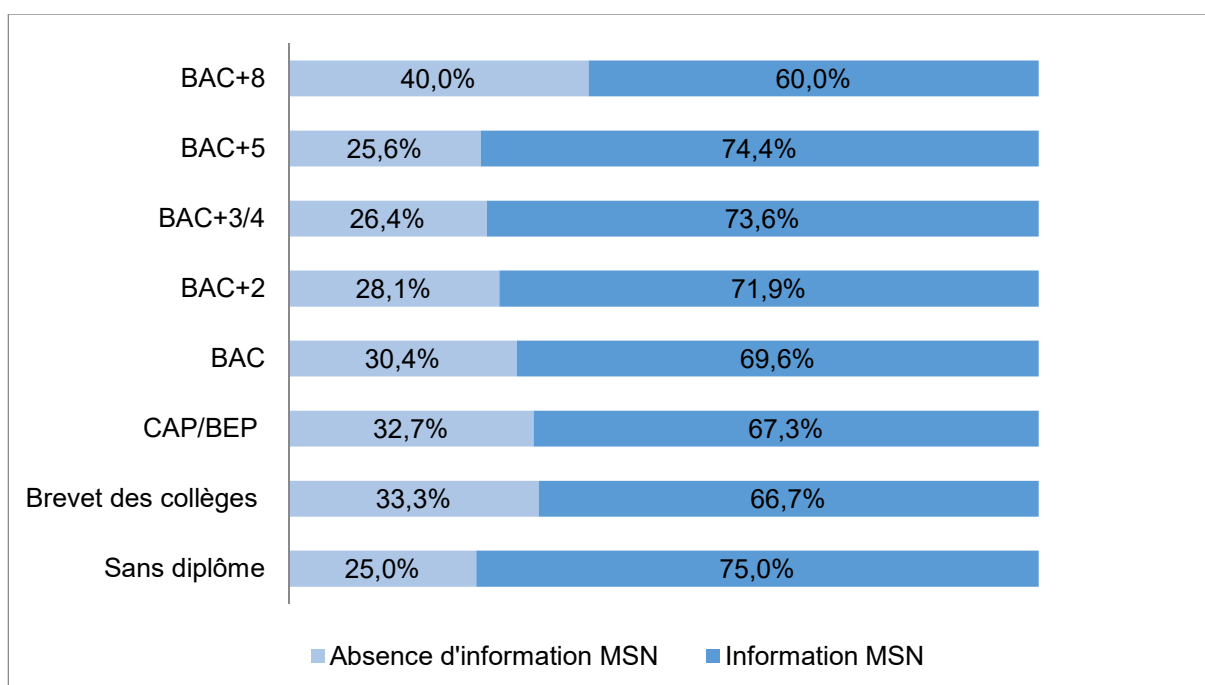


Figure 6 : Représentativité du niveau d'études des parents ayant eu ou non l'information sur la MSN (Exemple : parmi les parents ayant un niveau « brevet des collèges », 33,3% ont déclaré ne pas avoir reçu l'information sur la MSN et 66,7% ont déclaré avoir reçu l'information sur la MSN)

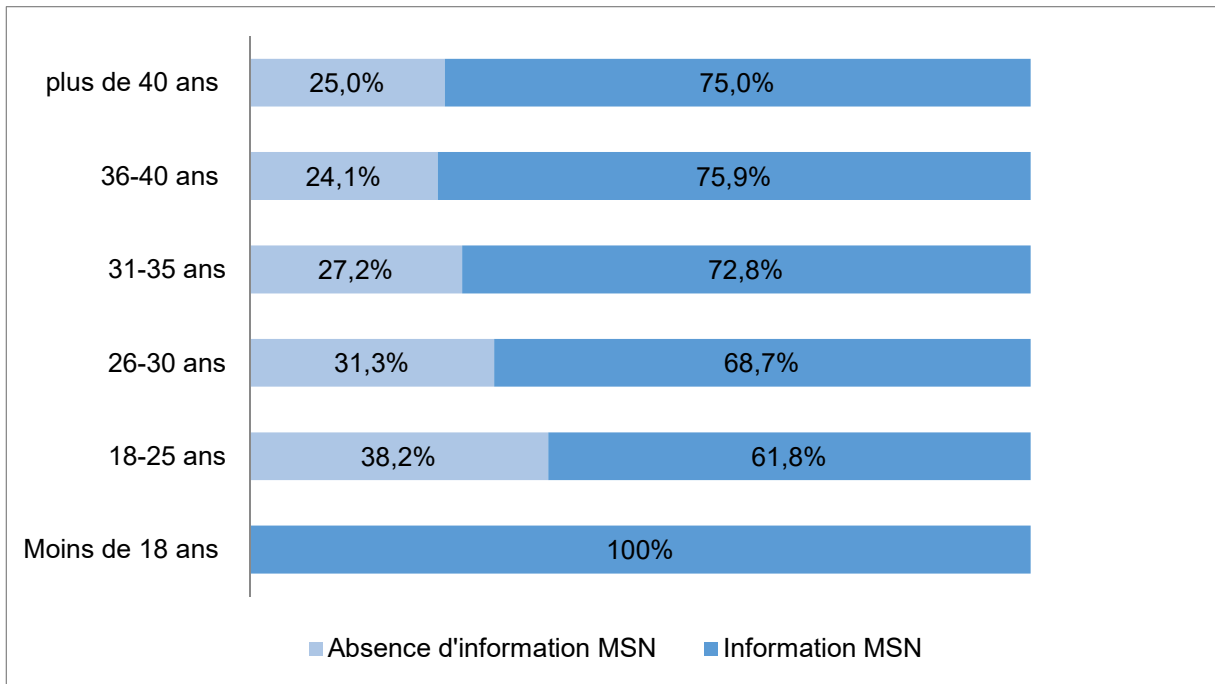


Figure 7 : Représentativité de la classe d'âge des parents ayant eu ou non l'information sur la MSN (Exemple : parmi les 18-25 ans, 38,2% ont déclaré ne pas avoir reçu l'information sur la MSN et 61,8% ont déclaré avoir reçu l'information sur la MSN)

- Moment de l'information sur les facteurs de prévention de la MSN :

Les parents ont été interrogés sur les différents moments où ils ont reçu l'information sur les facteurs de prévention de la MSN.

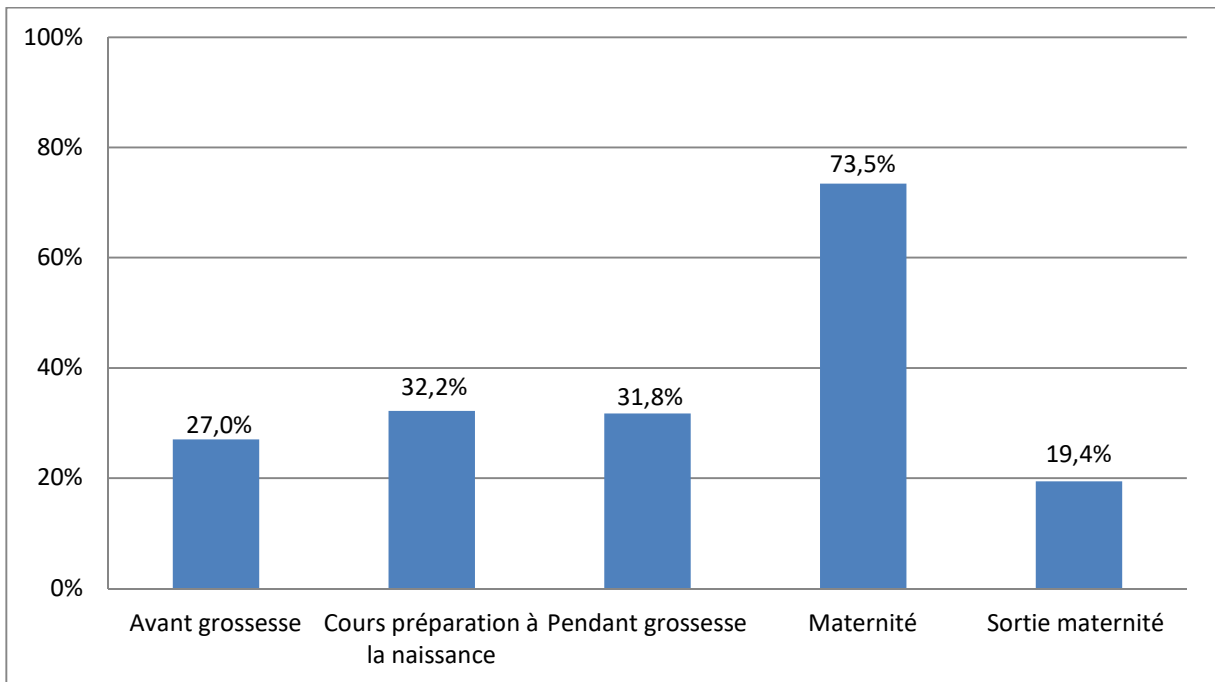


Figure 8 : Répartition selon le moment de l'information sur les facteurs de prévention de la MSN (en pourcentage)

Parmi ces 224 parents ayant reçu une information, 53,1% ont reçu une information unique, 25,1% ont reçu une information double, 10,4% ont reçu une information triple, 7,6% une information quadruple et 3,8% une information quintuple.

La répétition de l'information n'a pas influencé de manière significative le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents (p-value=0,69) (Annexe10).

De plus nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le « pourcentage de bonnes pratiques » et l'existence ou non d'une information reçue sur la MSN (p-value=0,614).

- Facteurs de prévention reçus sur la MSN :

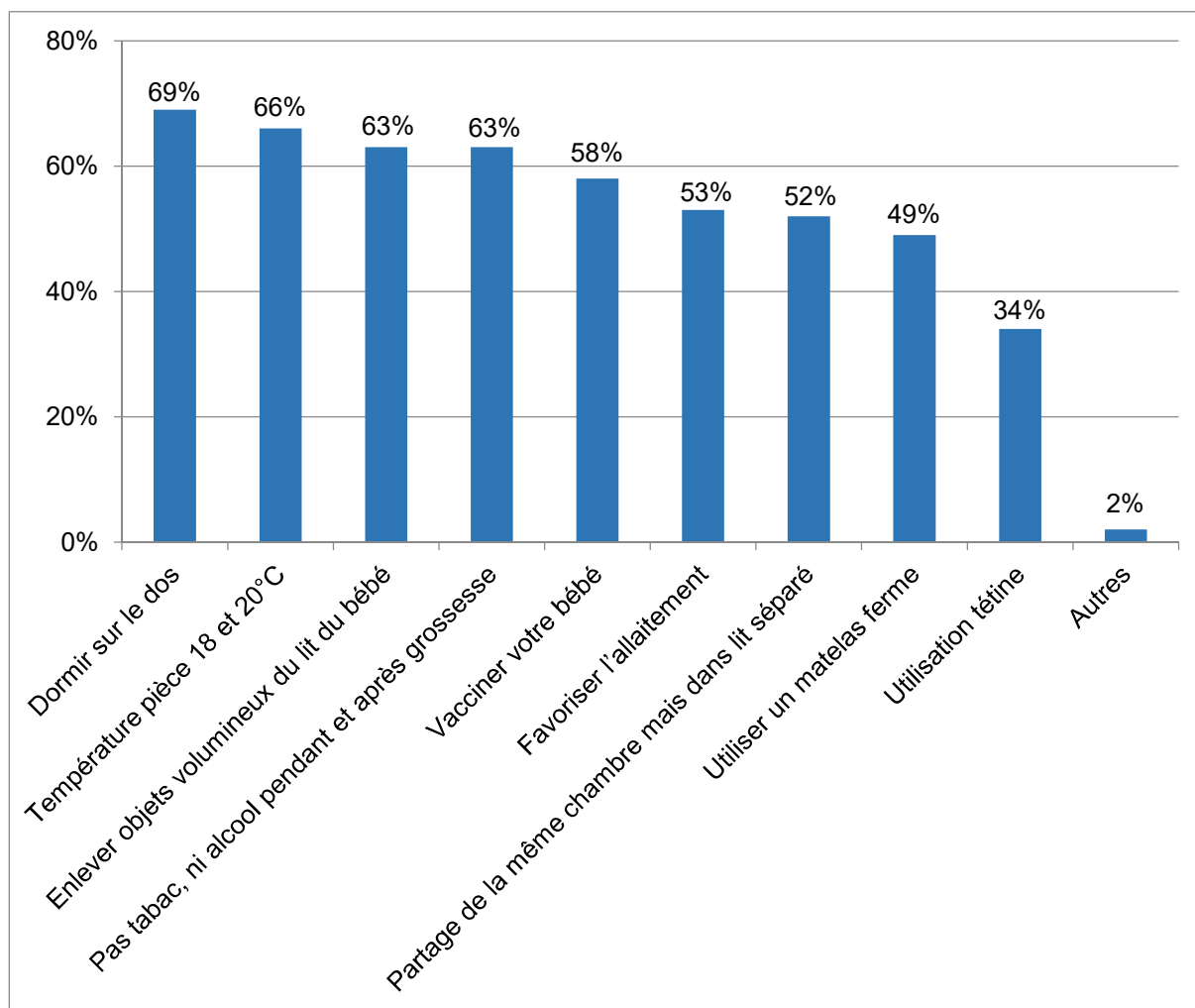


Figure 9 : Nombre de parents ayant reçu chaque facteur de prévention et taux calculé sur l'effectif total des parents (en pourcentage)

Parmi les 2% « autres », les facteurs cités sont : ne pas utiliser de tour de lit (auxiliaire puéricultrice et sage-femme), mettre une gigoteuse (carnet de santé), ne pas ajouter de matelas dans lit parapluie (auxiliaire puéricultrice), cododo autorisé si les règles sont respectées (sage-femme), utiliser un capteur pour surveiller la respiration (média), partage de la chambre parentale les 6 premiers mois (sage-femme).

- Acteur principal de l'information sur les facteurs de prévention de la MSN, selon les parents :

L'acteur de l'information correspond au vecteur de l'information sur la MSN, celui-ci peut être un professionnel de santé (médecins, sage-femme, auxiliaire de puériculture), un membre du cercle familial ou amical mais également les médias dont internet ou le carnet de santé. Les parents ayant reçu une information sur la MSN ont désigné l'acteur principal de cette information.

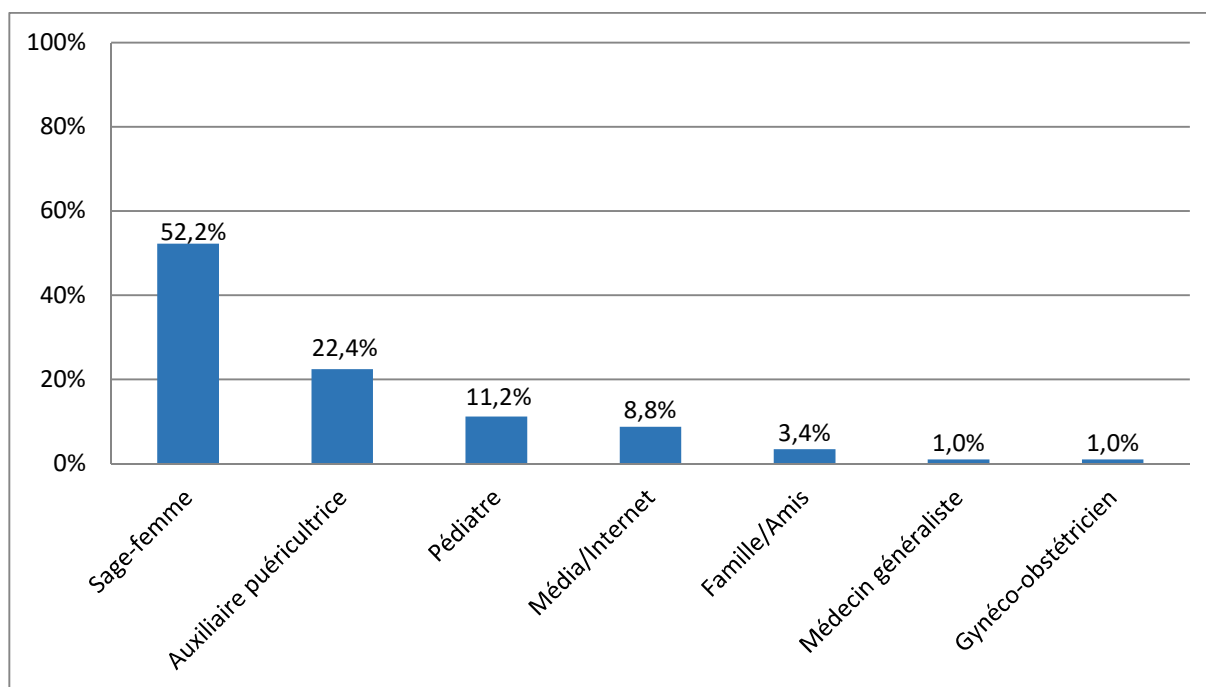


Figure 10 : Répartition de l'acteur principal de l'information sur la MSN selon les parents (en pourcentage)

L'acteur principal n'influe pas de manière significative sur le « pourcentage de bonnes pratiques » ($p\text{-value}=0,39$) (Annexe10).

- Explications des informations données :

Vingt-cinq (11,3%) parents ont déclaré que les informations données manquaient d'explications.

B) Application des facteurs de prévention selon les modalités de l'information

Nous avons souhaité étudier si l'information sur le facteur de prévention conditionne sa bonne pratique. Ainsi pour chaque facteur, nous avons étudié le taux d'application de la bonne pratique c'est-à-dire la pratique conforme aux recommandations de l'AAP selon que l'information sur ce facteur ait été reçue.

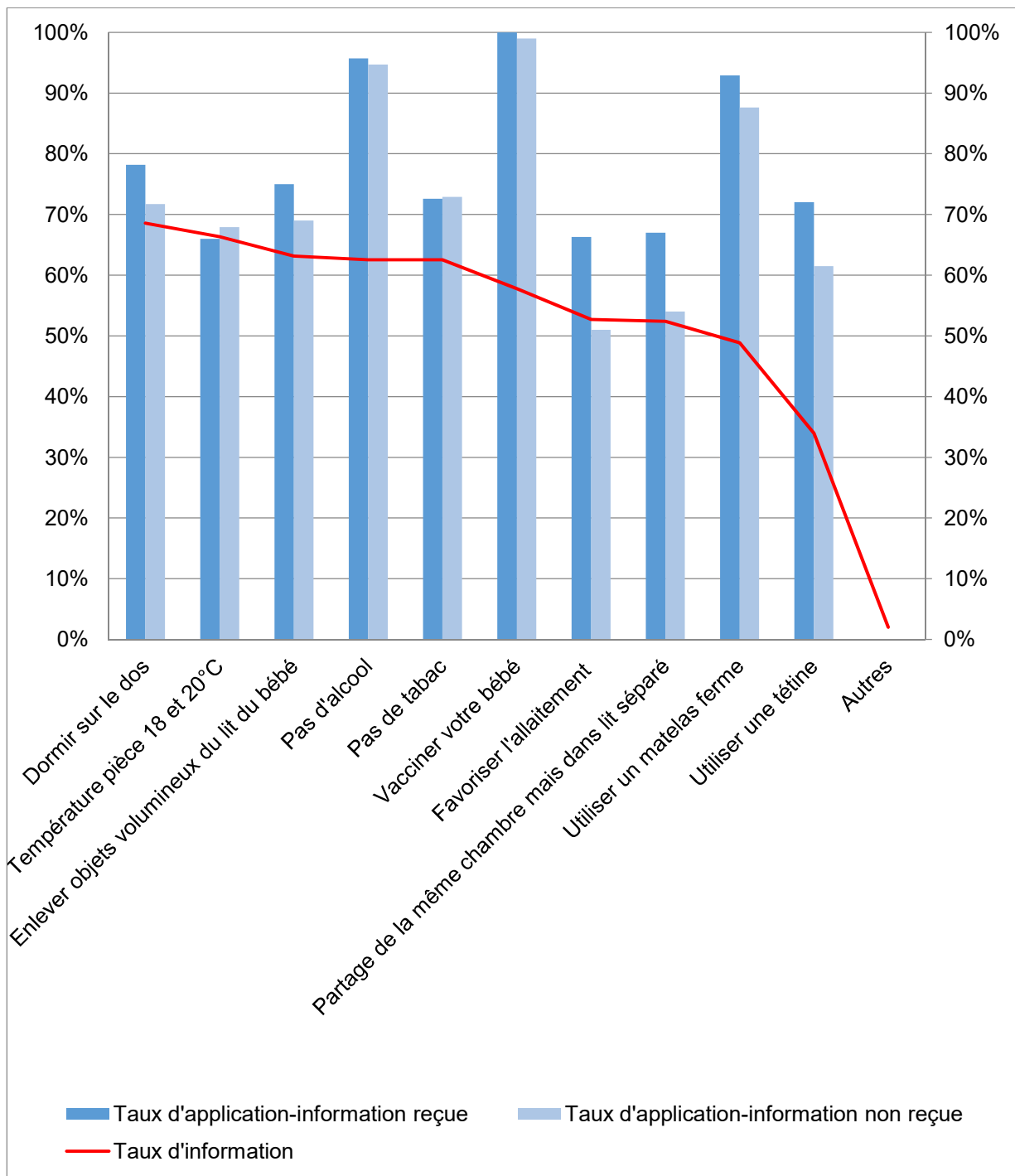


Figure 11 : Taux d'application du facteur de prévention selon si l'information a été reçue ou non sur ce facteur, couplé au taux d'information sur ce facteur chez l'ensemble des parents (en pourcentage)

Le taux d'information correspond à la fréquence selon laquelle le facteur de prévention a été reçu par l'ensemble des parents. Le taux d'application d'un facteur correspond au pourcentage de parents ayant une pratique conforme (aux recommandations de l'AAP) du facteur évalué selon que les parents ont reçu ou non une information sur ce facteur.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le pourcentage d'application des facteurs et l'information reçue (p-value =0,24) (Annexe11).

Nous avons par la suite évalué le taux d'application de l'information selon l'acteur et le facteur de prévention afin d'évaluer s'il existait une différence du taux d'application selon l'acteur (Annexe 12).

L'acteur n'influe pas de manière significative sur le pourcentage d'application de l'information (p-value=0,39).

V) Améliorer la prévention

- Moment le plus approprié selon les parents pour être informés sur la MSN :

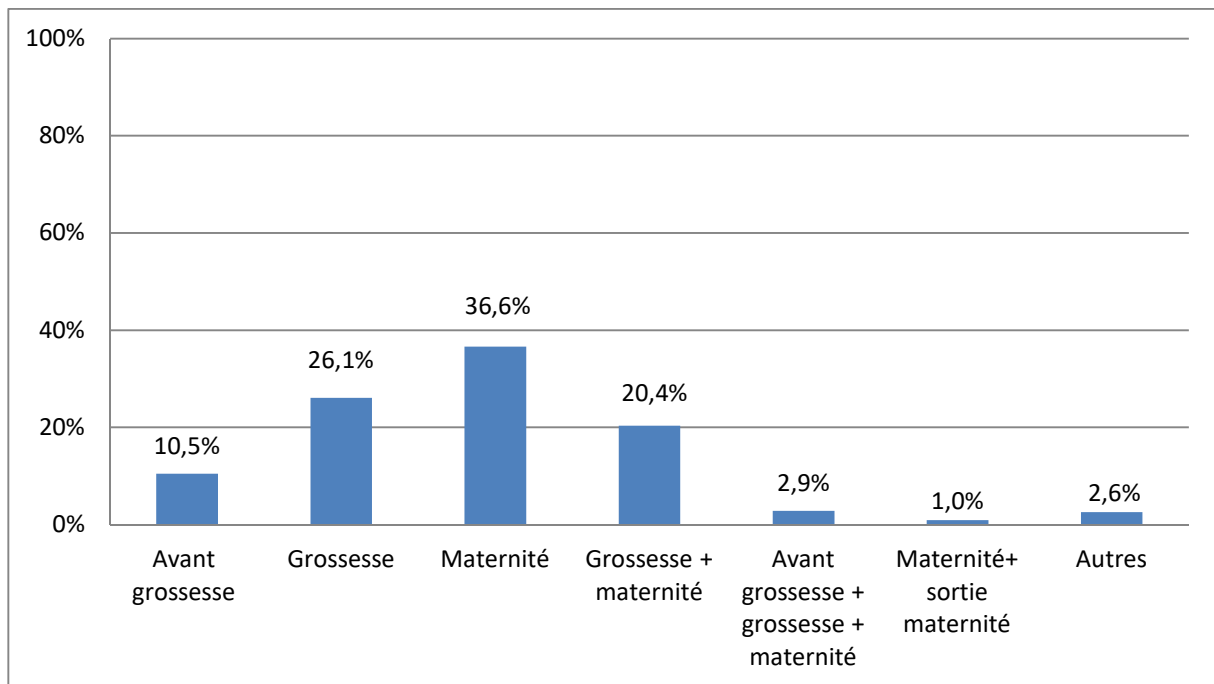


Figure 12 : Répartition du moment le plus approprié pour l'information sur les facteurs de prévention de la MSN, selon l'ensemble des parents (en pourcentage)

Parmi les 2,6% « autres », 2 mères ont mentionné « avant grossesse et à la maternité », 2 « à la sortie maternité » uniquement, 2 « grossesse+maternité+sortie maternité » et 1 « grossesse et sortie maternité », 1 mère a mentionné « jamais ».

- Acteurs de l'information :

Les parents ont été interrogés sur les différents acteurs qu'ils souhaitaient voir impliqués dans la prévention de la MSN.

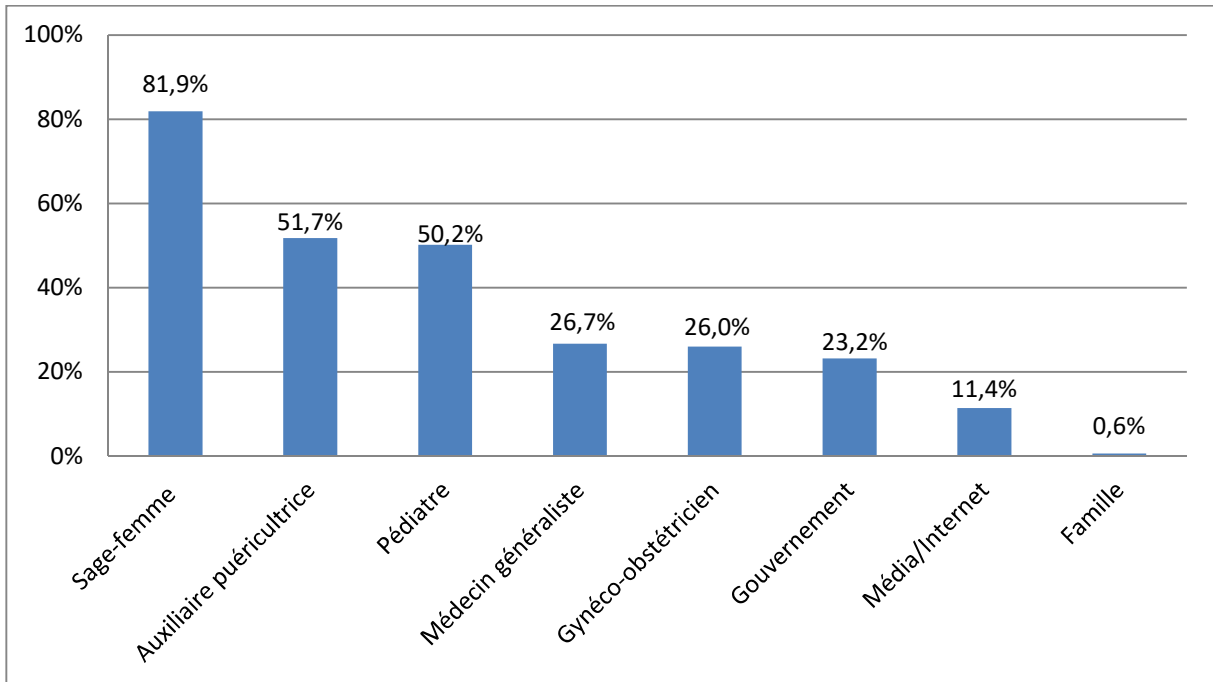


Figure 13 : Répartition des acteurs souhaités par les parents dans l'information sur les facteurs de prévention de la MSN (en pourcentage)

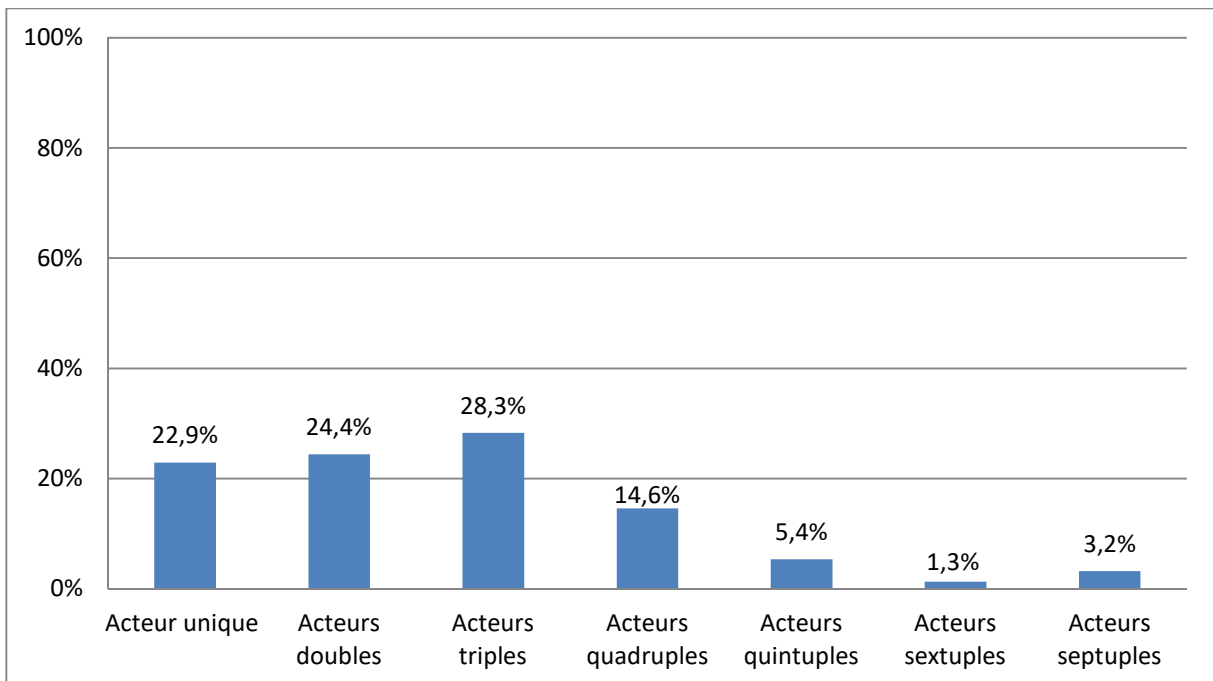


Figure 14 : Répartition du nombre d'acteurs souhaité par les parents dans la prévention de la MSN (en pourcentage)

Dans « acteur unique », l'acteur le plus plébiscité est la sage-femme avec 58,3%.

Lors d'une information double, le duo « sage-femme + auxiliaire puéricultrice » représente 35,1%.

Lors d'une information triple, le trio « sage-femme + auxiliaire puéricultrice + pédiatre » représente 33,7%.

Lors d'une information quadruple, le quatuor « sage-femme + auxiliaire puéricultrice + pédiatre + gouvernement » représente 23,9%.

- Moyens de l'information :

Les parents ont été interrogés sur la forme souhaitée de l'information sur la MSN.

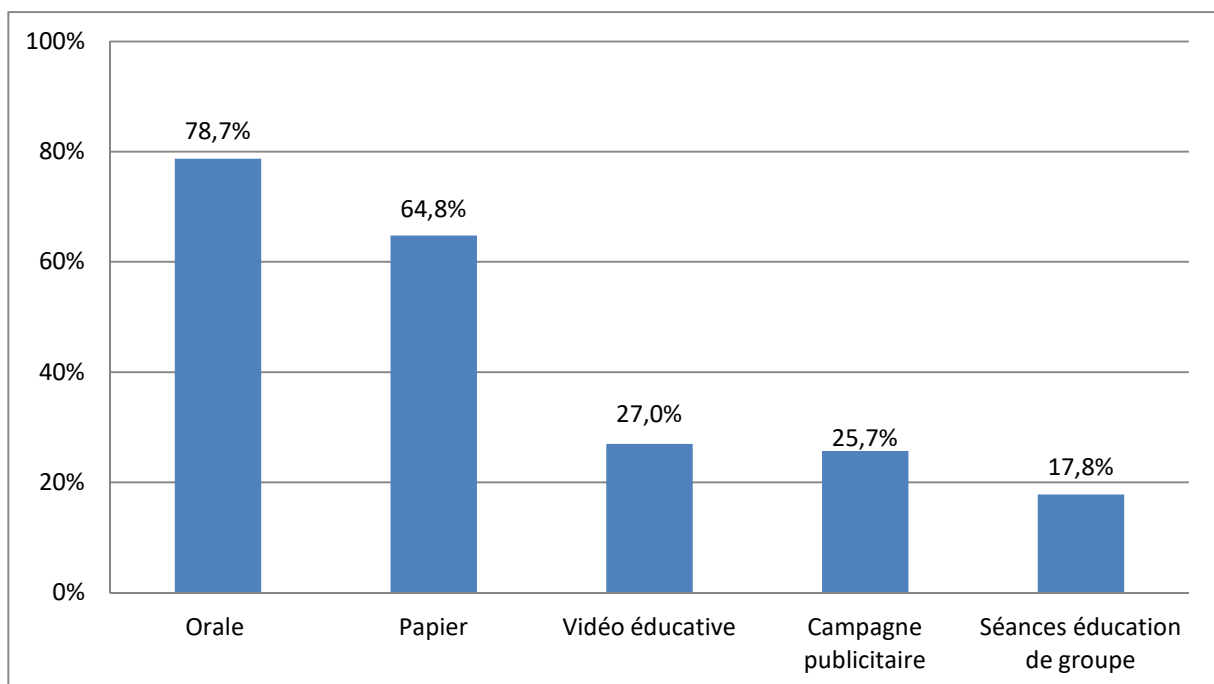


Figure 15 : Répartition du type d'information souhaitée par les parents (en pourcentage)

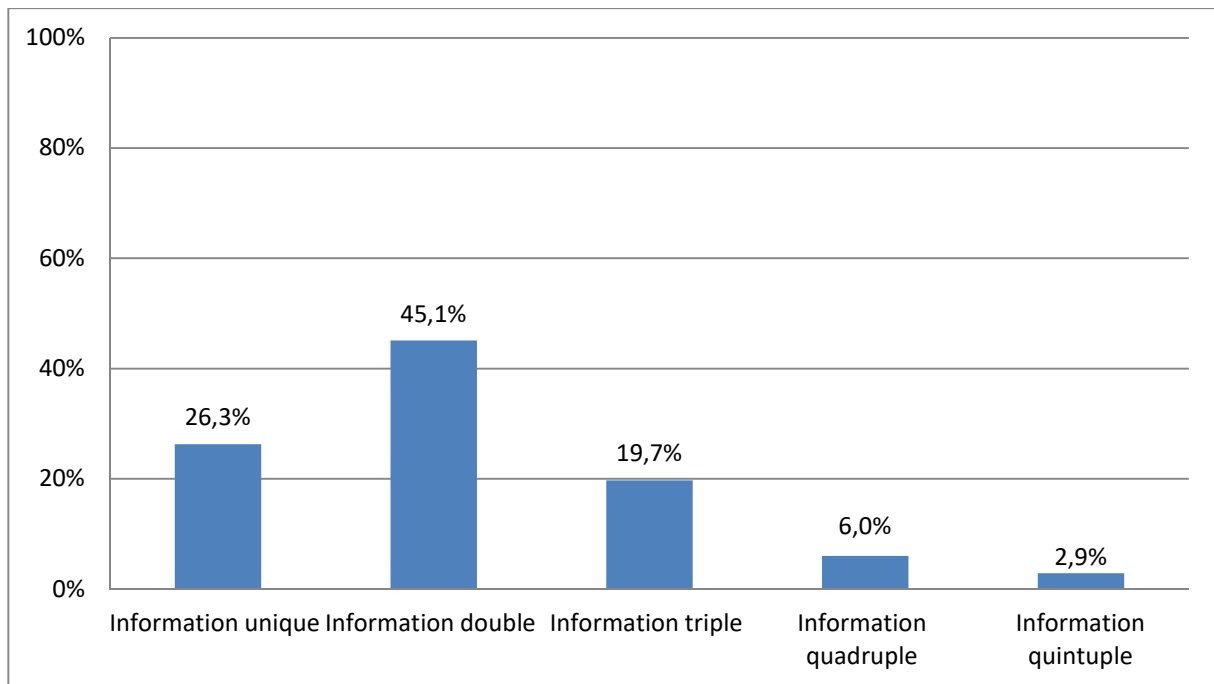


Figure 16 : Répartition du nombre d'information souhaitée par les parents (en pourcentage)

Parmi les parents souhaitant une information unique, l'information orale arrive en tête avec 56,6% suivie de l'information papier avec 27,7%.

Parmi les parents souhaitant une information double, 61,3% souhaitent une information « orale et papier ».

Parmi les parents souhaitant une information triple, 35,5% souhaitent une information « orale+papier+campagne publicitaire » suivie par 21% « orale +papier+ vidéo».

Parmi les parents souhaitant une information quadruple, 52,6% souhaitent une information « orale+papier+vidéo+campagne publicitaire ».

- Pictogramme lit parapluie :

Deux-cent-quarante-huit (78,7%) parents pensent qu'un pictogramme ou un bandeau d'alerte rouge au fond des lits parapluie serait un moyen efficace pour rappeler aux parents de ne pas rajouter de matelas. Parmi ces 248 familles, 56,76% rajoutent un matelas dans leur lit parapluie.

- Pack naissance associant une gigoteuse marquée « je dors sur le dos » et une tétine :

Deux-cent-vingt (69,8%) parents trouvent que c'est un mode intéressant de prévention.

- Diffusion de la vidéo « une minute de prévention » lors du séjour en maternité :

Deux-cent-cinquante-deux (80,2%) familles pensent que cette vidéo est une bonne forme de prévention en maternité.

- Support le plus parlant :

Deux types de support ont été présentés aux parents afin de solliciter leurs avis. Le fascicule « les règles d'or de ma première année de vie » de l'association « Naître et Vivre » a été proposé (sous forme d'un lien téléchargeable)(Annexe 2) ainsi que la vidéo « une minute de prévention ».

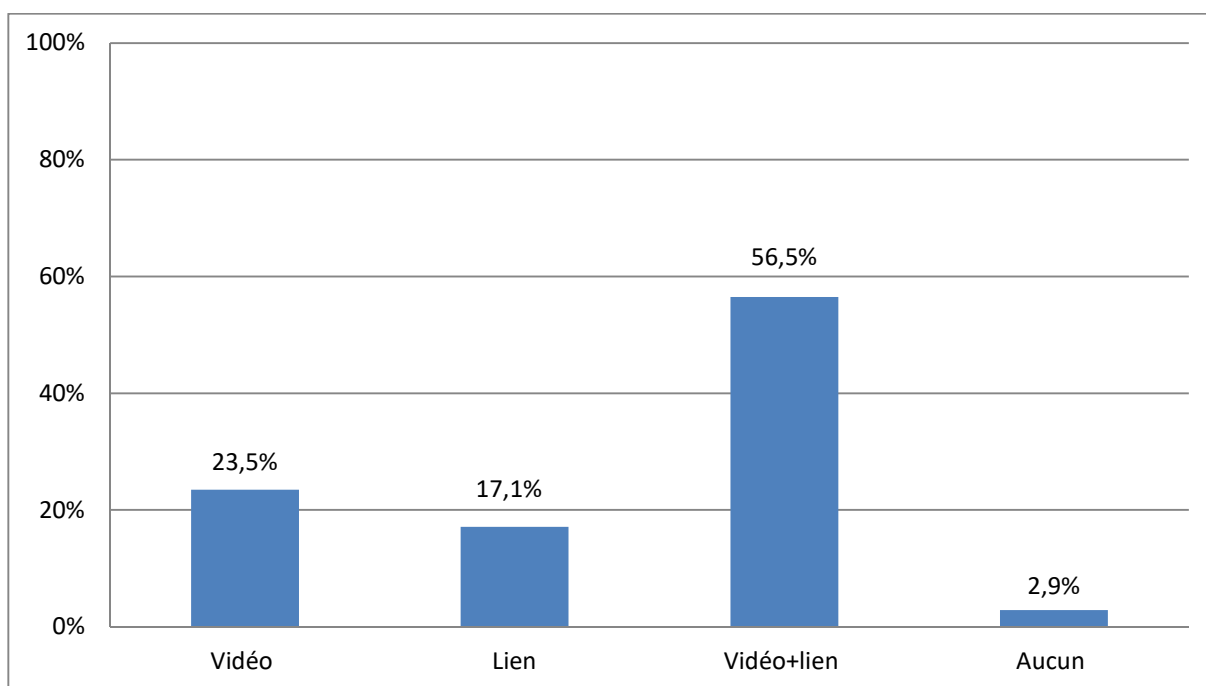


Figure 17 : Répartition du support le plus parlant selon les parents (en pourcentage)

- Modification des pratiques :

Cent vingt-neuf (41%) parents ont déclaré vouloir modifier leurs pratiques après avoir visionné la vidéo «une minute de prévention» du réseau ELENA et lu le fascicule «les règles d'or de ma première année» de l'association « Naître et Vivre ».

Parmi les parents déclarant ne pas avoir reçu d'information sur la MSN, 45% des parents déclarent qu'ils vont modifier leurs pratiques contre 39% des parents ayant reçu une information sur la MSN.

- Un espace d'expression a été mis à disposition des familles à la fin du questionnaire afin de s'exprimer librement sur le sujet. Les commentaires suivants ont été mentionnés :
 - « La vidéo peut être choquante surtout au moment de l'accouchement, peut-être faudrait-il mieux la visionner pendant la grossesse » ;
 - « Vidéo choquante mais nécessaire pour ceux ne respectant pas les recommandations ». Cela a été signalé à chaque fois par des personnes ne respectant pas les recommandations ;
 - « Pouvez-vous m'envoyer un document pour ma belle-mère, car elle couche mon fils sur le ventre alors que je lui dis qu'il ne faut pas » ;
 - « Pensez à sensibiliser le père » ;
 - « Avoir un discours universel : avant sur le ventre, maintenant sur le dos. On est perdu » ;
 - « Avec la polémique sur la plagiocéphalie, faut-il toujours mettre le nourrisson sur le dos ? » ;
 - « Les informations doivent être diffusées par d'autres personnes que les sages-femmes » ;
 - « Que faire en cas de canicule, sur la température de la pièce ? ».

DISCUSSION

Notre étude a mis en évidence une information non optimale des parents sur les facteurs de prévention de la MSN révélant des inégalités sociales d'accès à la prévention. Bien que de nombreuses études soulignent l'impact positif de l'information par le médecin dans l'application de la recommandation, nous n'avons pas mis en évidence de pratiques de couchage significativement différentes en fonction de l'acteur principal ayant remis l'information. L'information reste donc l'affaire de tout professionnel de santé. Les pratiques déclaratives des parents révèlent deux facteurs de risque majeurs : le partage du lit parental et le tabagisme parental qui doivent être la cible des prochaines campagnes de prévention. Les souhaits des parents concernant une amélioration de la prévention soulignent une hétérogénéité de leur attente. La remise d'une information pendant la grossesse et en maternité sous une forme double « orale et papier » semble être la forme la plus sollicitée par les parents. Cependant, les acteurs souhaités par les parents pour cette information semblent plus contrastés entre information unique par la sage-femme ou information triple par trio « sage-femme, auxiliaire puéricultrice et pédiatre ».

Seuls 71,1% des parents déclarent avoir été informés sur les facteurs de prévention de la MSN. Dans une étude menée par Doyon en 2016 au CHU de Nantes, 78,4% des parents déclaraient avoir reçu une information sur les facteurs de prévention de la MSN ou sur les conditions de couchage (27). Un taux d'information un peu plus important à mettre en corrélation avec l'âge du nourrisson. Dans l'étude de Doyon, les parents étaient inclus jusqu'aux deux ans de leur nourrisson, cependant un seul parent a mentionné avoir été informé après l'âge de six mois de son nourrisson.

Ce taux d'information est non optimal mais devant cependant être mis en balance puisqu'il s'agit ici des réponses déclaratives des parents. Les parents ont pu être informés mais submergés par le nombre important d'informations remises notamment à la maternité, ne s'en souviennent pas. Lors de l'élaboration de la question, nous avons pris la décision d'utiliser le terme « facteur de prévention de la MSN ou sur les conditions idéales de couchage » afin d'être le plus exhaustif possible. Il est effectivement possible que le terme MSN n'ait pas été utilisé mais que les conseils de couchage aient tout de même été remis. L'utilisation du terme MSN est cependant importante puisqu'il permet de donner une explication au risque engendré par le non respect des bonnes pratiques de couchage.

L'analyse des classes d'âge et du niveau d'études chez les parents déclarant ne pas avoir reçu d'information sur la MSN met en évidence un niveau d'études inférieur et un âge plus jeune en comparaison aux parents déclarant avoir reçu une information sur la MSN. Cette constatation soulève le problème des inégalités sociales de santé mis en évidence dès 1980 dans le rapport Black. En effet, Black interpellait déjà sur les inégalités sociales de santé selon l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'études (28). En 2010, l'INPES dans son rapport sur « réduire les inégalités sociales en santé » alertait de nouveau sur cette problématique.

L'INPES rappelait dans ce rapport que ce « gradient social » de santé existe aussi bien dans « l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention » (29). Ce taux élevé de parents déclarant ne pas avoir été informés peut probablement s'expliquer en partie par ce « gradient social de santé ». Une attention particulière doit donc être donnée à ces groupes à risque.

En 1995, Hiley et al. interrogeaient les mères anglaises de nourrissons de six mois sur les trois principaux conseils retenus sur la prévention de la MSN. Celles-ci ont mentionné : dormir sur le dos, éviter les atmosphères surchauffées et l'absence de tabagisme (30). Deux décennies plus tard, nous retrouvons ces trois mêmes conseils dans notre étude, avec « Absence de tabac et d'alcool » à égalité avec « enlever objets volumineux ».

Doyon, dans son étude de 2016 au CHU de Nantes confirme qu'il s'agit des trois principaux conseils retenus mais également des trois principaux conseils délivrés par les professionnels de santé. Les principaux conseils retenus par les parents semblent donc avoir peu évolué en deux décennies cependant les pratiques de couchage du nourrisson ont évolué. Bien qu'une priorité soit difficile à donner aux différents facteurs de prévention, l'information telle que le « partage de la chambre mais dans des lits séparés » semble insuffisamment reçue. Doyon, dans son étude confirme cette hypothèse puisque moins de 15% des professionnels de santé déclarent donner cette information (27).

Les trois acteurs principaux de l'information cités par les parents étaient la sage-femme, l'auxiliaire puéricultrice et le pédiatre. Il s'agit de résultats concordant puisque 73% déclarent avoir reçu une information en maternité. La quatrième position occupée par « média/internet » devant médecin généraliste et gynéco-obstétricien est un paramètre qui peut être inquiétant. Une étude de 2009 met en évidence que 2/3 des images d'environnement de sommeil dans les magazines n'étaient pas conformes aux recommandations de l'AAP (31). Ceci est conforté par l'étude de 2012, qui a mis en évidence que seulement 43,5% des sites internet étudiés donnaient des informations exactes sur le sommeil sécuritaire (32). Ceci s'illustre simplement dans le fascicule « mon carnet du premier jour » remis gratuitement aux mamans à la sortie de la maternité du CHU de Bordeaux où la publicité dans ce carnet représente des nourrissons dans des positions de couchage non conformes. Cependant, nous pouvons être surpris, puisqu'un seul parent a mentionné une information non conforme remise par les médias (« capteur de respiration »).

Dans ce contexte, l'ANCRéMIN souhaite mettre en place une veille nationale sur les images publicitaires.

La dernière place du médecin généraliste et du gynéco-obstétricien peut quant à elle être décevante. La dernière place du médecin généraliste peut cependant être expliquée par l'orientation recommandée des pédiatres du CHU pour la consultation du premier mois vers un pédiatre libéral ou un médecin généraliste expérimenté en pédiatrie. Bien que nous ayons choisi d'interroger les parents un mois après la naissance du nourrisson afin que tous les acteurs de santé puissent jouer leur rôle propre, la consultation du premier mois n'avait peut-être pas été réalisée lors de la réponse au questionnaire.

La dernière place du gynéco-obstétricien est quant à elle à mettre en relation avec le taux de grossesses physiologiques des mères, données que nous n'avons cependant pas recueillies dans notre étude. En effet une part importante de grossesses physiologiques pourrait expliquer un contact moins fréquent avec le gynéco-obstétricien et donc un rôle peu présent dans l'information sur la MSN.

Le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents, illustrant les pratiques de couchage et l'environnement du nourrisson conformes aux recommandations de l'AAP, est non optimal avec une moyenne de 70%. Le manque d'explications pointé du doigt dans de nombreuses études (33) comme un facteur freinateur à l'adhésion au message, ne représente cependant ici que 11%.

Notre attention est attirée par certains facteurs de risque de MSN présentant des taux élevés d'application par les parents.

Seul soixante-seize pour cent des parents déclarent coucher leur nourrisson sur le dos. En 2012, une étude a été menée dans les 6 maternités universitaires du groupe HUGO (Hôpitaux universitaires du grand ouest) sur les conditions de couchage du nourrisson à un mois de vie (34). Dans cette étude, la position de couchage dorsal était de 90,2%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans l'étude du groupe HUGO, il n'existait que deux possibilités de réponses « dorsal » ou « ventral/de côté », les parents ont donc du choisir une position habituelle. Dans notre étude, nous avons ajouté la possibilité « cela dépend » représentant une part non négligeable de 14,6% des parents, pensant que les parents pouvaient utiliser plusieurs positions de couchage. Notre question sur la modification des conditions de couchage conforte cette hypothèse puisque 61,6% des parents modifient la position de couchage en fonction de l'état de leur nourrisson (rhume, toux). Dans une étude en Nouvelle-Zélande de 2013, la position de couchage des nourrissons (âge moyen m=10 semaines) sur le dos représente 72,7%, sur le ventre 2,3%, sur le côté 6,4%, cela dépend 18,6% (35). Des résultats relativement superposables aux nôtres. Ces résultats peuvent mettre en évidence la non intégration par les parents du caractère vital du couchage dorsal. Il est donc primordial de rappeler aux parents que la position dorsale ne doit pas être modifiée en fonction de l'état du nourrisson que ce soit à cause de régurgitations, de coliques, ou autres motifs sauf prescription médicale dûment justifiée.

Une réponse surprenante concerne la température de la pièce dans laquelle dort le bébé, 67% des parents déclarent une température dans la pièce où dort leur nourrisson entre 18 et 20 degrés. Bien qu'il s'agisse des recommandations de l'AAP, ces chiffres peuvent surprendre puisque le mois de juin à Bordeaux a été marqué par une canicule et ces objectifs de température semblaient bien difficiles à obtenir. Cela constitue d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons enlevé cette question du « pourcentage de bonnes pratiques ». Fara, dans son étude réalisée au mois de juillet 2016 dans le réseau ELENA interrogeant des mères de nourrissons de un mois, ne retrouve que 20% des mères déclarant une température de la pièce du nourrisson entre 18 et 20 degrés (36). Deux possibilités afin d'expliquer nos résultats : soit l'utilisation importante par les parents d'une climatisation dans la chambre du nourrisson, soit les parents ont répondu à cette question sous la forme d'un objectif souhaité et non d'un objectif réel.

La question aurait donc du être posée différemment « Adaptez-vous l'habillement de votre nourrisson en fonction de la température de la pièce ? ». L'AAP ne s'est cependant pas prononcée sur l'utilisation d'une climatisation par manque d'études dans ce domaine (26). Nous recommandons donc aux parents d'adapter l'habillement du nourrisson en fonction de la température et d'aérer les pièces.

Le taux d'allaitement maternel exclusif observé dans notre étude est supérieur aux résultats observés dans l'étude Epifane. Cette étude menée en France en 2012 sur 3365 nourrissons montrait que 54% des nourrissons étaient allaités à un mois dont 35% exclusivement (37). Nos résultats se rapprochent cependant de l'étude du groupe HUGO retrouvant un taux d'allaitement maternel exclusif de 44,3% (versus 45,7% pour notre étude), mixte de 10,4% (vs 13,3%), et artificiel de 44,2% (vs 41%).

Dans l'étude du groupe HUGO, le taux de « bedsharing » soit de partage du lit parental était de 7,3%. Une différence significative entre les 6 maternités du groupe HUGO existait avec un taux pouvant varier de 4,9% à 10,9% (34). Dans notre étude, nous retrouvons un taux de partage du lit parental de 10,5%. Ce taux plus important est à mettre en corrélation avec un taux d'allaitement artificiel plus faible. En effet l'étude du groupe HUGO a mis en évidence l'effet protecteur de l'allaitement artificiel sur le partage du lit parental (ORa= 0,29 IC 95%[0,23-0,36]) (34). A noter que dans l'étude Epifane, le taux de partage du lit n'a pas été pris en compte (37). Le partage du lit est actuellement un des sujets les plus polémiques sur les conditions de couchage du nourrisson. Ce partage du lit parental semble en augmentation, 26% des MIN surviennent lors d'un partage du lit selon les premières données de l'OMIN en 2016 (38) contre 24,1% dans l'enquête l'INVS de 2007-2009 (4). De nombreuses informations contradictoires circulent sur ce sujet. Cette polémique mis en avant dans les médias tend à immobiliser les efforts de prévention. Le partage du lit semblant être en relation avec l'allaitement, une réflexion doit donc avoir lieu pour promouvoir l'allaitement sans pour autant nuire aux conseils de couchage. Une politique ferme est nécessaire comme l'illustre ce slogan américain : « Sleep, Safe, Alone, Back, Crib, No exceptions⁵ » (24).

Un des autres facteurs de risque marquant de notre étude est le tabagisme. Nous n'avons pas trouvé de données comparables à confronter à notre étude puisque notre question englobait le tabagisme actif et passif des parents pendant et après la grossesse. Ruiz, dans son étude réalisée en 2014 à Poitiers auprès de parents de nourrissons de moins de deux mois, mentionnait que 30% des parents déclaraient être fumeurs (39). Les dernières données officielles en France remontent à 2010, l'INPES à travers son baromètre santé soulignait que 27,5% des femmes ont déclaré être fumeuses au cours de leur grossesse (40). En 2014, le tabagisme passif au domicile concernait 15,6% des non fumeurs (41). La France est le pays Européen présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays présentant des prévalences entre 10 et 15 % (40). Bien que le tabac arrive en quatrième position dans l'information la plus reçue par les parents sur les facteurs de risque de MSN, celle-ci est loin d'être appliquée. Le tabagisme est probablement devenu ces dernières années, le premier facteur de risque de MIN. Les premières données en 2016 de l'observatoire de la mort inattendue du nourrisson (OMIN) le montrent. Le tabagisme anténatal d'un des deux parents est retrouvé dans 50% des cas de MIN (38).

⁵ Dormir seul, en sécurité, sur le dos, dans un lit, sans exceptions

Alors que la loi santé de 2015 prévoit un pictogramme « femme enceinte » sur tous les paquets de cigarettes rappelant le rôle nocif du tabac pendant la grossesse, le rappel du rôle également nocif du tabagisme passif pendant la grossesse et après la naissance est inexistant. Les études le montrent, le tabac est un paramètre difficile à modifier malgré les campagnes de prévention (42). Notre étude le confirme, le taux d'application du facteur « absence de tabac » n'est pas meilleur si l'information a été donnée sur ce facteur. Les campagnes de prévention sur le tabac doivent être repensées afin de faire changer les pratiques sur le tabagisme.

Nous avons fait le choix dans cette étude de ne pas parler des facteurs de prévention tels que l'utilisation d'une gigoteuse et l'absence de tour de lit. Il s'agit cependant de deux facteurs importants mais afin de répondre à une contrainte temps de réponse au questionnaire, nous avons sélectionné les facteurs nous paraissant les plus importants à analyser au détriment cependant d'autres facteurs.

De nombreuses études américaines ont montré l'impact positif du médecin dans l'application des recommandations sur le sommeil sécuritaire (2; 3). Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre « le pourcentage de bonnes pratiques » et l'acteur principal de l'information sur la MSN désigné par les parents. Nous n'avons pas retrouvé non plus de différence significative entre le taux d'application des facteurs de prévention et l'acteur ayant remis l'information. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence entre notre étude et les études américaines. Les populations françaises et américaines sont difficilement comparables dans ces études. Les études américaines présentent une surreprésentation des populations afro-américaines considérées comme un groupe à risque alors que notre étude ne prenait pas en compte l'origine ethnique puisque les statistiques ethniques sont très encadrées en France. Le second facteur pouvant expliquer cette différence de résultats réside dans le profil des professionnels de santé. Aux Etats-Unis, les sages-femmes sont des infirmières spécialisées. En France, les sages-femmes ont une formation bien distincte des infirmières et acquièrent le statut de profession médicale. Les sages-femmes et médecins ont tous deux une formation sur la MSN. De plus, les médias américains continuent de réaliser des campagnes de prévention. Les acteurs de prévention sont donc bien différents. A noter, cependant dans notre étude, un seul acteur devait être sélectionné par les parents pour chaque facteur de prévention. On peut cependant penser que plusieurs acteurs ont pu remettre l'information et que leur rôle a pu être sous-estimé.

Ces résultats nous renvoient à la loi du 4 mars 2002, l'information des parents est l'affaire de tous les professionnels de santé sans distinction entre les médecins et les autres professionnels de santé.

Cependant, un résultat nous interpelle. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative ni entre le « pourcentage de bonnes pratiques » et l'existence d'une information ou non sur la MSN, ni entre le taux d'application et l'information ou non sur le facteur. Cette absence de différence entre les groupes ayant reçu une information et ceux n'ayant pas reçu d'information sur la MSN amène à nous poser la question suivante : « Quelles sont les origines des pratiques des parents n'ayant pas reçu d'information ? ».

Nous pouvons très vraisemblablement évoquer un comportement instinctif définissant l'inconscient collectif (43), témoignant de la bonne intégration dans la population générale de ces messages de santé. Ce résultat est un message fort de la nécessité et de l'importance de campagnes de prévention grand public.

Les parents ne sont pas unanimes sur le type de prévention souhaitée, et ceci est probablement lié à la sensibilité de chacun. Un élément ressort de façon univoque, les parents souhaitent être informés par les professionnels de santé. Le médecin généraliste et le gynéco-obstétricien, très peu représentés dans l'acteur principal de l'information désignée par les parents, reprennent ici toute leur place. La famille et les médias semblaient être le recours des parents à un manque d'information des professionnels de santé avec les risques que cela comporte.

Les attentes des parents concernant les acteurs de la prévention sont plus contrastés entre information unique par la sage-femme ou triple par le trio « sage-femme, auxiliaire puéricultrice, pédiatre ». Cependant la sage-femme garde sa place d'acteur principal, son action doit donc être renforcée. Cinquante et un pourcent des parents souhaitent une information pendant la grossesse, il est donc important de revoir la prévention. La prévention ne doit pas se limiter exclusivement à la maternité.

L'association d'une information orale et d'une information écrite est la forme la plus sollicitée par les parents, ce qui est en accord avec les recommandations actuelles de l'HAS (21).

Alors que la vidéo n'apparaît qu'en troisième position dans le support d'information souhaitée par les parents, 80% des parents pensent que la vidéo « une minute de prévention » du réseau ELENA est une bonne forme de prévention en maternité. Ce souhait des parents est intéressant puisque de nombreuses études américaines ont montré l'impact positif d'une vidéo sur la modification des pratiques de couchage (24). Il est important de prendre en compte les commentaires des parents en fin de questionnaire sur le caractère choquant de la vidéo et suggérant de la passer plutôt pendant la grossesse qu'à la maternité. Les études montrent que les effets d'une intervention sont soutenus dans les 6 premiers mois (44). Il pourrait donc être envisagé de visionner cette vidéo pendant la grossesse, tout en gardant un impact au moment de la naissance du nourrisson sur la mise en place des bonnes pratiques. Le caractère choquant décrit par certains parents soulève la question : Faut-il choquer pour prévenir ? Certaines campagnes de prévention en France, sur le tabagisme ou la sécurité routière par exemple, en ont fait le pari. Cependant, l'objectif ici n'est pas de choquer mais d'expliquer l'importance vitale de dormir sur le dos. De plus, les études montrent qu'un cadrage négatif est plus efficace si la vulnérabilité est forte (25). La modification de position du nourrisson déclarée par les parents en fonction de l'état du nourrisson (coliques, rhume, régurgitation) laisse penser que l'importance vitale de dormir sur le dos n'est pas intégrée. L'électrocardiogramme marquant un arrêt semble être un message clair pour rappeler le risque encouru à dormir dans une position autre que le dos. Cette vidéo présente l'avantage de toucher un large public et notamment les parents ne parlant pas Français.

Alors que 60% des parents rajoutent un matelas dans le lit parapluie, 78,3% souhaitent la présence d'un pictogramme au fond des lits parapluie afin de rappeler aux parents de ne pas rajouter de matelas. Rappelons que l'INVS dans son enquête réalisée entre 2007 et 2009, avait mis en évidence que 19% des MIN survenaient dans un lit parapluie (4). Devant l'augmentation des objets de puériculture non conformes aux sécurités de couchage, comme l'évoquait déjà l'INVS dans son étude, la Direction Générale de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCRF) devrait veiller à la mise sur le marché d'objets de puériculture conformes aux règles de sommeil sécuritaire. Cela serait probablement facilité si des recommandations officielles existaient en France. Ce taux élevé de souhait des parents de rajouter un pictogramme souligne leur besoin d'être informés.

Les principales forces de notre étude sont le lieu de l'étude, le mode de recueil des consentements, la taille de l'échantillon et le taux de participation.

La réalisation de cette enquête au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire est un atout majeur de cette étude. La médecine périnatale se définissant par le caractère pluridisciplinaire de cette discipline, nous avons ainsi pu évaluer le rôle de chaque professionnel de santé dans l'information sur la MIN.

Le nombre de réponses ainsi que le taux de participation montrent que la thématique sur la mort subite du nourrisson a été bien accueillie par les parents. Cela suggère le besoin des parents d'être informés sur les facteurs de la MIN et ce par les professionnels de santé. A noter qu'une seule personne a mentionné « jamais » dans « moment souhaité de l'information ».

L'autre force de cette étude, a été le recueil des consentements par les externes en pharmacie ce qui a permis d'avoir un état des lieux objectif de la situation. Le choix des externes en pharmacie a été fait afin que lors du recueil des consentements des parents aucune information sur les conditions de couchage ne soit remise aux parents pour ne pas créer de biais d'information. La discrétion de cette enquête a pu être assurée pendant toute la durée du recueil de consentement puisqu'aucune des cadres de santé n'a eu d'écho de cette enquête par le personnel de santé. Cette discrétion a permis l'absence de modifications des pratiques du personnel soignant lors de cette étude et donc obtenir un état des lieux réaliste de la situation.

Un des principaux biais de cette étude réside en un biais de sélection lié aux critères de non-inclusions qui exclue les parents n'ayant pas accès à internet ou ne parlant pas Français. L'Inserm rappelle que 2/3 des ménages ont un accès à internet en 2010. Le taux d'équipement en connexion à internet augmentant avec le niveau d'étude (45), ces deux populations de non-inclusions représentent donc un groupe à risque de MIN qu'il aurait été intéressant d'évaluer. Les bonnes pratiques de couchage du nourrisson ont donc pu être surévaluées dans cette étude.

Un biais de mémorisation est également présent, les parents ont du se remémorer les informations qu'on leur avait remises, parfois plusieurs mois auparavant, sur les différents facteurs de prévention de la MIN.

L'une des principales limites est le caractère monocentrique de cette étude. La population de notre étude reflète une surreprésentation du niveau bac+5. En Aquitaine, la part de diplômés de l'enseignement supérieur chez les 25-64 ans (31,2%) est supérieure à la moyenne française (hors île de France : 29,9%) (46). Cette différence ne peut cependant pas expliquer totalement la surreprésentation des Bac+5 de notre étude. L'étude du grand ouest confirme la surreprésentation des diplômés de l'enseignement supérieur de notre étude. Dans l'étude du grand ouest, le niveau d'étude maternel strictement inférieur au bac est de 24,2% (versus 19,03% dans notre étude), Bac à Bac+2 est de 36,7% (vs 33,14%) et strictement supérieure à Bac+2 de 39% (vs 47,83%) (34).

Concernant l'âge de notre population d'étude, les différentes classes d'âge des mères en France selon l'Insee montrent également des différences avec notre étude où nous pouvons constater une sous représentation de la tranche d'âge 18-25 ans et une sur représentation de la classe d'âge 31-35 ans (47).

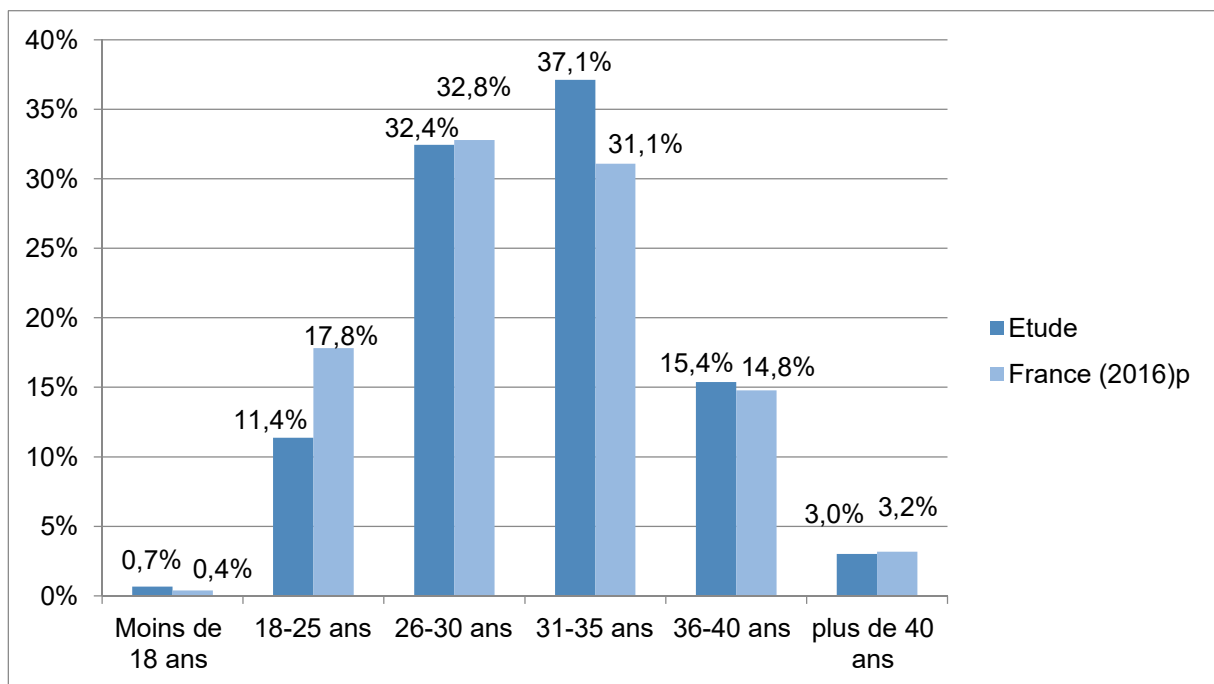


Figure 18 : Comparaison de l'âge des mères de notre étude et en France en 2016(p) (en pourcentage)
p : provisoire données Insee

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,93 en 2016 en France, s'inscrivant dans une baisse, il était de 1,96 en 2015 et de 2 en 2014 (47). Dans notre étude, celui-ci est de $1,78 \pm 0,87$.

Ces données avec une sous représentation des parents de faible niveau d'études et/ou des mères de la classe d'âge 18-25 ans ne permettent pas d'extrapoler nos données hors du CHU de Bordeaux.

Le faible niveau d'études et le jeune âge maternel constituant deux groupes à risque de MSN, les bonnes pratiques de couchage des nourrissons ont pu être surévaluées.

Une étude multicentrique nous aurait probablement permis d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population générale, mais cela n'a pas été possible pour des raisons organisationnelles.

Une autre limite de cette étude est principalement liée aux modes de recueils des informations. Le questionnaire se base sur des réponses déclaratives des parents qui peuvent être sur ou sous évaluées par la peur du jugement. L'utilisation d'un questionnaire web a permis probablement de diminuer cette peur du jugement, par rapport à un recueil téléphonique ou lors d'un entretien. Une autre limite de ce travail est liée à l'utilisation de questions fermées pour la grande majorité des questions afin d'une part de répondre à la contrainte du temps de réponse au questionnaire (souvent demandé par les parents) mais également pour une analyse simplifiée des résultats. Ceci a pu limiter l'obtention de précisions ou nuances parfois importantes à prendre en compte dans l'analyse des données.

Ce travail nous permet d'élaborer un projet de prévention afin d'améliorer l'information des parents.

La prévention doit commencer en amont de la maternité par les médecins libéraux et sages-femmes avec la mise à disposition du fascicule « les règles d'or de ma première année de vie » et d'affiches de prévention dans les salles d'attente. Le dialogue avec le professionnel de santé pourra ainsi être initié avant et pendant la grossesse comme souhaité par les parents et se poursuivre après la naissance du nourrisson.

Une campagne de prévention pourrait être menée au CHU de Bordeaux comportant la diffusion de la vidéo « une minute de prévention » dans les salles d'attente des consultations de gynéco-obstétrique ainsi que lors des cours de préparation à l'accouchement. La diffusion de cette vidéo ne peut se limiter qu'au cours de préparation à la naissance puisque l'enquête nationale périnatale de 2010 estime que seulement 48% des mères y participent (48). La diffusion de cette vidéo « une minute de prévention » du réseau ELENA aurait pour objectif de débiter l'information sur la MSN pendant la grossesse (souhaitée par 50% des parents) et permettrait l'initiation du dialogue avec les sages-femmes ou gynéco-obstétricien lors des consultations d'obstétrique. Une prévention renforcée par les trois principaux acteurs souhaités par les parents « sage-femme, auxiliaire puéricultrice et pédiatre » pourrait être mise en place à la maternité en associant à une information orale, la remise et l'explication du fascicule « les règles d'or de ma première année de vie ». Une attention particulière devra être prêtée à la présence du père lors de cette information.

Ce projet d'un faible coût de mise en pratique, les affiches et fascicules étant distribués gratuitement par l'association « Naître et Vivre », semble tout à fait réalisable.

L'évaluation de cette campagne de prévention réalisée au CHU de Bordeaux pourrait faire l'objet d'une étude 6 à 12 mois après l'initiation du programme. En utilisant la même méthodologie, l'étude permettrait d'évaluer l'action de cette campagne sur l'évolution des pratiques de couchage des nourrissons et d'étudier quels facteurs ont été plus particulièrement impactés par ce type de prévention.

Cependant comme nous le rappelle si justement une mère dans cette étude sur les pratiques de couchage non conforme de sa belle-mère, l'information des parents ne suffit pas. L'information doit être accessible à toute personne ayant la garde d'un enfant. Ceci nous renvoie au modèle de Grol cité précédemment où une prévention à un seul niveau ne suffit pas pour faire changer les pratiques. Le gouvernement doit donc prendre ses responsabilités afin que la prévention soit accessible à tous en réalisant une campagne grand public qui semble être la politique souhaitée par le gouvernement actuel.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence une information non optimale des parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson. Ce défaut d'information soulève le problème des inégalités sociales de santé. En effet, un jeune âge et/ou un faible niveau d'étude des parents semblent être un frein à l'accès à la prévention sur la MIN.

Les bonnes pratiques de couchage et d'environnement du nourrisson ne sont pas parfaitement intégrées par les parents révélant deux problématiques majeures : « le partage du lit parental » et « le tabagisme parental ».

Les attentes des parents concernant la prévention est univoque, ils souhaitent être informés et ce par les professionnels de santé dont l'acteur principal serait la sage-femme. L'association d'une forme orale et écrite est la forme la plus sollicitée par les parents.

Cependant, l'information ne semble pas à elle seule conditionner les bonnes pratiques. Un comportement instinctif lié à un inconscient collectif semble jouer un rôle dans l'adoption des bonnes pratiques de couchage du nourrisson. Ceci nous permettant d'émettre l'hypothèse de la bonne circulation dans la population générale de ces messages de santé et donc de l'intérêt d'une campagne de prévention grand public.

Le changement de comportement concernant un sommeil en toute sécurité du nourrisson ne peut se jouer qu'à un seul niveau, tel que l'illustre le modèle de Grol. Une action coordonnée des professionnels de santé et du gouvernement doit être mise en place afin de permettre à tous d'accéder à la prévention.

« La révolution de la prévention et l'accès à la santé pour tous » constituent deux des mesures phares en matière de santé du gouvernement actuel. La prévention de la MIN doit être de nouveau réfléchi afin de rendre l'information innovante et attrayante pour avoir un réel impact.

BIBLIOGRAPHIE

1. Briand-Huchet E. *La mort inattendue du nourrisson. La Revue du Praticien - Médecine Générale.* 2014;921:386-387.
2. Von Kohorn I, Corwin M, Rybin D, Heeren T, Lister G, Colson E. Influence of prior advice and beliefs of mothers on infant sleep position. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(4):363-369.
3. Willinger M, Ko C, Hoffman H, Kessler R, Corwin M. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998 : the National Infant Sleep Position Study. *JAMA.* 2000;286:2135-2142.
4. Bloch J, Denis P, Jezewski-Terra D. *Les morts inattendues du nourrisson de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. Institut national de veille sanitaire.* 2011 [en ligne]
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf. Consulté le 10/8/17.
5. Beckwith JB. *Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157(3):286-290.
6. HAS. *Haute autorité de santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations professionnelles.* 2007. [en ligne]
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf. Consulté le 10/7/2017.
7. CépiDc. *Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Inserm.* 2014 [en ligne]
<http://www.cepidc.inserm.fr>. Consulté le 28/07/2017.
8. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J. *Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an? Etude auprès des parquets.* Cermes. 2005,p101.
9. Kinney H, Thach B. *The sudden infant death syndrome. N Engl J Med.* 2009;361:795-805.
10. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet.* 2004;363(9404):185-191.
11. Fleming P, Blair P, Pease A. Sudden unexpected death in infancy: aetiology, pathophysiology, epidemiology and prevention in 2015. *Arch Dis Child.* 2015;100(10):984-988.
12. Blair P, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith E, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ.* 2009;339:3666.

13. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell E, Tappin D, Vennemann M, Smuk M, Carpenter J. 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*. 2013;3(5):e002299.
14. Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, van Sleuwen B, Engelberts A, L'Hoir M, et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatric*.2011;170(10):1281-1291.
15. Iyasu S, Randall L, Welty T, Hsia J, Kinney H, Mandell F, Willinger M. Risk factors for sudden infant death syndrome among northern plains Indians. *Jama*. 2002;288(21):2717-2723.
16. Hauck F, Thompson J, Tanabe K, Moon R, Vennemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-110.
17. Vennemann M, Höffgen M, Bajanowski T, Hense H, Mitchell E. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine*. 2007;25(26):4875-4879.
18. Article L1111-2 du code de santé publique .
19. Article 35 du code de déontologie médicale.
20. Code de santé publique. Quatrième partie. Professionnels de santé.
21. HAS. Haute autorité de santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandation de bonne pratique.2012 [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf. Consulté le 31/8/2017.
22. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant. 25 mai 2016[en ligne] <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>[consulté le 11/8/17].
23. Grol R, Wensing M. What drives change ? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(6):57-60.
24. Moon R, Hauck F, Colson E. Safe infant sleep interventions: what is the evidence for successful behavior change.*Curr Pediatr Rev*. 2016;12(1):67-75.
25. Meyer T, Delhomme P. Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé. *Santé publique*. 2000;12(2):133-147.
26. AAP. American Academy of Pediatrics. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and othersleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162938.

27. Doyon Q. Mort subite du nourrisson : enquête des pratiques auprès des professionnels de santé des PMI et pédiatres libéraux de Nantes et son agglomération et des familles consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes. Thèse de médecine. *Université de Nantes*;2016,44 p.
28. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P, Grignon M, Jusot F, Lavis J. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé. *et le rôle du système de santé. Questions d'économie de la santé*.2005;92:1-5.
29. Potvin L, Moquet M, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES. Saint-Denis : Santé en action; 2010, 380 p.
30. Hiley C, Morley C. What do mothers remember about the "back to sleep" campaign? *Arch Dis Child*. 1995;73(6):496-497.
31. Joyner B, Gill-Bailey C, Moon R. Infant sleep environments depicted in magazines targeted to women of childbearing age. *Pediatrics*. 2009;124(3):416-422.
32. Chung M, Oden R, Joyner B, Sims A, Moon R. Safe infant sleep recommendations on the internet : let's google it. *J Pediatr*. 2012;161(6):1080-1084.
33. Mitchell EA, Cowan S, Tipene-Leach D. The recent fall in postperinatal mortality in New Zealand and the Safe Sleep programme. *Acta Paediatr*. 2016;105(11):1312-1320.
34. Barrière F, Godon N, Boscher C, Gras-Le Guen C, Rozé J. Modalités de couchage des nourrissons de un mois, nés dans les maternités universitaires du grand ouest. 3ème congrès national de l'ANCRéMIN. 25 septembre 2015; Nantes.
35. Hutchison B, Thompson J, Mitchell E. Infant care practices related to sudden unexpected death in infancy: a 2013 survey. *N Z Med J*. 2015;128(1408):15-22.
36. Fara N. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques. Mémoire sage-femme. Université Lyon sud;2016,61 p.
37. Salavane B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2012;34:383-387.
38. Levieux K, Hanf M, De Visme S, Jarry B, Ferrand L, Gras Le Guen. Observatoire Mort Inattendue du Nourrisson Premiers résultats. 4ème congrès national de l'ANCRéMIN. 24 septembre 2016 ; Nice.
39. Ruiz E. Etat des lieux de l'application des recommandations dans la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson chez les parents et les professionnels de la petite enfance dans le département des Deux-Sèvres. Thèse de médecine. Université Poitiers.2014. ,61p.

40. Guignard R, Beck F, Richard J, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France: analyse de l'enquête Baromètre Santé 2010. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 2013,56 p. [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>. Consulté le 12/9/17.
41. Guignard R, Beck F, Richard J, Wilquin J, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*. 2015;31:6 p.[en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>. Consulté le 12/09/17.
42. Hill S, Hjelmeland B, Johannessen N, Irgens L, Skjaerven R. Changes in parental risk behaviour after an information campaign against sudden infant death syndrome (SIDS) in Norway. *Acta Paediatrica*. 2004;93(2):250-254.
43. Duclos A. Sociologie de l'inconscient collectif: comment rendre des comptes au sens commun. *Revue du MAUSS permanente*. 2010;6.
44. Moon R, Oden R, Grady K. Back to Sleep: an educational intervention with women, infants, and children program clients. *Pediatrics*. 2004;113(3):542-547.
45. Gombault V. Deux ménages sur trois disposent d'Internet chez eux. *Insee Première*. 2011;1340 [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281218> Consulté le 14/09/17.
46. Pujol S. Insee Analyses Midi Pyrénées. Midi-Pyrénées, une région très diplômée. 2015;21:4p [en ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288222#tableau-Figure_1. Consulté le 28/08/17.
47. INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2016. [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#consulter-sommaire>. Consulté le 20/09/17.
48. INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale 2010. [en ligne] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf . Consulté le 28/09/17.

ANNEXES

Annexe1: Recommendations de l'Association Américaine de Pédiatrie 2016:« SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment ».

A-level recommendations :

- Back to sleep for every sleep.
- Use a firm sleep surface.
- Breastfeeding is recommended.
- Room-sharing with the infant on a separate sleep surface is recommended.
- Keep soft objects and loose bedding away from the infant's sleep area.
- Consider offering a pacifier at naptime and bedtime.
- Avoid smoke exposure during pregnancy and after birth.
- Avoid alcohol and illicit drug use during pregnancy and after birth.
- Avoid overheating.
- Pregnant women should seek and obtain regular prenatal care.
- Infants should be immunized in accordance with AAP and CDC recommendations.
- Do not use home cardiorespiratory monitors as a strategy to reduce the risk of SIDS.
- Health care providers, staff in newborn nurseries and NICUs, and child care providers should endorse and model the SIDS risk-reduction recommendations from birth.
- Media and manufacturers should follow safe sleep guidelines in their messaging and advertising.
- Continue the « Safe to sleep » campaign, focusing on ways to reduce the risk of all sleep-related infant deaths, including SIDS, suffocation, and other unintentional deaths. Pediatricians and other primary care providers should actively participate in this campaign.

B-level recommendations :

- Avoid the use of commercial devices that are inconsistent with safe sleep recommendations.
- Supervised, awake tummy time is recommended to facilitate development and to minimize development of positional plagiocephaly

C-level recommendations :

- Continue research and surveillance on the risk factors, causes, and pathophysiologic mechanisms of SIDS and other sleep-related infant deaths, with the ultimate goal of eliminating these deaths entirely
- There is no evidence to recommend swaddling as a strategy to reduce the risk of SIDS.

Annexe 2 : Fascicule « les règles d'or de ma première année » de l'association Naître et Vivre.

PROTÉGEZ-MOI

DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

PROTÉGEZ MA SANTÉ

EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

PROTÉGEZ-MOI !

DORMIR SUR LE DOS NE FAVORISE PAS L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE À CONDITION QUE JE SOIS LIBRE DE TOUS MES MOUVEMENTS.

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

- Je suis installé à plat sur une surface ferme (tapis d'éveil, parc). Mes jouets sont disposés autour de moi.
- J'aime découvrir par moi-même.
- J'aime être avec vous.

Si j'ai tendance à tourner la tête toujours du même côté quand je suis éveillé, attirez mon attention du côté opposé.

Je ne suis pas dans une coque (sauf pour le transport) ni dans un pouf ou un cocon car je ne bouge pas librement.



FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

Le tabac augmente les risques d'infections, d'asthme et de mort inattendue du nourrisson.

PROTÉGEZ-MOI DES INFECTIONS

- Avant de vous occuper de moi, lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.
- Évitez de me mettre en contact avec des personnes malades.
- Je suis sensible aux microbes, évitez de m'amener dans les lieux publics très fréquentés, surtout en période hivernale.
- Mes vaccins doivent être à jour tout comme ceux des membres de ma famille (fratrie, parents, grands-parents...) et ceux des personnes qui me gardent.

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

- Je ne me comporte pas comme d'habitude.
- J'ai une température supérieure à 38°C ou inférieure à 36°C (pour les nourrissons de moins de 3 mois).
- Je suis gêné pour respirer même après m'avoir nettoyé le nez.
- Je vomis.
- J'ai des selles fréquentes, abondantes et liquides.



SAMU 15
ou 112 par téléphone portable



Les règles d'or
de ma première année

Illustrations : P. Delesse - mise en page : Direction de la communication - CHU de Montpellier - G. Rauger - 07/15







web



www.chu-montpellier.fr / Naître et Vivre : 01 47 23 05 08 • www.naitre-et-vivre.org







PROTÉGEZ-MOI

TOUT AU LONG DE MA JOURNÉE

NE ME LAISSEZ JAMAIS SEUL

- Sur ma table à langer (**risque de chute**).
- Dans mon bain (**risque de noyade**).
- Dans une pièce avec un animal même familier.
- Dans la voiture.
- Sous la surveillance d'un autre enfant.

L'«écoute bébé» ne remplace jamais la présence des adultes.



SOYEZ ATTENTIF

- Ne me laissez pas boire seul mon biberon (**risque de fausse route**).
- Protégez moi du soleil, je risque de me déshydrater et de prendre des coups de soleil.
- Évitez les chaînes et colliers autour de mon cou, ainsi que les attaches sucette pendant mon sommeil (**risque d'étranglement**).
- N'utilisez pas le trotteur (**risque de chute ou autres traumatismes**).

NE ME SECOUEZ PAS

Parfois mes pleurs deviennent difficiles à supporter. Demandez alors de l'aide (famille, amis, médecin traitant, PMI, urgences). Évitez de crier et surtout ne me secouez pas (**risque de décès ou de handicap à vie**).



PROTÉGEZ-MOI

LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

Je suis mieux dans un landau, puis dans une poussette en fonction de mon âge, sous le regard de mes parents.



POUR LE TRANSPORT EN VOITURE

Je dois être attaché :

- Soit dans un siège auto adapté à mon âge.
- Soit dans une nacelle.

La coque est un moyen de transport et non un lieu de sommeil (**risque de malaise et d'aplatissement de la tête**).

www.securite-routiere.gouv.fr



EN ÉCHARPE OU PORTE BÉBÉ

Ma tête, mon nez et ma bouche sont bien dégagés et à l'air libre.

- Je suis en position verticale, la tête soutenue.



PROTÉGEZ MON SOMMEIL

EN PRÉVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

DÈS LA NAISSANCE, JE DORS UNIQUEMENT SUR LE DOS TANT QUE JE NE ME RETOURNE PAS TOUT SEUL

- Jamais sur le ventre (**risque d'asphyxie**), ni sur le côté (**risque de basculer sur le ventre**), bien à plat dans une turbulette à ma taille et adaptée à la saison.

Si je supporte mal la position sur le dos pour dormir, mes parents doivent en discuter avec mon médecin.



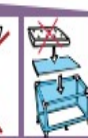
JE DORS DANS MON LIT DE BÉBÉ, RIGIDE À BARREAUX

- Sur un matelas ferme, aux dimensions du lit, sans tour de lit, pour ne pas risquer de m'étouffer.
- Si je dors dans un lit parapluie, de façon occasionnelle, ne jamais rajouter de matelas, car je risque de me coincer.

JE DORS SEUL DANS MON LIT

- Jamais dans le lit de mes parents même quand je suis malade (**risque d'étouffement**).
- Je dors dans la même pièce que mes parents pendant mes 6 premiers mois.
- Je suis en sécurité : sans cale-tête, cale bébé, oreiller, coussin, cocon, peluches, couverture, chaîne, collier d'ambre, ou autre objet (**risque de gêner ma respiration**).

L'HIVER, JE DORS DANS UNE PIÈCE ENTRE 18 ET 20°C. QUAND IL FAIT CHAUD, ON ME DÉCOUVRE.

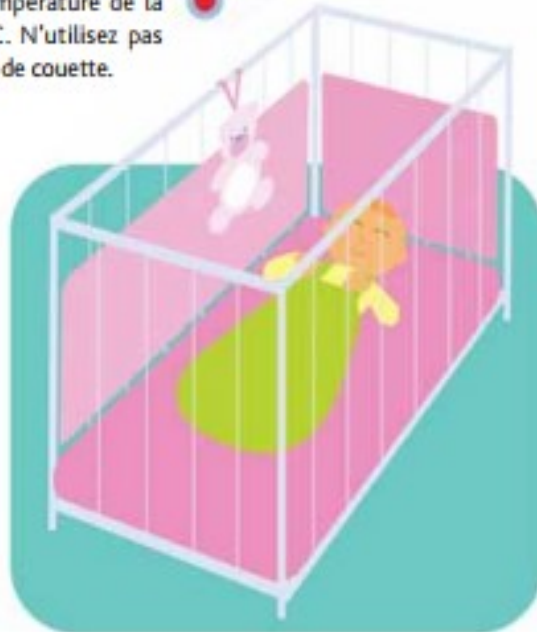


Sommeil

Couchez votre bébé sur le dos, dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « turbulette » ou « gigoteuse » adaptée à sa taille. La température de la chambre doit être à 19°C. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture ou de couette.



Ne le couvrez pas trop.



Couchez votre bébé sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté, seul dans son lit.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé.
Le tabac est dangereux.

Respecter ces conseils permet de réduire au maximum le risque de mort subite du nourrisson.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

Ne l'habituez pas à s'endormir avec son biberon.

4: Barriers to and incentives for change at different levels of healthcare

Level	Barriers/incentives
Innovation	Advantages in practice, feasibility, credibility, accessibility, attractiveness
Individual professional	Awareness, knowledge, attitude, motivation to change, behavioural routines
Patient	Knowledge, skills, attitude, compliance
Social context	Opinion of colleagues, culture of the network, collaboration, leadership
Organisational context	Organisation of care processes, staff, capacities, resources, structures
Economic and political context	Financial arrangements, regulations, policies

Annexe 5 :



Chers parents,

Afin d'améliorer l'information transmise aux parents sur les conditions de couchage idéal pour votre bébé, le CHU de Bordeaux réalise une enquête auprès des parents.

Cette étude consiste à étudier l'information que l'on vous a remise sur les pratiques de puériculture concernant le couchage de votre bébé pour un sommeil en toute sécurité. Ce questionnaire est aussi l'occasion de vous interroger sur la façon d'améliorer cette prévention en fonction de vos attentes.

Afin d'y répondre, je me permettrai de vous envoyer un questionnaire par mail dans 1 mois, avec un rappel téléphonique au bout de 15 jours en l'absence de réponse.

Date de naissance de votre bébé :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Je me tiendrai à votre disposition à la suite de ce questionnaire afin de répondre aux questions qui pourraient en découler.

Conformément à la loi, cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés. Vous bénéficiez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de retrait des données vous concernant, par l'intermédiaire du médecin investigateur.

Sarah LEVEAU

Interne en médecine générale

Sous la direction du médecin investigateur Docteur Olivier TANDONNET

Pédiatre, responsable de l'unité de soins intensifs néonataux

CHU Bordeaux

Annexe 6 :

	Service	Questionnaire remis	Questionnaire récupéré	Refus

Annexe 7 : Email envoyé aux parents.



Chers parents,

Vous avez accepté de participer à l'enquête réalisée par le CHU de Bordeaux sur les conditions de couchage idéal pour votre bébé.

Cette enquête a pour objectif d'évaluer l'information remise sur les pratiques de puériculture concernant le couchage du nourrisson. Ce questionnaire sera aussi l'occasion de vous apporter des conseils sur les bonnes pratiques à adopter pour un sommeil de votre nourrisson en toute sécurité.

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à cette étude et reste à votre entière disposition pour toute question ou renseignement.

Sarah LEVEAU

Interne en médecine générale

Sous la direction du Docteur Olivier TANDONNET

Pédiatre, responsable de l'unité de soins intensifs néonataux

CHU Bordeaux

Conformément à la loi, cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés. Vous bénéficiez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de retrait des données vous concernant, par l'intermédiaire du médecin investigateur.

Annexe 8 : Questionnaire

Partie 1 :

1) Quel est votre sexe ?

- Homme
- Femme

2) Quel est votre âge ?

- Moins de 18 ans
- 18-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- Plus de 40 ans

3) Combien d'enfants avez-vous ? (réponse libre)

4) Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- CAP / BEP (autres diplômes technologiques)
- BAC (général, pro et technologique)
- BAC +2 (BTS, DUT ...)
- BAC +3/4(licence, maîtrise)
- BAC +5 (master, école d'ingénieur...)
- BAC +8 (doctorat)

Partie 2 : Pratiques de couchage du nourrisson

1) Quelle est la position de couchage de votre bébé ? (une seule réponse)

- Sur le dos
- Sur le côté
- Sur le ventre
- Cela dépend

2) Dans quelles conditions dort votre bébé ? (une seule réponse)

- Dans son lit et dans sa chambre
- Dans son lit et dans la chambre parentale
- Dans votre lit dans la chambre parentale
- Autre :

3) Modifiez-vous la position de couchage si votre bébé a un rhume ou touse (mis sur le côté, sur le ventre, ajout d'un coussin ... ?)

- Oui
- Non

- 4) Des peluches sont-elles présentes dans le lit de votre bébé ?
- Oui
 - Non
- 5) Le matelas du lit du nourrisson est-il ...?
- Ferme et adapté au lit
 - Ferme et de taille différente du lit
 - Mou et adapté au lit
 - Mou et de taille différente du lit
- 6) Si vous utilisez un lit parapluie, ajoutez-vous un matelas ? (réponse non obligatoire)
- Oui
 - Non
- 7) Quelle est la température de la pièce où dort votre bébé ? (une seule réponse)
- Moins de 18 degrés
 - Entre 18 et 20 degrés
 - Plus de 20 degrés
- 8) Votre bébé utilise-t-il une tétine ?
- Oui
 - Non
- 9) Avez-vous prévu de faire vacciner votre bébé ?
- Oui
 - Non
- 10) Allaitiez-vous votre bébé ?
- Oui
 - Non
 - Allaitement mixte
- 11) Est-ce que vous ou votre conjoint(e) fumez ou avez fumé pendant la grossesse ?
- Oui
 - Non
- 12) Est-ce que vous consommez ou avez consommé de l'alcool pendant la grossesse ?
- Oui
 - Non

Partie 3 : Information des parents

Information :

Des facteurs de prévention simples et efficaces tels que le mode de couchage, l'allaitement, l'absence de tabac permettent de réduire le risque de mort subite du nourrisson.

1) Avez-vous reçu une information concernant les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson ou sur les conditions idéales de couchage de votre bébé ?

- Oui
- Non

2) Si oui, quand avez-vous reçu l'information ? (plusieurs réponses possibles)

- Avant la grossesse
- Cours de préparation à l'accouchement
- Pendant la grossesse
- A la maternité
- Après la sortie de la maternité

3) Indiquez pour chacun de ces facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson, par qui vous avez été informé ? (si l'information n'a pas été reçue, ne cochez pas la ligne)

	Pédiatre	Médecin généraliste	Gynéco-obstétricien	Auxiliaire puéricultrice	Sage-femme	Famille/Amis	Média/Internet	Carnet de santé
Dormir sur le dos								
Utiliser un matelas ferme								
Favoriser l'allaitement								
Partage de la même chambre mais dans lit séparé								
Enlever objets volumineux du lit du bébé								
Utilisation tétine								
Ne pas fumer, ni consommer alcool pendant et après grossesse								
Température pièce 18 et 20 degrés								
Vacciner votre bébé								
Autres								

- 4) Si vous avez coché « autres », merci de préciser quelle était l'information reçue et la personne ayant remis l'information ? (réponse libre)
- 5) Qui a été selon vous, l'acteur principal de cette information sur les facteurs de prévention de la mort subite du nourrisson ? (une seule réponse)
- Pédiatre
 - Médecin généraliste
 - Gynéco-obstétricien
 - Puéricultrice ou auxiliaire puéricultrice
 - Sage-femme
 - Famille / Amis
 - Média / Internet
 - Carnet de santé
- 6) Pensez-vous que les recommandations données manquaient d'explications ?
- Oui
 - Non

Partie 4 : Améliorer la prévention

- 1) A quel moment seriez-vous plus réceptif et prêt à recevoir l'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson ? (plusieurs réponses possibles)
- Avant la grossesse
 - Pendant la grossesse
 - A la maternité
 - Autres :
- 2) Par qui souhaiteriez-vous la recevoir ? (plusieurs réponses possibles)
- Gynéco-obstétricien
 - Pédiatre
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Auxiliaire puéricultrice ou puéricultrice
 - Média / Internet
 - Gouvernement, avec une campagne de prévention nationale
 - Autres :
- 3) Sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)
- Information orale
 - Sous forme papier
 - Sous forme de vidéo éducative
 - Sous forme de campagne publicitaire à la télévision ou panneau publicitaire
 - Séances d'éducation de groupe

- 4) Pensez-vous qu'un pictogramme ou un bandeau rouge d'alerte au fond des lits parapluie serait un moyen efficace pour rappeler aux parents de ne pas rajouter de matelas dans un lit parapluie ?
- Oui
 - Non
- 5) Un pack de naissance associant une gigoteuse avec marqué « je dors sur le dos » et une tétine, vous semble-t-il un mode de prévention intéressant ?
- Oui
 - Non
- 6) Cliquez sur la vidéo « une minute de prévention » par le réseau ELENA
<https://youtu.be/jbBUQ-uvIRU>
- 7) La diffusion systématique de cette vidéo lors de votre séjour en maternité vous semble-t-elle une bonne forme de prévention ?
- Oui
 - Non
- 8) Cliquez sur le lien de l'association naître et vivre :
www.naitre-et-vivre.org/wp-content/uploads/2015/09/brochuremortsbitenourrisson_A4.pdf
- 9) Selon vous, quel est le support le plus parlant ?
- La vidéo
 - Le lien
 - Les deux apportent une information
 - Aucun
- 10) Ces supports vont-ils modifier vos pratiques ?
- Oui
 - Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire sur les conditions de couchage du nourrisson.

N'hésitez pas à me faire part de vos remarques, questions ou suggestions concernant ce questionnaire et/ou les conditions de couchage

Ce questionnaire peut être source de questionnements, n'hésitez pas à me contacter pour toutes vos questions par mail : sarahleveau@gmail.com ou d'en discuter avec un professionnel de santé.

Annexe 9 : Sous-population âge et sexe

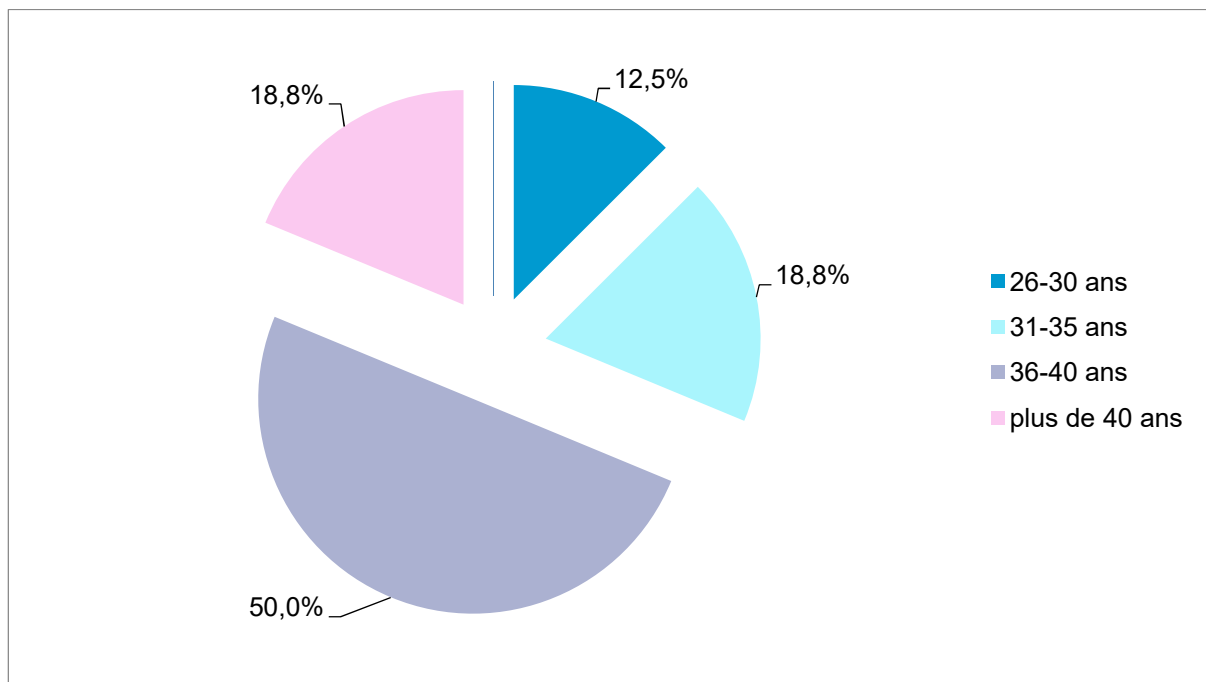


Figure 19 : Age des pères

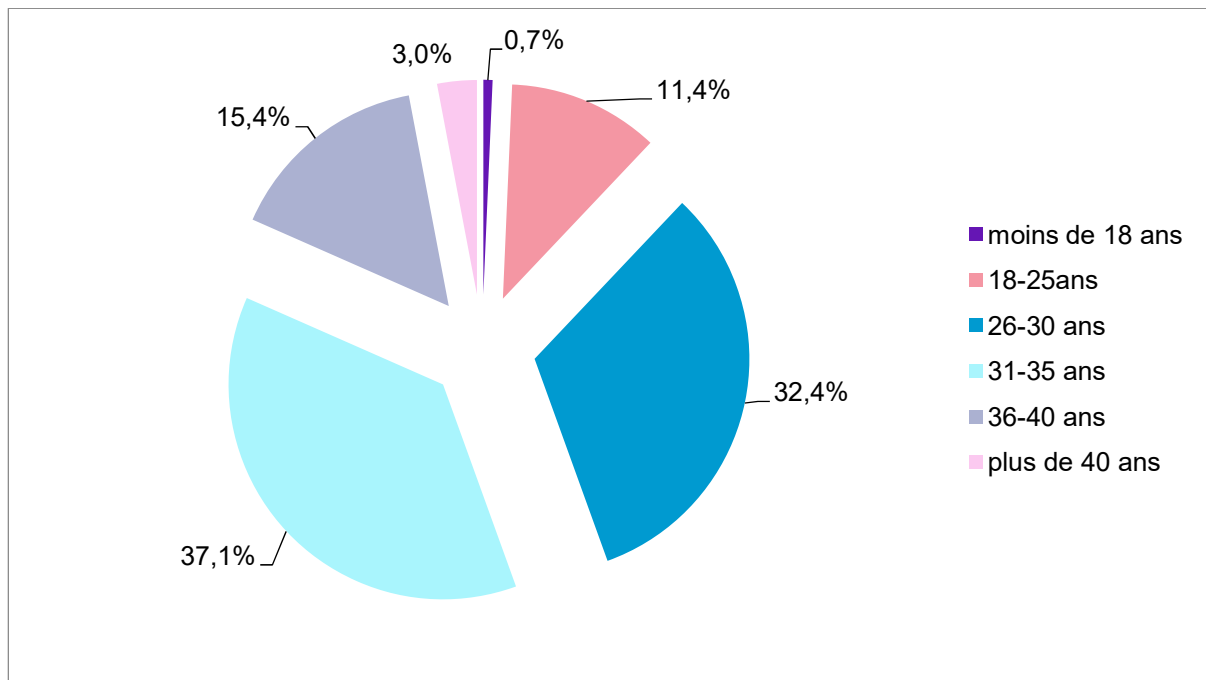


Figure 20 : Age des mères

- Sous population niveau d'études

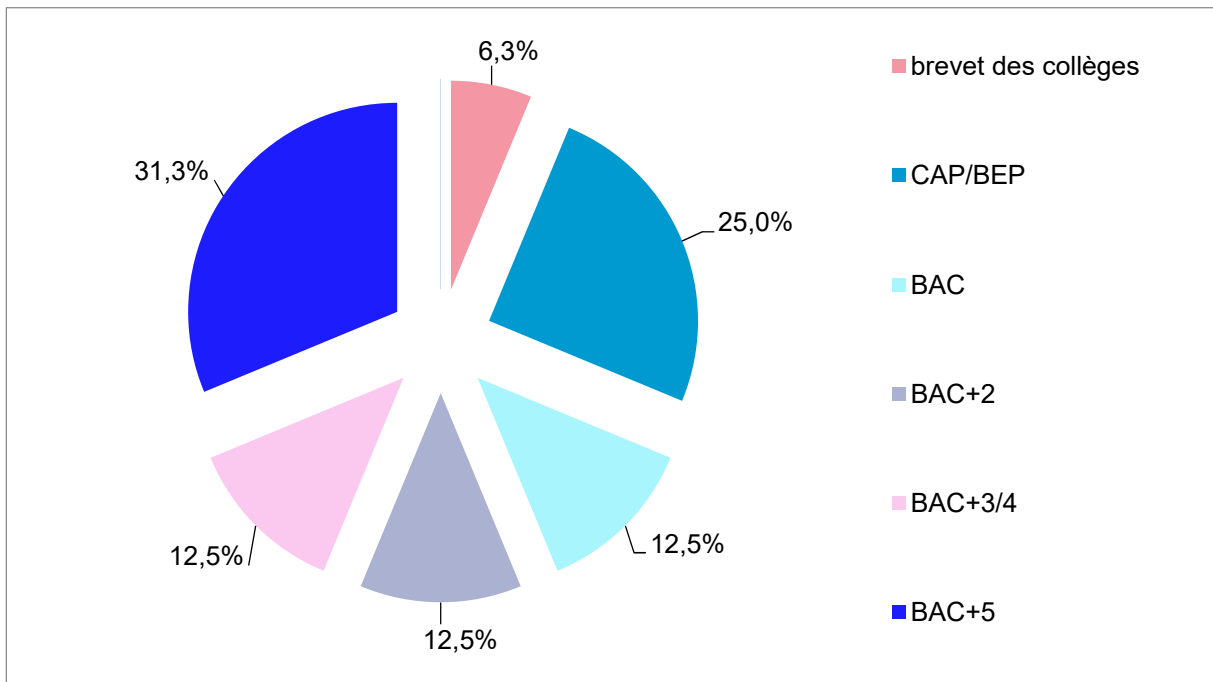


Figure 21 : Niveau d'études population hommes

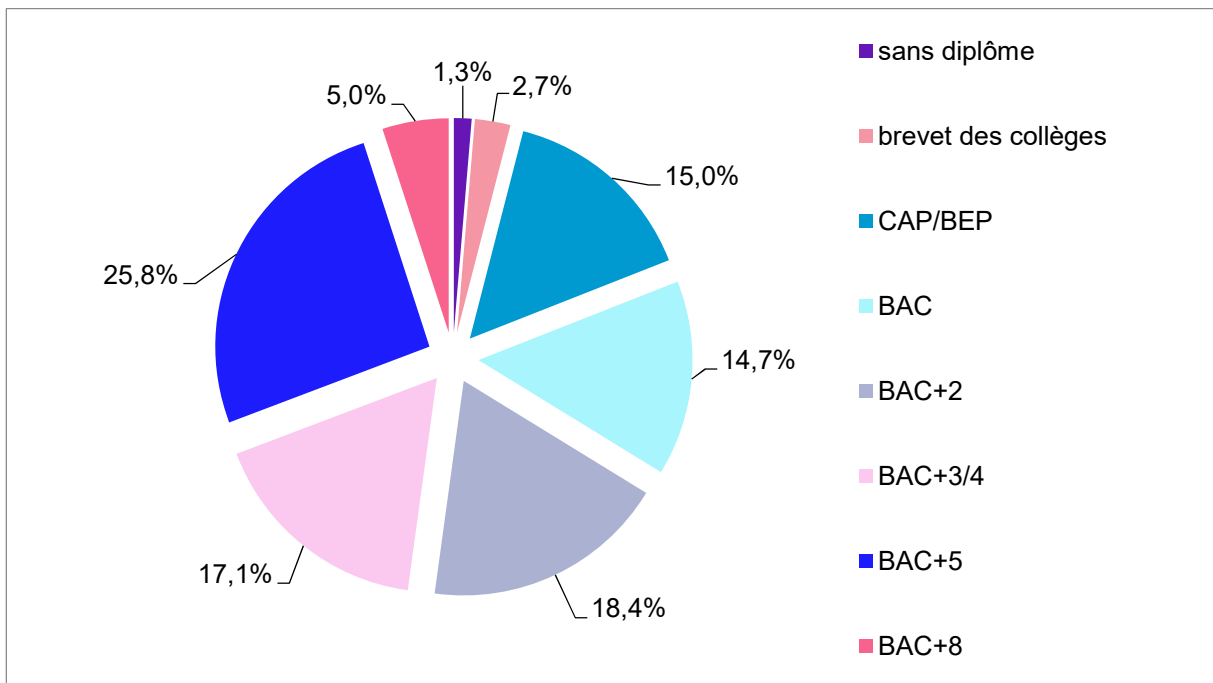


Figure 22 : Niveau d'études population femmes

Annexe 10 :

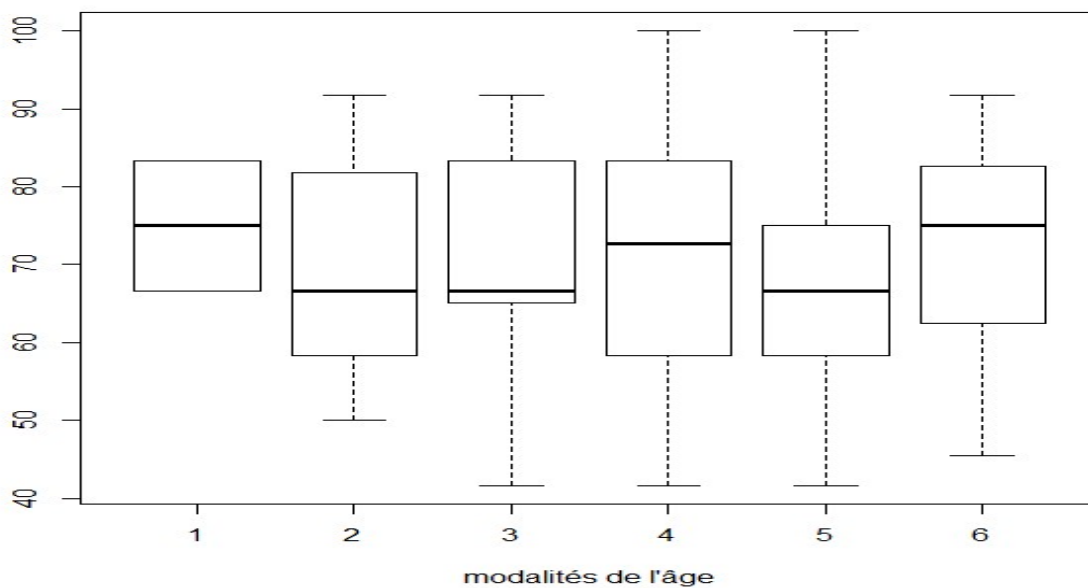


Figure 23 : Influence de la classe d'âge sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.
1 : Moins de 18ans, 2 : 18-25ans, 3 :26-30ans, 4 : 31-35ans, 5 : 36-40ans, 6 : plus de 40ans

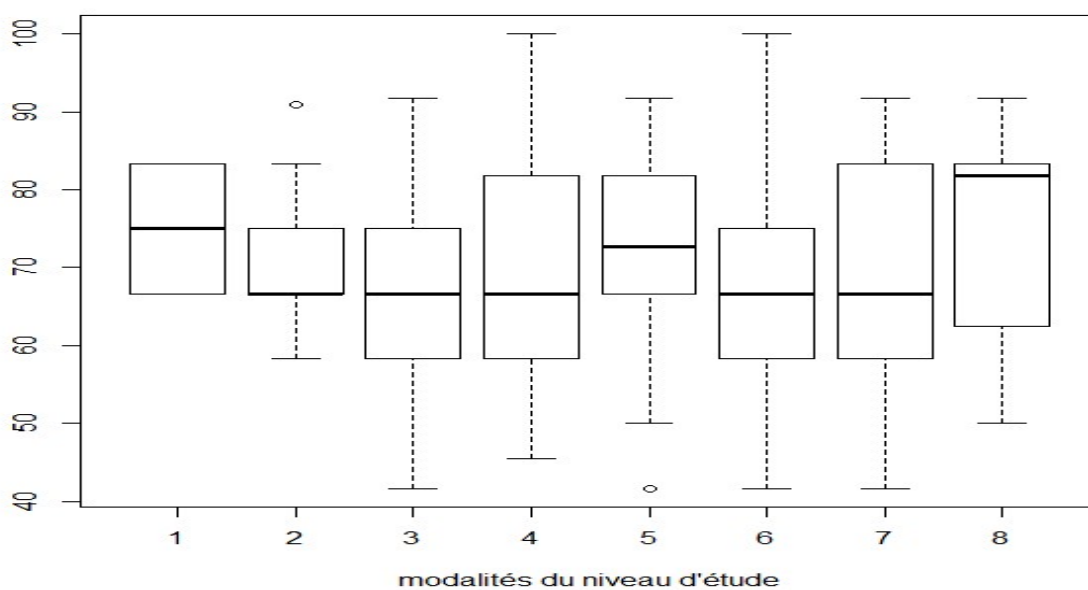


Figure 24 : Influence du niveau d'étude sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.
1 : Sans diplôme, 2 : Brevet des collèges, 3 : CAP/BEP, 4 : BAC, 5 : BAC+2, 6 : BAC+3/4, 7 : BAC+5, 8 : BAC+8.

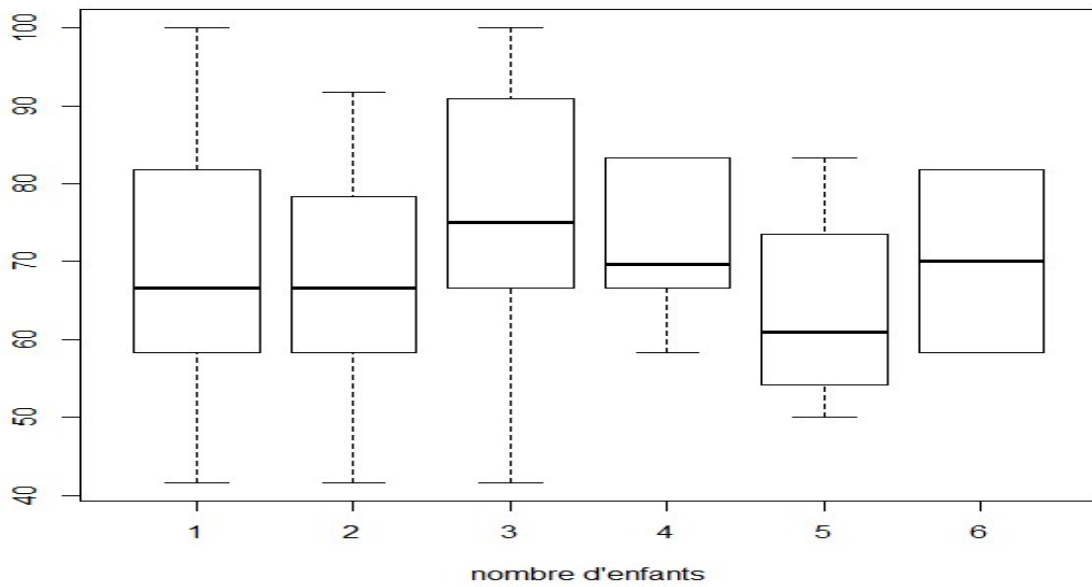


Figure 25 : Influence du nombre d'enfant sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents

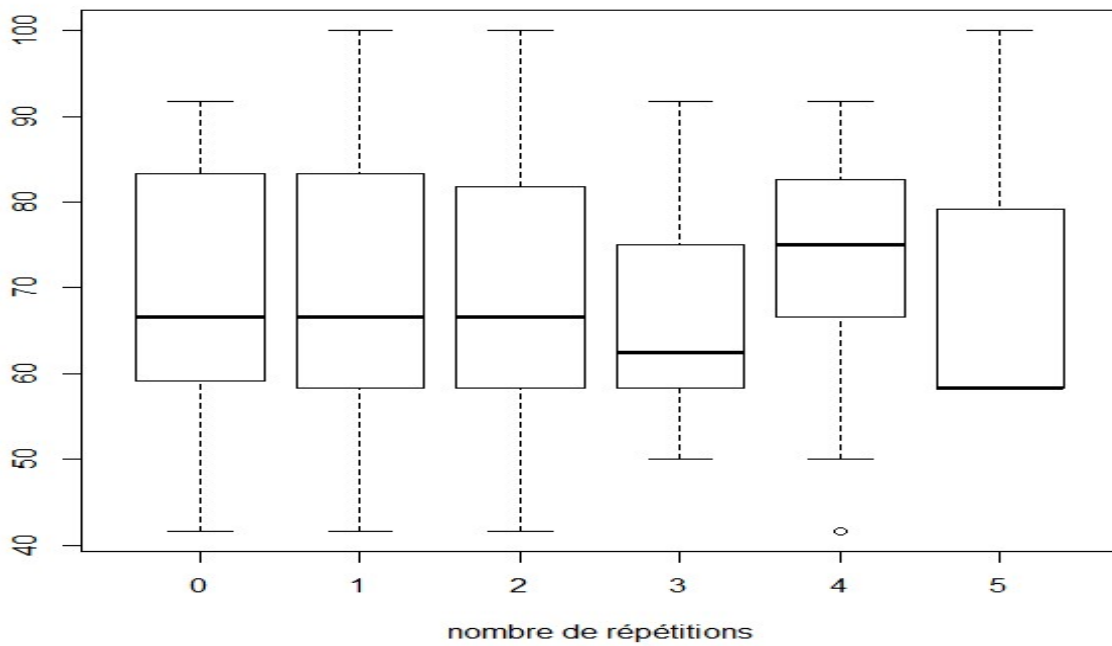


Figure 26 : Influence du nombre de répétition de l'information sur le « pourcentage de bonnes pratiques » des parents.
 Nombre de répétitions parmi les cinq moments d'information sur la MSN : avant la grossesse, pendant la grossesse, cours de préparation à la grossesse, à la maternité.

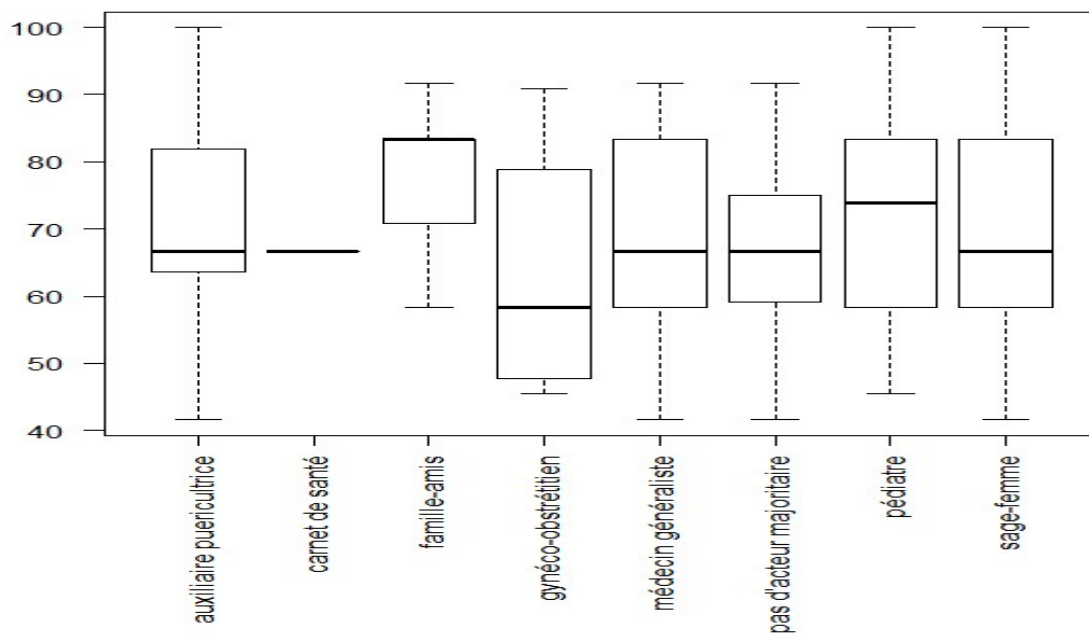


Figure 27 : Influence de l'acteur principal désigné par les parents sur le "pourcentage de bonnes pratiques" des parents

Annexe 11 :

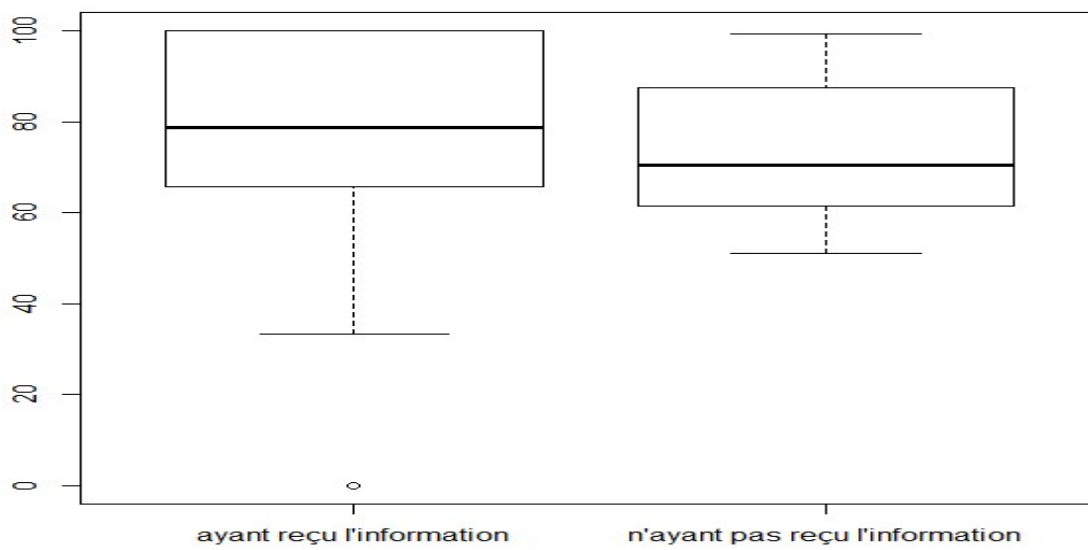


Figure 28: Influence de l'information sur le taux d'application des facteurs de prévention

Annexe 12 :

		Sage Femme	Auxiliaire Puéricultrice	Pédiatre	Média	Famille Amis	Médecin Généraliste	Gynéco-Obstétricien	Carnet de santé	Pas d'informations
Dormir sur le dos	Nombre de fois information remise	89	58	39	10	11	3	2	4	0
	Taux d'application	77,53	79,31	76,92	70	100	66,67	100	50	71,72
Matelas ferme	Nombre de fois information remise	40	29	24	32	21	2	2	4	0
	Taux d'application	95	89,66	95,83	90,63	95,24	100	100	75	87,58
Allaitement	Nombre de fois information remise	80	19	15	14	24	5	6	3	0
	Taux d'application	68,75	68,42	80	64,29	58,33	60	50	33,33	51,01
Lits séparés / chambre parentale	Nombre de fois information remise	60	25	24	24	27	2	1	2	0
	Taux d'application	66,67	60	75	58,33	81,48	50	0	100	54
Objets volumineux	Nombre de fois information remise	79	52	33	20	10	3	2	0	0
	Taux d'application	78,48	67,31	69,7	80	90	100	50	0	68,97
Tétine	Nombre de fois information remise	29	18	12	16	25	3	2	2	0
	Taux d'application	62,07	72,22	75	68,75	80	100	100	50	61,54
Pas de tabac	Nombre de fois information remise	63	18	16	27	13	19	39	1	0
	Taux d'application	70,49	58,82	81,25	84	69,23	68,75	76,95	0	72,88
Pas d'alcool	Nombre de fois information remise	61	17	16	25	13	16	38	1	0
	Taux d'application	95,08	100	100	100	92,31	93,75	92,11	100	94,78
Température entre 18 et 20 degrés	Nombre de fois information remise	88	53	22	18	6	7	3	10	0
	Taux d'application	64,77	64,15	81,82	61,11	100	71,43	66,67	50	67,92
Vaccin	Nombre de fois information remise	35	8	75	10	5	43	1	5	0
	Taux d'application	100	100	100	100	100	100	100	100	99,25

ABSTRACT

Status and perspectives of transmitted information to parents on preventive factors of sudden unexpected infant death, specifically for children born between the 17th of April and the 1st July of 2017 at the Bordeaux University Hospital

Background : The sudden unexpected infant death is the first cause of death beyond the neonatal period. Our study's aim was to estimate parents' habits regarding the SUDI prevention, information conditions and suggestions for improvement.

Method : Descriptive study monocentric at the maternity, type III from the 17th April to the 1st July of 2017 at the Bordeaux University Hospital. Parents' agreement to be involved into the study was collected right after childbirth. One month after birth, parents were contacted by mail to answer the survey.

Results : Over the 470 families that accepted to participate, 318 have officially answered the survey. 71% of parents declared having received information about SUDI, mainly during their state at the maternity (73% of them). According to parents, key actors of transmitting information, were midwife (52%), childcare assistant (22%) and paediatricians (12%). Regarding risk factors, 24% of parents declared lay their children on another way than on the back, 10% are practicing 'bedsharing' and for 27% of them, one or the two parents are smoking or were smoking during the pregnancy.

Parents wanted to receive prevention information about SUDI during the pregnancy (49%) and at the maternity (62%), oral recommendation (79%) and written (65%) relayed by the threesome "midwife, childcare assistant, paediatricians". 41% of parents declared wanted to change their habits of bedding after having watched the video "One minute for prevention" from the ELENA institution and read the flyer "Rule of thumb of my first year" by the french organization "Naître et Vivre".

Conclusion : The knowledge of parents on the prevention factors of SUDI must be strengthened. The risk factors such as tobacco and bedsharing represent major issues for the prevention.

DISCIPLINE : GENERAL MEDICINE

MOTS-CLES : SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME, SUDDEN UNEXPECTED INFANT DEATH, PREVENTION, PARENTS, COMMUNICATION, SLEEP PRACTICES

UFR de sciences médicales, Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux Segalen : 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cedex.

RESUME

Etat des lieux et perspectives de l'information remise aux parents sur les facteurs de prévention de la mort inattendue du nourrisson pour les nourrissons nés entre le 17 avril et le 1^{er} juillet 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Introduction : La mort inattendue du nourrisson (MIN) est la première cause de décès au-delà de la période néonatale. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer les pratiques des parents concernant la prévention de la MIN, les modalités d'information et leur proposition d'amélioration.

Méthode : Etude descriptive prospective monocentrique au sein d'une maternité de type III, du 17 avril au 1^{er} juillet 2017. Le consentement des parents pour participer à l'étude était relevé en suite de couches. Un mois après l'accouchement, les parents étaient contactés par mail pour répondre à un questionnaire.

Résultats : Sur les 470 familles ayant accepté de participer, 318 questionnaires ont été remplis. Soixante et onze pourcent des parents déclaraient avoir reçu une information sur la MIN, principalement lors de leur séjour en maternité (73% des cas). Selon les parents, les acteurs principaux de cette information étaient les sages-femmes (52%), les auxiliaires de puériculture (22%) et les pédiatres (12%). Concernant les facteurs de risque, 24% des parents déclaraient coucher leur enfant autrement que sur le dos, 10% pratiquaient le « bedsharing » et dans 27% des cas un ou les 2 parents fumaient ou avaient fumé pendant la grossesse.

Les parents souhaitaient recevoir l'information sur la prévention de la MIN pendant la grossesse (49% des cas) et à la maternité (62% des cas) sous une forme orale (79%) et papier (65%), relayée par le trio «sage-femme, auxiliaire puéricultrice, pédiatre». Quarante et un pourcent des parents déclaraient vouloir changer leurs habitudes de couchage après avoir consulté la vidéo «une minute de prévention» du réseau ELENA et le fascicule «les règles d'or de ma première année» de l'association Naître et Vivre.

Conclusion : L'information des parents sur les facteurs de prévention de la MIN doit être renforcée. Les facteurs de risque tels que le tabac et le partage du lit constituent des enjeux majeurs de prévention.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : MORT SUBITE DU NOURRISSON, MORT INATTENDUE DU NOURRISSON, PREVENTION, PARENTS, COMMUNICATION, PRATIQUE DE COUCHAGE

UFR de sciences médicales, Département de Médecine Générale, Université de Bordeaux Segalen : 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cedex.