HAL
open science

Les sages-femmes hospitalières et la mort inattendue du nourrisson : étude de la connaissance des sages-femmes hospitalières de la Somme

Élise Durand

To cite this version:

Élise Durand. Les sages-femmes hospitalières et la mort inattendue du nourrisson : étude de la connaissance des sages-femmes hospitalières de la Somme. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02283918

HAL Id: dumas-02283918

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283918

Submitted on 11 Sep 2019

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS

ANNEE 2018

Elise DURAND

Les sages-femmes hospitalières et la mort inattendue du nourrisson.

Etude de la connaissance des sages-femmes hospitalières de la Somme.

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce mémoire et notamment :

Madame Le Meur, ma directrice de mémoire,

Le personnel du centre de référence de la mort inattendue du nourrisson pour leur disponibilité,

Madame Godest et Madame Pluvinage pour m'avoir guidée dans ce travail,

Les cadres sages-femmes qui m'ont autorisée à diffuser mon questionnaire dans les services,

Un grand merci à toutes les sages-femmes qui y ont répondu à mon questionnaire et ont facilité sa diffusion,

Je tiens également à remercier mes camarades de promotion et mes amis pour leur soutien moral, et un merci tout particulier à mes parents qui m'ont soutenue jusqu'au bout de mon projet.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 3

1 PREMIERE PARTIE : UN PHENOMENE DIFFICILE A APPREHENDER ET A PREVENIR 4

1.1 Définitions 4

1.2 Epidémiologie 5

1.2.1 Place de la MSN dans la mortalité infantile 7

1.2.2 Situation en France 7

1.2.3 La France au sein de l'Europe 8

1.3 Physiopathologie 9

1.3.1 Age critique 10

1.3.2 Un nourrisson vulnérable 10

1.3.3 Stress exogène 11

1.4 Des mesures de prévention 12

1.4.1 Recommandations sur la mort inattendue du nourrisson 12

1.4.2 Les acteurs de la prévention 16

1.4.3 Moyens de prévention 17

2 DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE 18

2.1 Matériel et méthode 18

2.1.1 Type d'étude et objectifs 18

2.1.2 Méthode 18

2.2 Résultats 19

2.2.1 Caractéristiques de la population interrogée 19

2.2.2 Connaissances des recommandations 21

2.2.3 Pratique des sages-femmes 24

3 TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION 29

3.1 Forces et limites de l'étude 29

3.2 Les biais 30

3.3 Discussion et analyse des résultats 30

3.3.1 Un constat rassurant quant à la conformité des connaissances des sages-femmes avec les recommandations des organismes spécialisés. 30

3.3.2 Mais il existe encore des marges de progression à exploiter pour réduire encore le nombre de MIN. 34

3.4 Place des professionnels de santé dans la prévention de la MIN 35

CONCLUSION 38

BIBLIOGRAPHIE 39

ANNEXES 42

INTRODUCTION

La notion de mort inattendue du nourrisson, que l'on désigne dans la littérature spécialisée par son abréviation MIN, est relativement récente, encore mal comprise et souvent confondue avec la mort subite du nourrisson également désignée par son abréviation MSN. Il suffit de faire un essai sur Google en interrogeant sur la « mort subite du nourrisson » et la première réponse qui vient porte sur la « mort inattendue du nourrisson ». La lecture de la presse spécialisée pour le grand public reproduit largement cette confusion entre les deux appellations. Il s'agit toutefois, de notions différentes, la MIN couvrant un champ plus large que les seuls décès de mort subite inexpliqués. Une autre difficulté réside dans le fait que les enquêtes épidémiologiques ne font encore référence qu'à la notion de MSN, ce qui rend complexe la quantification du nombre de MIN. Néanmoins, des données plus précises devraient prochainement être disponibles suite aux enquêtes menées par l'Observatoire de la Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN) en lien avec les centres de référence ayant participé à ces enquêtes. Malgré des imprécisions qui affectent la notion de MIN, nous nous efforcerons de montrer que cette notion apporte un enrichissement par rapport à celle de MSN.

Au-delà du traumatisme vécu par les familles, les morts inattendues constituent un réel problème de santé publique. En effet, bien que leur nombre ait diminué, elles sont encore en France, chaque année, à l'origine du décès de 400 à 500 enfants. Chaque décès est également un défi pour les professionnels car les origines sont souvent multifactorielles. On estime à 100/150, le nombre de décès qui pourraient encore être évités. L'Institut de Veille Sanitaire français (InVS) met en avant le fait que dans un tiers des cas, les enfants étaient retrouvés dans des conditions de couchage non conformes aux recommandations [1].

Ces constats mettent en évidence toute l'importance et l'intérêt de cette problématique et ont contribué au choix du sujet de ce mémoire.

La démarche a été initiée sur la base du questionnement des sages-femmes sur l'état de leurs connaissances et de leurs pratiques. Dans une première partie, nous aborderons toutes les difficultés de la notion de MIN, tant en ce qui concerne la définition, l'épidémiologie et la physiopathologie. La seconde partie sera consacrée aux mesures de prévention avant d'aborder dans un troisième temps, les données recueillies dans le cadre de cette étude et d'en dégager dans un quatrième temps les réflexions qui en découlent.

1 PREMIERE PARTIE : UN PHENOMENE DIFFICILE A APPREHENDER ET A PREVENIR

1.1 Définitions

La notion de mort inattendue du nourrisson (MIN) ou Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) est à différencier de la mort subite du nourrisson (MSN) ou « Sudden Infant Death Syndrom (SIDS).

La notion de MSN, objectivée en 1969 lors d'une conférence internationale sur les causes de MSN, a été définie par Beckwith et Krous comme « un décès inexpliqué d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexpliqué après des investigations post-mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique ». C'est donc un diagnostic d'élimination dans la mesure où il est posé lorsque toutes les investigations ont été réalisées sans retrouver de causes explicatives du décès [1].

A l'inverse, la notion de MIN est récente puisque datant de 2000. Elle a été introduite par Flemming et Blair, qui la définissent comme « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». Cette notion a pour objectif de chercher à expliquer un plus grand nombre de décès en regroupant non seulement les MSN mais également tous les décès survenus de façon imprévue. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose la limite d'âge de 2 ans pour la prise en charge des morts inattendues du nourrisson car la majorité des cas rapportés sont survenus avant cet âge.

Cette définition regroupe donc :

- Les MSN
- Les décès survenus dans un contexte non diagnostiqué par un professionnel de santé.
- Les morts survenues dans un contexte de pathologie aiguë ou d'apparition brutale (dans les 24 heures précédant le décès).
- Les décès par accident, traumatisme, maltraitance, intoxication…

1.2 Epidémiologie

Les données épidémiologiques sont réalisées à partir des certificats de décès analysés par le Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé un code spécifique relatif à la mort subite du nourrisson afin de classer ces décès. La classification de la MIN est plus difficile car plusieurs codes peuvent répondre à sa définition. La majorité des MIN étant représentée par les morts subites, c'est sur ces dernières que l'on s'appuie afin d'évaluer l'impact des MIN d'un point de vue épidémiologique.

L'analyse du taux de morts subites du nourrisson sur une période comprise entre 1975 et les années 2005, a permis de mettre en évidence plusieurs phases (fig.1) [1] :

- La première, de 1975 à 1980, où l'on constate une augmentation importante du nombre de MSN. En effet, le taux passe de 28,3/100 000 à 102,8/100 000 naissances vivantes. Deux facteurs peuvent expliquer cette évolution : d'une part, l'arrivée dans les années 1970 de la pratique du couchage ventral venu d'Outre-Atlantique et, d'autre part, un phénomène purement statistique avec, comme indiqué ci-dessus, l'adoption en 1975 du code spécifique dans la classification internationale des maladies (CIM) par l'OMS, qui fait de la MSN une cause de décès à part entière.

- La seconde période s'étend de 1981 à 1991 où la progression du taux de MSN est certes moindre mais reste significative, puisqu'elle passe de 118,6/100 000 à 192,9/100 000 naissances vivantes. C'est au cours de cette dernière année que le pic de décès par MSN est atteint.

- La troisième période, entre 1992 et 1997 est marquée par une diminution de 75%, qui s'accentue à partir de 1994 en France. Cette diminution est concomitante des campagnes de prévention en faveur de la position du couchage sur le dos, menées dès 1987 aux Pays-Bas, mais aussi en Finlande, en Norvège, en Suède ou encore au Royaume-Uni, avant leur généralisation à tous les pays développés (fig. 2).

- Depuis 1998, la diminution est plus faible pouvant s'expliquer par l'absence de nouvelles campagnes de prévention.

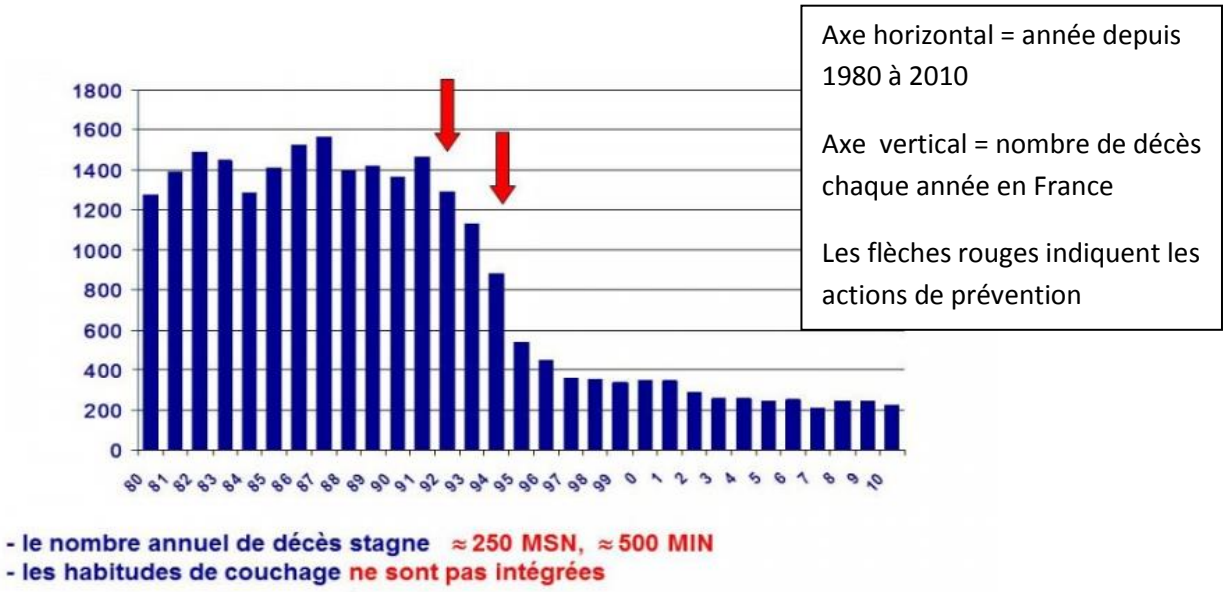


Figure 1 : Nombre de MSN (0-1 an) en France (source INSERM)

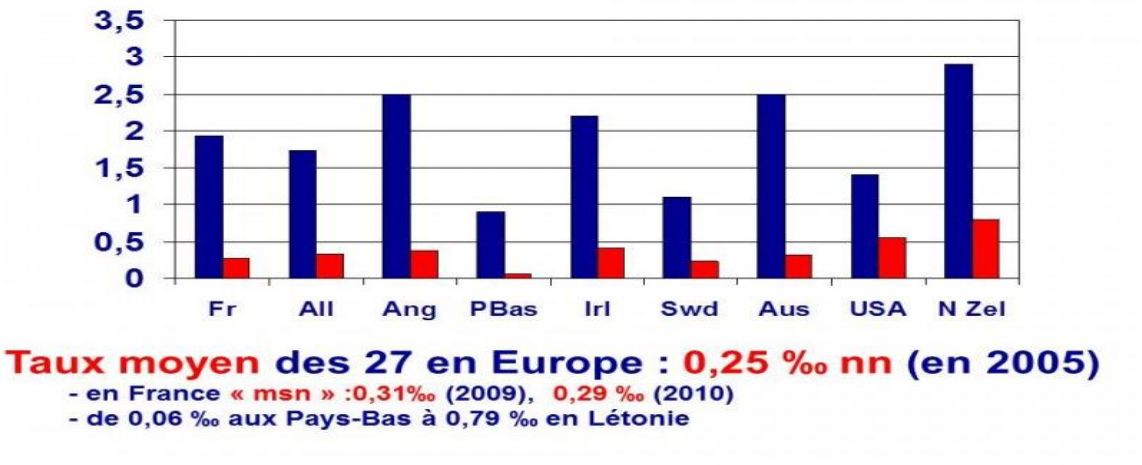


Figure 2 : Evolution du taux MSN entre 1987 et 2005/7 (pour 1000 naissances) dans plusieurs pays ayant fait des actions de prévention [2]

1.2.1 Place de la MSN dans la mortalité infantile

Depuis 1985, la MSN est la troisième cause de mortalité infantile en France, après les infections périnatales et les malformations congénitales. C'est même la première cause de décès au-delà de la période néonatale (enfant de plus d'un mois). Globalement, la MSN représente un décès sur dix dans la mortalité infantile. Chaque année, environ 20% de la mortalité infantile est liée à des MSN [3].

1.2.2 Situation en France

On observe des variations régionales en France concernant la MSN. Le taux moyen de décès par MSN sur la période 2000-2005 en France métropolitaine est de 37,9/100 000. Les taux les plus faibles (entre 24 et 31/100 000) sont principalement enregistrés dans les régions du sud de la France, à l'exception du Languedoc-Roussillon qui possède un taux de décès supérieur à la moyenne. En revanche, le Nord-Pas-de-Calais, au deuxième rang en termes de nombre de décès, enregistre le plus fort taux (52,5/100 000). Il est suivi par Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et Basse-Normandie (fig. 3).

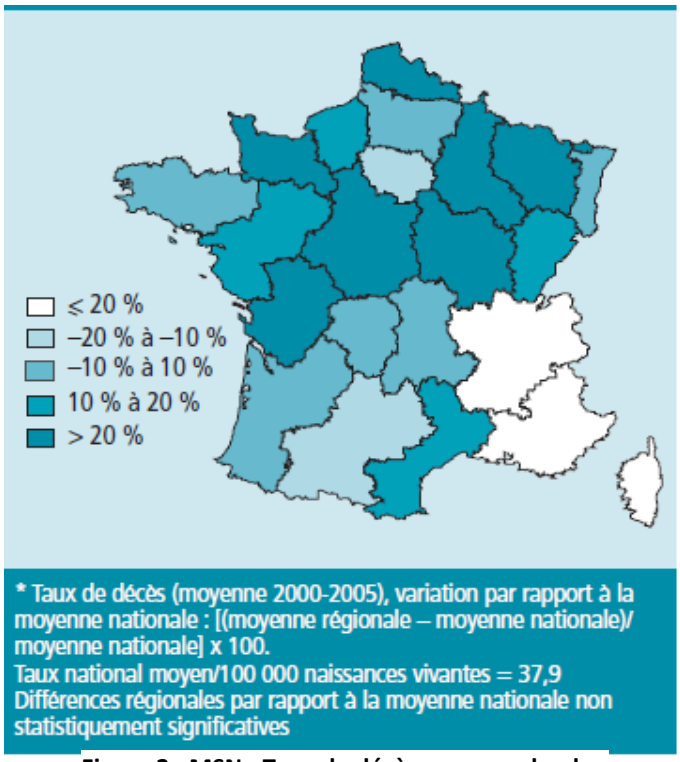


Figure 2 : MSN - Taux de décès moyen selon les régions (Deux sexes - 2000 - 2005) [3]

Concernant la MIN, on estime qu‘elle touche encore 400 à 500 nourrissons par an. Face au manque de données sur ce sujet, un Observatoire National sur la MIN (OMIN) a été créé en 2015 dans le but de récolter des données fiables avec l’aide des centres de référence (CRPMIN). Leurs données ne sont pas encore exhaustives car les centres de Lille, Strasbourg, Reims et Necker n’y participent pas. Les données officielles de l’OMIN ne sont pour l’heure pas encore publiées, cependant l’observatoire nous a fourni des chiffres portant sur l’année 2016 où les centres de référence participants ont recensé 209 MIN. En avril 2018, toutes les données 2017 n’avaient pas encore été totalement recensées (DOM TOM entre autres) mais il était déjà fait état de 182 cas de MIN.

1.2.3 La France au sein de l’Europe

En 2005, on constate une variation importante de la mortalité par MSN entre les 27 pays de l’Union Européenne. La France fait partie des pays européens qui possèdent un taux de MIN important (35/100 0000), supérieur à la moyenne européenne qui est de 25/100 000 naissances vivantes. Bien qu’elle se situe derrière des pays à fort taux de MSN comme la Lettonie qui détient un taux de 79,1/100 000 naissances vivantes ou encore l’Allemagne et la Lituanie, son taux est nettement supérieur à celui du Royaume-Uni qui enregistre un taux de 26,2/100 000 naissances vivantes.

A noter également que la Bulgarie, la Roumanie et la Grèce enregistrent sur cette période, un taux de sous mortalité inférieur à 10/100 000 naissances vivantes. Par ailleurs, on constate que le Portugal et la Slovénie n’enregistrent quasiment pas de décès par MSN. On peut se demander s’il s’agit d’une performance médicale exceptionnelle ou d’une simple carence statistique.

Globalement, on remarque un gradient de forte mortalité dans les pays de l’Europe centrale et du Nord. Parmi les hypothèses avancées pour expliquer ce phénomène, on retrouve le fait que tous les pays n’ont pas le même système de recueil des données ainsi que la même prise en charge (examen postmortem) et de nombreux MIN ne seraient donc pas diagnostiquées [3].

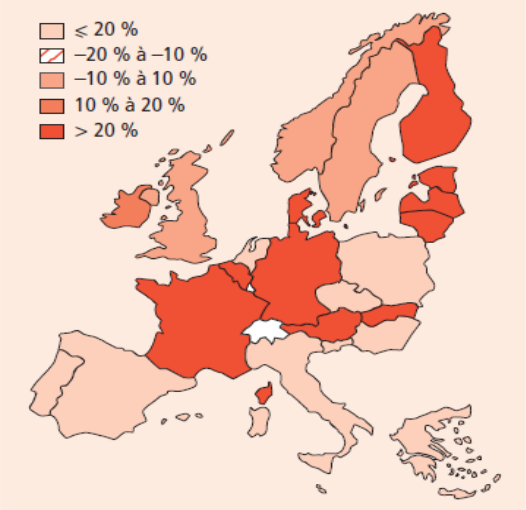


Figure 3 : Taux de décès par MSN en Europe (deux sexes - 2005) [3]

1.3 Physiopathologie

Dans la multiplicité des causes appréhendées par la notion de MIN, celle qui pose le plus de difficultés est constituée par la notion de MSN. Aujourd'hui encore, malgré plusieurs hypothèses pouvant expliquer la survenue de la mort subite du nourrisson, aucune ne permet d'expliquer tous les décès. Longtemps, un seul mécanisme était recherché pour expliquer l'origine de la MSN. Cependant aucune étude n'ayant validé cette approche, les recherches se sont tournées vers une origine plurifactorielle. L'hypothèse la plus récente, qui est encore d'actualité, est celle du « triple risque », initié par Ava Wedgwood en 1972. Elle a été développée jusqu'en 1994 par Keney et Filiano. Ce modèle met en évidence trois facteurs à la MSN (fig. 5) [4]:

- Un âge critique de l'enfant
- Un nourrisson vulnérable
- Un ou plusieurs facteurs de stress exogènes.

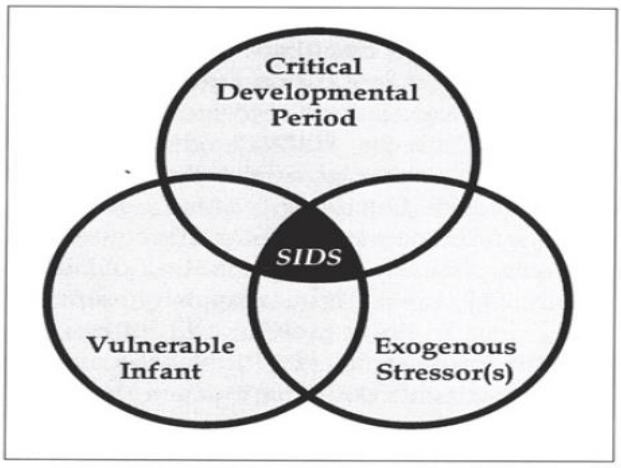


Figure 4 : Modèle du triple risque [4]

Autrement dit, la MSN surviendrait chez un nourrisson présentant une vulnérabilité sous-jacente (prédisposition génétique, prématurité, hypotrophie, sexe masculin, exposition au tabagisme maternel, anomalie du développement prénatal) qui subit un stress exogène (tabagisme passif, infection, mauvaises conditions de couchage) durant une période critique du développement (90% des MSN avant 6 mois, avec un pic autour de 2-4 mois).

C'est pourquoi, il est important d'agir sur les facteurs de risque afin de diminuer le nombre de MSN.

1.3.1 Age critique

Bien que l'on ne puisse pas expliquer avec certitude l'association entre l'âge et la survenue du décès, on constate qu'il existe une période critique avant l'âge de 6 mois puisque 90% des décès surviennent avant cet âge, avec un pic d'incidence autour de 2 à 4 mois [1]. Une explication possible serait une diminution des défenses immunitaires due à la diminution des anticorps maternels chez le nourrisson, alors qu'il n'a pas encore développé sa propre immunité. De plus, l'organisme du nouveau-né est sujet à des modifications (développement psychomoteur, affectif et somatique…).

1.3.2 Un nourrisson vulnérable

Bien que les mécanismes soient encore sujets à de nombreuses hypothèses, plusieurs critères peuvent définir la vulnérabilité d'un nourrisson comme le sexe, la prématurité, le faible poids de naissance ou le tabagisme maternel.

En effet, plusieurs études ont montré que les garçons étaient plus à risques de MIN avec un sex ratio de 1.6 sur l'année 2005 (2 enfants décédés sur 3 étaient des garçons) [3].

La prématurité (nourrisson né avant 37 semaines d'aménorrhée) ainsi que le faible poids de naissance, présentent un risque quatre fois plus élevé de MSN par rapport aux nourrissons nés à terme et ayant un poids normal à la naissance. Plus la prématurité est grande, plus le risque est important.

Entre 2005 et 2010, le taux du tabagisme chez les femmes enceintes est resté stable avec une prévalence élevée de 24% [5].

Toutes les études tendent à prouver que le tabagisme maternel prénatal multiplie le risque de MSN par 2 à 3 et cela, indépendamment du poids de naissance. A noter que le risque augmente si la mère continue de fumer après l'accouchement mais également avec le nombre de fumeurs dans l'environnement de l'enfant [6]. A noter que le risque baisse avec l'arrêt du tabac, d'autant plus si celui-ci intervient tôt en cours de grossesse [7].

A noter enfin qu'il existe d'autres facteurs de vulnérabilité qui donnent lieu actuellement à des travaux de recherche dans différents domaines, en particulier cardiaque, neurologique, métabolique, biochimique et génétique.

1.3.3 Stress exogène

De nombreux facteurs de risque de MIN ont été mis en évidence permettant la mise en place de moyens de prévention que nous verrons plus bas. Parmi ces facteurs de risque on retrouve les infections (souvent présentes, soit comme facteur contributif soit comme cause du décès), l'environnement du nourrisson avec le mode de couchage, le lit, la présence d'objets à proximité, etc… On retrouve également les conditions socio-économiques défavorables (mère de moins de 20 ans, célibataire, sans emploi, faibles revenus…) qui peuvent expliquer des comportements davantage à risques. Ainsi par rapport à la population générale, elles fument deux fois plus et sont également beaucoup moins suivies (30 % d'entre elles ont eu moins de 8 consultations prénatales) [8].

La maltraitance fait également partie des facteurs de risque de MIN. Sur ce point, nous constatons chaque année en France, que le taux d'homicide est le plus élevé pour la tranche d'âge inférieure à 1 an. Pourtant, les données fournies par le CépiDc nous interpellent quant à une sous-estimation possible qui pourrait être due à un mauvais diagnostic ou à l'ignorance de certains cas par l'absence d'explorations post-mortem adéquates (parents refusant l'autopsie ou le transport du corps dans un CRPMIN) [9].

1.4 Des mesures de prévention

1.4.1 Recommandations sur la mort inattendue du nourrisson

En France, les recommandations de la HAS datent de 2007 et portent sur la prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson. Elles s'adressent à tous les professionnels de santé qui peuvent intervenir lors de telles situations. Les objectifs de ces recommandations sont de proposer des investigations permettant de distinguer les MIN consécutives à une mort subite inexpliquée de celles liées à une pathologie identifiable ou résultant d'un traumatisme par accident ou maltraitance. Il s'agit également d'améliorer la prise en charge des familles et de rendre des statistiques plus fiables en standardisant et harmonisant les pratiques sur l'ensemble du territoire national. L'objectif à terme est d'élaborer des actions prioritaires dans le domaine de la prévention de la MIN afin d'en réduire le nombre [10]. Mais, à l'heure actuelle, il n'existe aucune recommandation française concernant la prévention de la MIN, ni sur la HAS ni sur le site du ministère chargé de la Santé. Elles existent cependant sur les sites internet de l'association « Naitre et Vivre » et sur celui de la « Société Française de Pédiatrie ».

Pour trouver ces recommandations, il faut se tourner vers les États-Unis d'Amérique ou le Royaume-Uni. En effet, l'« Américan Academy of Pediatrics » (AAP) en a publié en 2005. Elles sont régulièrement mises à jour en fonction des nouvelles études, la dernière datant de 2016. Il existe également des recommandations publiées par le ministère de la santé du Royaume-Uni ainsi que l'UNICEF United Kingdom.

Les recommandations sont globalement identiques et se basent sur les situations à risques. Les premières recommandations de l'AAP ont été faites en 1992. Elles conseillaient de faire dormir le bébé sur le dos et non plus sur le ventre ou le côté. Comme en France et au Royaume-Uni, cette première recommandation a permis une forte diminution de mortalité infantile mais le taux de mortalité s'est stabilisé depuis quelques années.

Face à des facteurs de risques de MIN, dont certains sont modifiables, l'AAP s'est concentrée sur l'environnement de sommeil des enfants afin qu'il soit plus sûr. Pour cela, elle s'est basée sur des études épidémiologiques chez des nourrissons de moins d'un an. Celles-ci ont donné lieu aux recommandations suivantes [11] :

- Le couchage sur le dos même chez les nourrissons ayant des reflux gastro-œsophagiens. Il est prouvé que cette position n'augmente pas le risque d'inhalation chez les enfants sans troubles des voies respiratoires. Cette recommandation s'applique dès la naissance, lorsque le bébé est prêt à être placé dans le berceau et ce, jusqu'à son premier anniversaire.

- Il est conseillé de placer le nourrisson dans un lit, sur une surface ferme, d'utiliser uniquement un matelas conçu pour éviter qu'il y ait un espace entre le matelas et les côtés du lit/berceau/parc qui risquerait de le coincer et/ou qu'il s'étouffe. Il doit être recouvert uniquement d'un drap-housse, pas d'oreiller, de couette ou tous autres objets.

- Il est recommandé de ne laisser aucun objet mou à portée des nourrissons (oreillers, jouets, couvertures, draps) car il y a un risque d'étouffement, de piégeage et d'étranglement. Le tour de lit est à éviter car à risque d'enfouissement et de suffocation. Les coussins et les cale-bébés de toutes sortes sont à proscrire. Aux États-Unis d'Amérique, la Food and Drug Administration a considéré ces « gadgets » comme tellement dangereux (car augmentant le risque de suffocation), qu'elle a demandé leur retrait intégral du marché de la consommation [11].

- Il est recommandé de ne pas surchauffer la pièce où le nourrisson dort. Pour être à l'aise dans son environnement, l'enfant ne doit pas avoir une couche de vêtement de plus qu'un adulte pour être à l'aise dans ce même environnement. L'hyperthermie perturbe et modifie les capacités d'adaptation respiratoires et cardiaques de l'enfant. Elle peut alors être responsable d'apnée centrale et/ou de malaise cardiaque pouvant entrainer le décès de l'enfant. Bien que les études aient révélé un risque augmenté de MSN avec la surchauffe, elles ne s'accordent pas sur la température idéale. En ce sens, l'AAP ne la précise pas mais l'UNICEF-UK préconise une température de 16 à 20°C [12]. En France, on retient plutôt une température de 18 à 20°C. Dans tous les cas, il est important d'éviter la surchauffe chez un nourrisson et pour cela, de surveiller les signes qui pourraient en faire état comme la transpiration et la chaleur au toucher du bébé.

- Le partage du lit n'est pas recommandé dans la mesure où il n'existe aucune preuve d'un bénéfice contre la MIN. De plus, on constate une augmentation des décès lorsque le partage du lit est associé à un enfant de moins de 3 mois, surtout s'il est né prématurément ou avec un faible poids, lorsque le/ les parents fument ou consomment d'autres substances toxiques ou psychotropes, si les parents sont excessivement fatigués, si le partage a lieu avec d'autres personnes que les parents (frère et sœur…). Cependant, on ne peut empêcher des parents de le pratiquer surtout si cela doit amener des conduites d'autant plus à risques comme le partage du canapé. C'est pourquoi certaines recommandations conseillent d'installer le nourrisson loin des oreillers, sur un matelas ferme, de s'assurer qu'il ne peut pas tomber du lit, qu'aucune couverture ne puisse le couvrir si les parents souhaitent pratiquer le co-sleeping [12].

- Il est également recommandé de ne pas faire dormir les jumeaux/ triplés dans le même berceau.

- Le tabagisme, actif et passif pendant la grossesse et passif dans l'environnement du nourrisson après la naissance, est un facteur de risque majeur de MSN. Il est donc conseillé aux femmes enceintes de ne pas fumer pendant la grossesse et de ne pas fumer en présence d'enfants. Il est important d'encourager les familles à établir des règles afin d'éliminer la fumée de tabac dans tous les endroits où les enfants et non-fumeurs passent du temps (voiture, maison). Les mêmes recommandations sont faites vis-à-vis des substances illicites ainsi que l'alcool.

Dans les recommandations, en plus de trouver les facteurs de risque à éviter, on retrouve également les facteurs protecteurs à encourager. Bien qu'un certain nombre de ces facteurs protecteurs font consensus, d'autres prêtent toujours à discussion. Les facteurs protecteurs recommandés sont :

- **Le room-sharing :** le partage de la chambre avec les parents est recommandé au moins jusqu'au six mois de l'enfant. L'APP s'est basée sur plusieurs études (1995, 1999, 2004 et 2005) qui ont montré que cette pratique diminuait le risque de MSN jusqu'à 50% en réduisant la possibilité d'étouffement, de strangulation

et de piégeage qui existe lorsque le bébé dort dans le lit des parents. De plus, la proximité parentale du nourrisson facilite son alimentation, son réconfort et sa surveillance. L'endroit le plus sûr dans lequel un bébé peut dormir est la chambre parentale, sur une surface de sommeil séparée. Il est recommandé que la surface de sommeil du nourrisson soit placée près du lit des parents pour permettre une surveillance et une alimentation faciles.

- **L'allaitement maternel :** De nombreuses études ont démontré que l'allaitement maternel (AM) était un facteur protecteur de MIN. Une méta-analyse de dix-huit études cas-témoins a révélé que son effet protecteur augmente avec sa durée et son exclusivité est recommandée pendant les six premiers mois de vie. Il apporte une protection immunitaire avec le passage des anticorps maternels dans le lait [13] [14].

- **La vaccination :** Bien que certains associent la vaccination à une cause du syndrome de mort subite du nourrisson, des études montrent une corrélation entre la vaccination et un effet protecteur sur la MIN, les enfants vaccinés présentant deux fois moins de risques que ceux qui ne le sont pas. Cette polémique sur la vaccination peut s'expliquer par la concomitance entre le pic de MSN et l'âge des premières vaccinations de l'enfant [15].

- **La tétine à l'endormissement :** l'utilisation de tétine la nuit comme moyen de prévention de la MIN est controversée en France et dans nombre de pays du monde. D'un côté les mécanismes protecteurs invoqués sont l'abaissement du seuil d'éveil, l'effet de libération des voies aériennes supérieures ou encore la prévention des reflux. D'un autre côté, certaines études associent l'utilisation de la tétine à une diminution de la durée de l'allaitement maternel, mais cet effet n'est pas prouvé. Finalement il est plutôt admis que l'association de l'allaitement maternel et de l'utilisation de la tétine diminuerait le risque de MIN. De fait, l'AAP recommande l'usage d'une tétine pour le sommeil jusqu'à l'âge d'un an, une fois l'allaitement bien mis en place chez les enfants allaités, soit vers 3 à 4 semaines. Le but est de couvrir la période la plus à risques de MIN et celle pendant laquelle le besoin de succion du nourrisson est le plus élevé [16] [1].

Bien que la plagiocéphalie en elle-même n'entraine pas une augmentation du risque de MIN, elle peut induire des conduites à risques. Certains professionnels de santé préconisent le couchage latéral ainsi que l'utilisation d'un cale-bébé dès 2 mois, faisant passer le couchage dorsal comme une mode auprès du grand public. Pourtant, des conseils de prévention existent pour prévenir la plagiocéphalie qui touche 10 à 20% des bébés. Ils reposent sur la mise en place d'un environnement favorisant l'activité motrice spontanée de l'enfant sous surveillance (utilisation tapis d'éveil, portage, position ventrale pendant les phases d'éveil…), et d'utiliser un siège auto ou une coque uniquement pour le transport [17].

1.4.2 Les acteurs de la prévention

La MIN est une notion plus large et aussi plus complexe que la MSN. Il n'est donc pas surprenant que la prévention implique l'action d'acteurs intervenant à différents niveaux.

Parmi les maillons essentiels de la prévention des morts inattendues du nourrisson, on retrouve les centres de référence de la MSN qui ont été créés en 1986 par le ministre de la santé au sein des Centres Hospitaliers Universitaires Régionaux (CHUR). Ils ont été rebaptisés plus récemment en Centres de Référence pour la Prévention de la MIN (CRPMIN). Le but premier de ces centres est d'animer la recherche et de diffuser les informations concernant la MSN, aussi bien pour les professionnels que pour le grand public.

Depuis 2013, les 37 centres d'accueil et de prise en charge de la MIN sont fédérés au sein d'une association loi 1901 appelée ANCReMIN (Association des Centres Référents pour la Mort Inattendue du Nourrisson).

Cependant, la France manque de données épidémiologiques exhaustives, car beaucoup de MIN sont classées à tort en MSN. En effet, lors du renseignement du certificat de décès, les investigations n'étant pas faites, le décès peut être classé à tort en mort subite. Dans ce cas, il est possible d'envoyer un certificat médical complémentaire au CépiDc, mais cela n'est pas toujours fait. C'est pourquoi, l'association ANCReMIN a mis en place, en mai 2015, l'Observatoire National de la Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN). Le but de cet observatoire est de collecter de multiples données (médicales, biologiques, socio-environnementales et médico-administratives) concernant les enfants de moins de 2 ans décédés en France de MIN, en collaboration avec les centres de référence participants,

l'association ANCReMIN et des structures support. Cela permettra d'identifier d'éventuels nouveaux facteurs de risque, d'obtenir des données épidémiologiques plus précises et de développer la recherche médicale dans le domaine des MIN. A noter que pour participer à l'étude, les enfants doivent avoir été pris en charge dans un centre de référence MIN. Les parents doivent, en outre, avoir donné leur accord [18].

Un autre acteur majeur est l'association « Naitre et Vivre » qui se mobilise depuis 1979 pour la prévention des MSN puis MIN. En plus de participer aux campagnes de prévention, elle est engagée dans la formation des parents et des professionnels de santé. L'association propose deux niveaux de formation sur la prévention et l'accompagnement du deuil.

1.4.3 Moyens de prévention

Les premières campagnes de prévention ont été lancées dans plusieurs pays d'Europe dès les années 1987 et à partir de 1994 en France, notamment avec des campagnes d'information menées par l'association « Naître et vivre » et la Direction Générale de la Santé (DGS), initialement dans quatre départements pilotes. Les résultats positifs sur la MSN ont conduit à la généralisation des campagnes nationales qui seront renouvelées jusqu'en 1998 [1]. Comme on peut le voir sur la figure 1 ci-dessus, ces campagnes peuvent être créditées d'un succès certain car elles s'accompagnent d'une baisse sensible du nombre de MIN à partir des années 1990, mais qui s'est toutefois stabilisé depuis quelques années. Il a donc été créé en 2013 une association, l'ANCReMIN, qui a une mission de prévention. Pour accomplir cette mission, cette association a mis en place une semaine de prévention par an en lien avec les centres de référence de la MIN pour mieux couvrir le territoire (avec 37 centres présents au sein des centres hospitaliers universitaires régionaux répartis dans toute la France et en Outre-Mer, (en Guadeloupe, Martinique et Réunion) (ANNEXE I). Elle a pour but de sensibiliser le plus grand nombre, aussi bien les professionnels que le grand public [19].

De plus, l'association « Naitre et Vivre » en plus de participer à cette semaine de prévention, a créé des supports d'informations pouvant être utilisés par les professionnels afin de mieux informer les parents. Certains comme « Je dors sur le dos » sont disponibles en une dizaine de langues (ANNEXE II) [20]. Récemment, elle a également publié la traduction en anglais de la plaquette « Protégez-moi » (ANNEXE III) [21].

2 DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

2.1 Matériel et méthode

2.1.1 Type d'étude et objectifs

Les sages-femmes sont des intervenants majeurs pour l'information des parents et la mise en œuvre de mesures de prévention. En conséquence, pour envisager une amélioration de ces mesures et de la connaissance du phénomène de MIN, il est indispensable d'évaluer leur niveau de connaissances puisqu'elles sont en contact avec des femmes enceintes et des jeunes mamans.

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, prospective et multicentrique. Elle a été réalisée dans les maternités et CPP de la Somme à l'aide d'un questionnaire (ANNEXE IV).

Dans un premier temps, l'objectif est de faire un état des lieux de la connaissance de ces sages-femmes concernant la MIN et sa prévention avant de les interroger sur leurs pratiques concernant l'information délivrée aux parents sur le sujet et d'en tirer des enseignements à l'échelle du département.

2.1.2 Méthode

Un questionnaire de 27 items a été distribué aux sages-femmes dans les maternités de Péronne, d'Abbeville, à la clinique Victor Pauchet (Amiens) et au CHU d'Amiens ainsi que dans les trois centres périnataux de proximités (CPP) de la Somme (Doullens, Montdidier et Corbie). Les questions portaient sur la population interrogée (sexe, durée d'exercice, formation reçue sur le sujet), ses connaissances concernant les recommandations (couchage, tabac, plagiocéphalie et facteurs protecteurs) ainsi que des questions ayant pour but d'évaluer l'information donnée aux parents et les éventuelles difficultés pouvant être rencontrées par les professionnels.

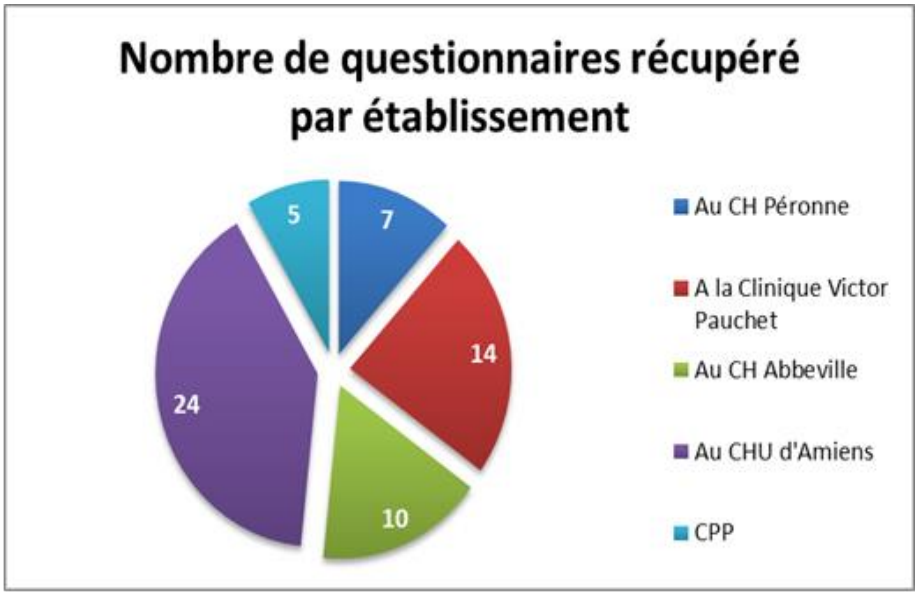
2.2 Résultats

2.2.1 Caractéristiques de la population interrogée

Sur 111 questionnaires distribués, 62 ont pu être récupérés mais 2 ont dû être exclus par manque de réponses, soit un pourcentage de participation de 56%. Les données récupérées ont été traitées à l'aide du logiciel Excel® qui a permis de dégager les données suivantes :

Sur l'ensemble des questionnaires, la majorité était des femmes, 53 contre 7 hommes.

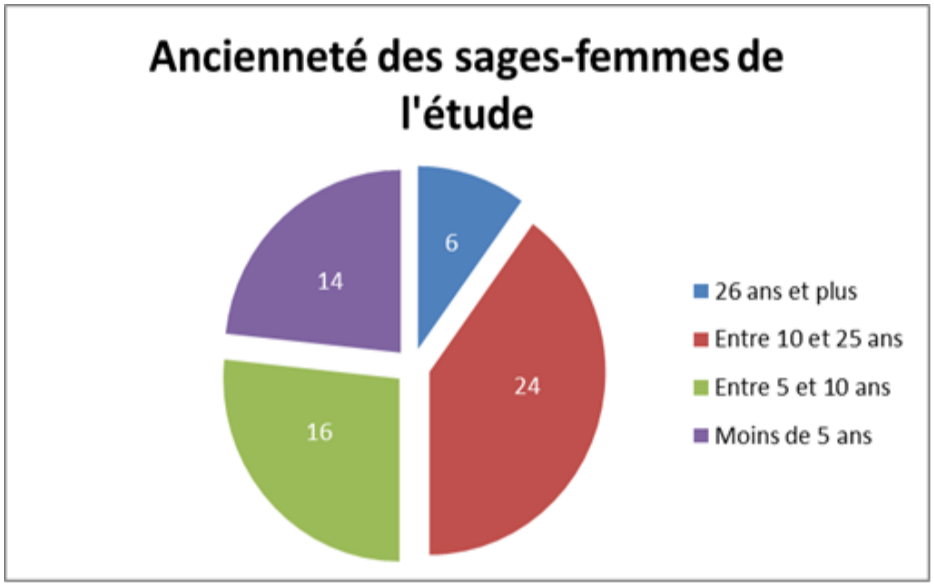
Concernant les effectifs de l'étude pour chaque établissement, ils sont représentés par le graphique ci-dessous :



À l'exception de la clinique Victor Pauchet où le taux de participation est de 35% (14 sur 40 questionnaires distribués), on possède un taux de participation de 50% et plus. Le plus fort taux de participation provient de la maternité de Péronne, avec 77,8% (7 sur 9).

À Abbeville, 20 questionnaires ont été distribués, ce qui nous fait un taux de participation de 50% (N=10). Au CHU d'Amiens, on obtient un taux de participation de 53% avec 24 réponses sur 45 questionnaires distribués. Concernant les 3 CPP, le taux de participation se monte à 62,5% (5 réponses sur 8 questionnaires distribués). À noter que les sages-femmes exerçant au CPP de Corbie (N=3), travaillent également au CHU.

Lors de l'élaboration du questionnaire, quatre tranches d'ancienneté avaient été définies (de moins de 5 ans à 26 ans et plus), l'objectif étant d'apprécier le niveau de formation et les connaissances en fonction de ce critère. Les effectifs sont représentés par le graphique ci-après :

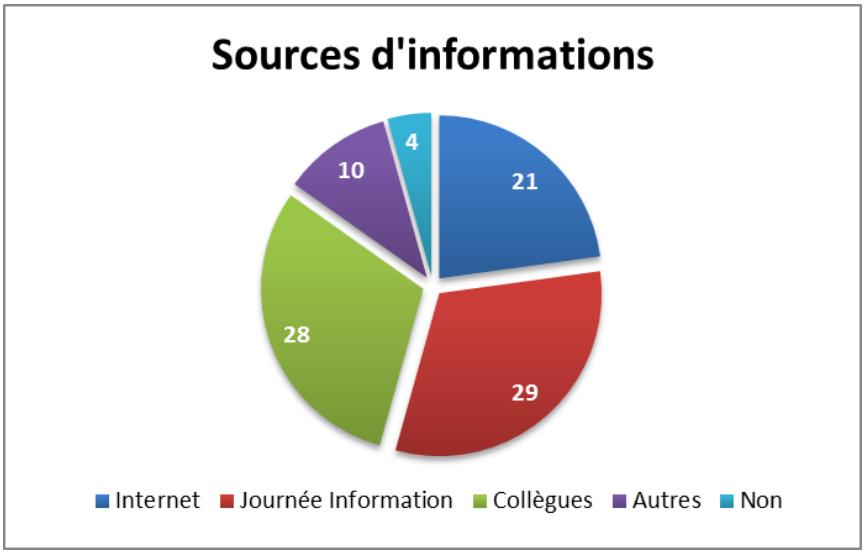


40% (N=24) ayant répondu ont entre 10 et 25 ans d'expérience. 27% (N=16) ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté. 23% (N=14) ont moins de 5 ans d'expérience et ceux ayant 26 ans et plus représentent 10% (N=6).

La majorité des sages-femmes (50/60), a répondu avoir bénéficié d'une information concernant la prévention de la MIN pendant leurs études. 10 sages-femmes déclarent ne pas avoir bénéficié de cette information.

La majorité des sages-femmes (63 % soit 38 personnes) se sent suffisamment informée sur le sujet. À noter que parmi ces 38 personnes, 34 ont eu une information durant leurs études. Cependant, 16 sages-femmes ayant bénéficié d'une information se sentent encore peu informées.

Les principales sources d'information sont représentées par le graphique ci-dessous :



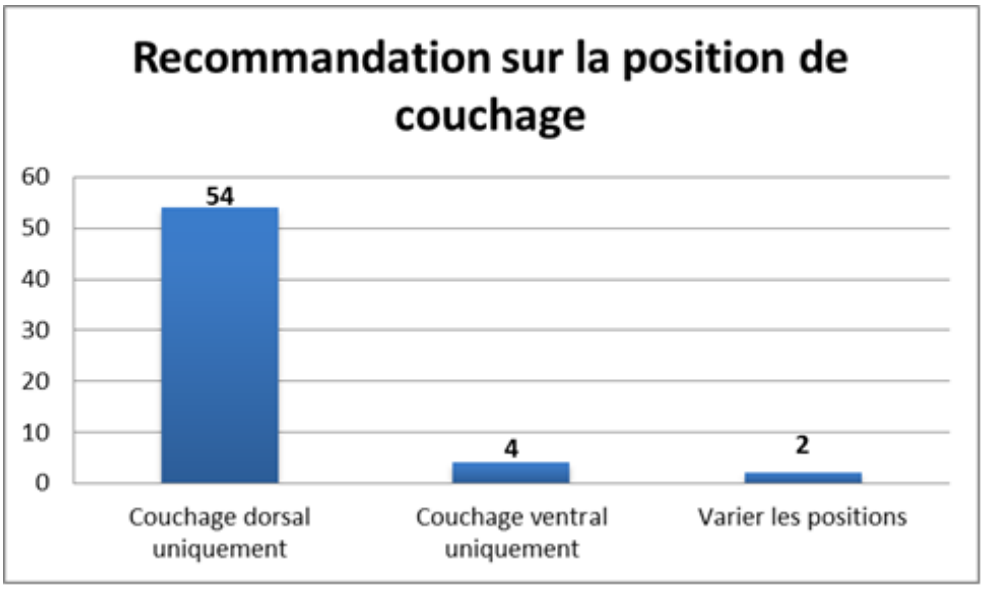
On constate qu'une part importante de l'information provient des journées d'information citées par 29 sages-femmes (48%). On doit aussi relever l'importance des collègues cités par 28 sages-femmes (47%) comme source d'information et même d'internet pour 21 sages-femmes (35%).

Parmi les autres sources mentionnées, on trouve les études (cours, demi-journée d'information, mémoire), dépliant trouvé chez le médecin traitant, des reportages à la télévision, articles de presse (tout public et professionnel), au travail (vécu), conseils reçus en tant que maman. 15 sages-femmes ont également suivi une formation concernant la prévention de la MIN il y a moins de 10 ans.

2.2.2 Connaissances des recommandations

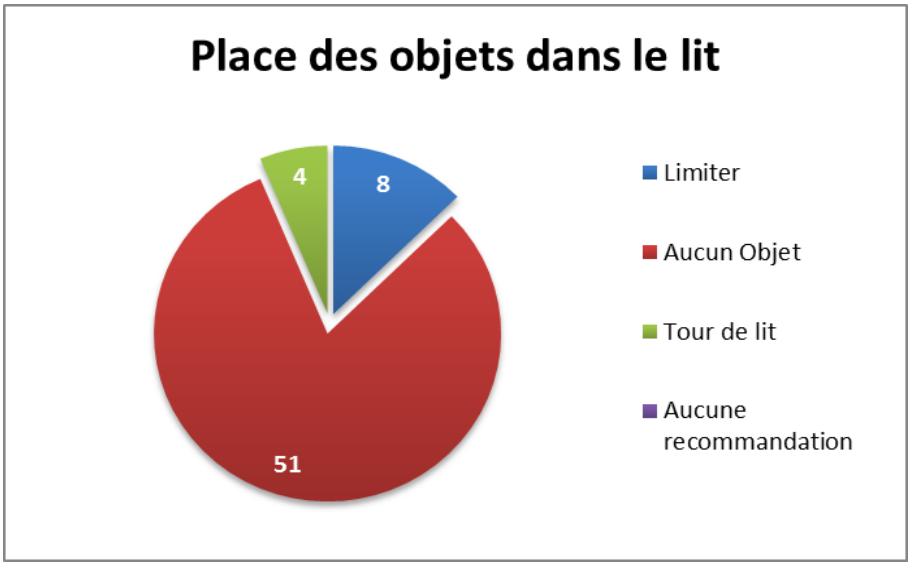
Elles portent sur le couchage, la température de la chambre, le tabac, l'appréciation de l'efficacité des moyens de protection contre la MIN et la dernière porte sur la prévention de la plagiocéphalie.

La première question concerne la position du couchage. Les résultats sont répertoriés dans le graphique ci-dessous :



90% des sages-femmes ont répondu que la position dorsale uniquement est recommandée. Aucune n'a fait référence à la position latérale.

Le graphique ci-dessous reprend les réponses obtenues concernant la place des objets dans le lit :



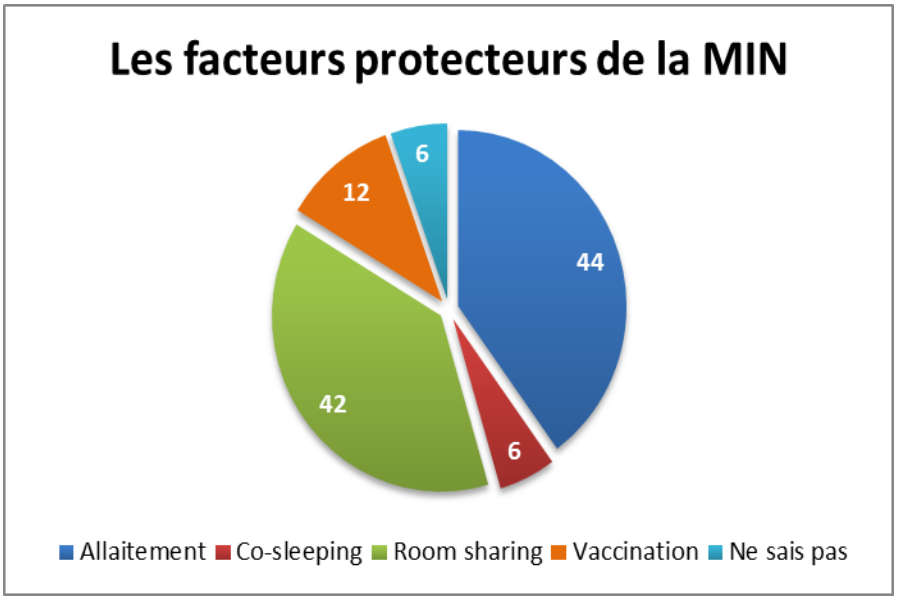
Pour 85% (N= 51) des sages-femmes, il est recommandé de ne laisser aucun objet dans le lit. 13% (N=8) des sages-femmes ont répondu qu'il est recommandé de limiter le nombre d'objets. Pour un peu moins de 7% (N=4), un tour de lit est recommandé.

Concernant le couchage, 90% (N=54) des sages-femmes ont répondu qu'il est recommandé de mettre bébé sur un matelas ferme aux dimensions du lit, soit 90% des réponses et 56, soit 93%, qu'une gigoteuse/ turbulette adaptée à la saison et à la taille de l'enfant est recommandée. Une sage-femme a répondu qu'il est recommandé d'utiliser une couverture/ draps/ nid d'ange plutôt qu'une gigoteuse/turbulette. Concernant l'utilisation du cale-bébé, il est recommandé pour 2 sages-femmes (3%).

Concernant la température recommandée de la chambre, 88,3% (N=53) des sages-femmes ont répondu qu'elle se situe entre 18 et 20°C. Pour 8,3% (N=5) elle se situe entre 16 et 18°C et pour 3,3% (N=2) entre 20 et 22°C. Aucune sage-femme n'a répondu qu'elle devait être supérieure à 22°C.

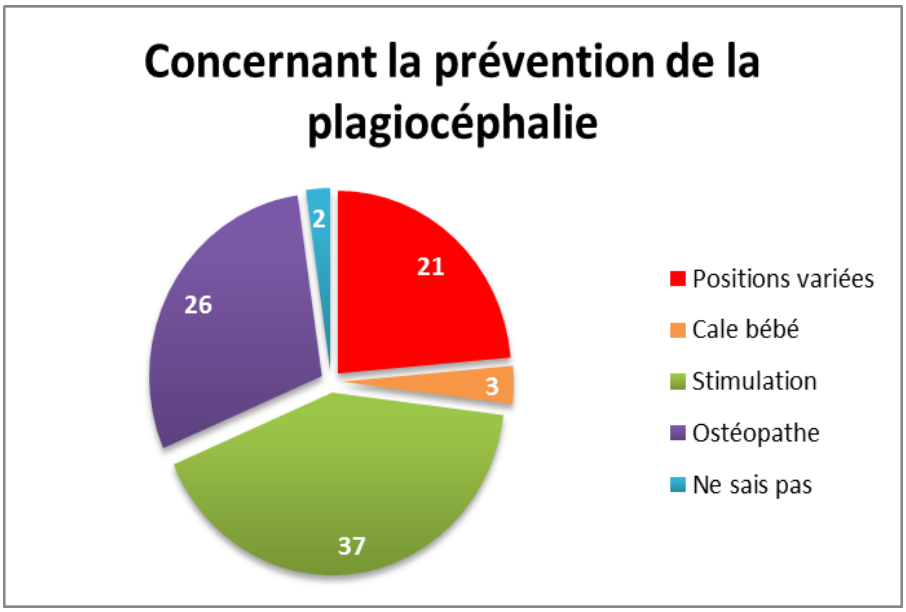
Pour 43 sages-femmes, soit 71,7%, fumer pendant la grossesse augmente le risque de MIN. Pour 57 sages-femmes, soit 90% des réponses, il est recommandé de fumer à l'extérieur. A noter qu'aucune ne mentionne qu'il est possible de fumer à l'intérieur (voiture ou maison), si on aère les pièces ou si l'enfant n'est pas présent.

Les réponses obtenues concernant les facteurs protecteurs de la MIN sont répertoriées sur le graphique ci-dessous :



L'allaitement, cité 44 fois, et le partage de la chambre, cité 42 fois, sont les facteurs jugés les plus protecteurs contre la MIN. Les autres facteurs viennent loin derrière, avec la vaccination citée 12 fois et le co-sleeping cité 6 fois.

Le graphique ci-dessous présente les réponses obtenues concernant la prévention de la plagiocéphalie.

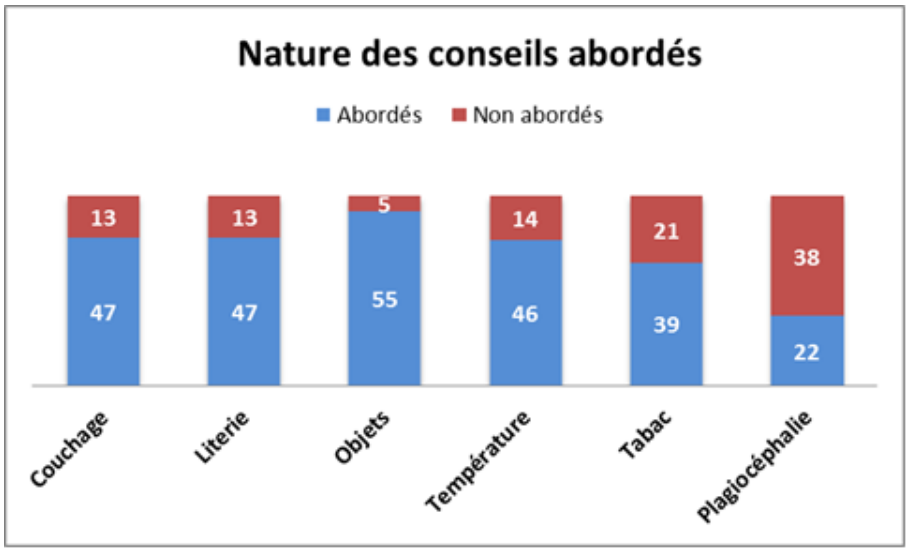


Une majorité (37/60) de sages-femmes a répondu que la stimulation de bébé pendant les périodes d'éveil est un facteur protecteur de plagiocéphalie (62%). Cependant, une part importante (21) a répondu que la variation des positions de couchage en était également un (35%).

2.2.3 Pratique des sages-femmes

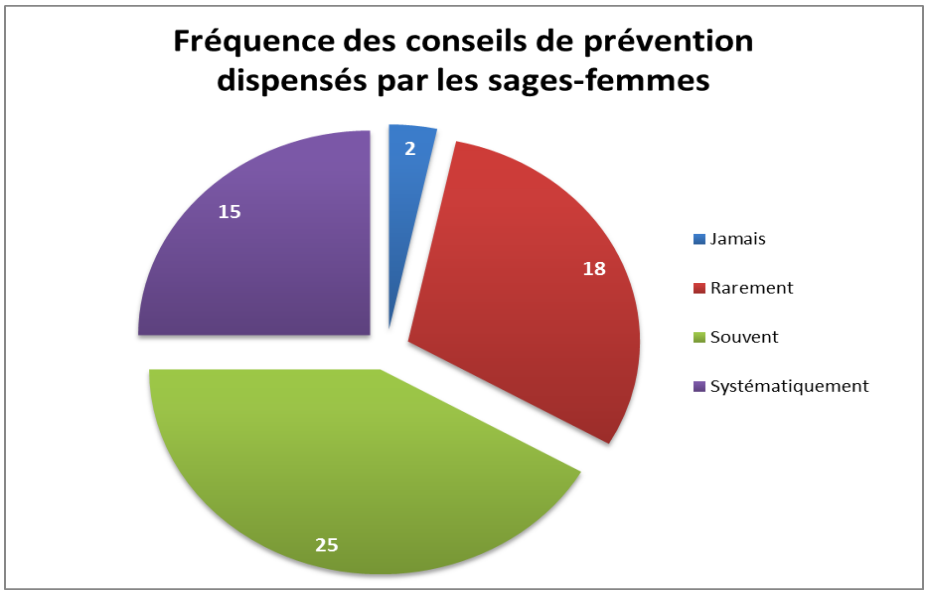
Nous avons aussi interrogé les sages-femmes quant à leur pratique en matière de conseils de prévention, notamment leur nature, leur fréquence, le moment où ils sont prodigués et le support utilisé.

Les différents conseils prodigués par les sages-femmes ont été répertoriés sur le graphique ci-dessous :



On remarque une prédominance pour la place des objets dans le lit avec 92% (N=55), suivi par le couchage concernant le partage de la chambre…, la literie avec 78% (N=47) ainsi que la température de la chambre avec 77% (N=46). Une part moins importante de prévention concernant le tabac chez les parents fumeurs (65% soit 39/60) ainsi que la plagiocéphalie qui se place en dernière position, à hauteur de 37% (N=22).

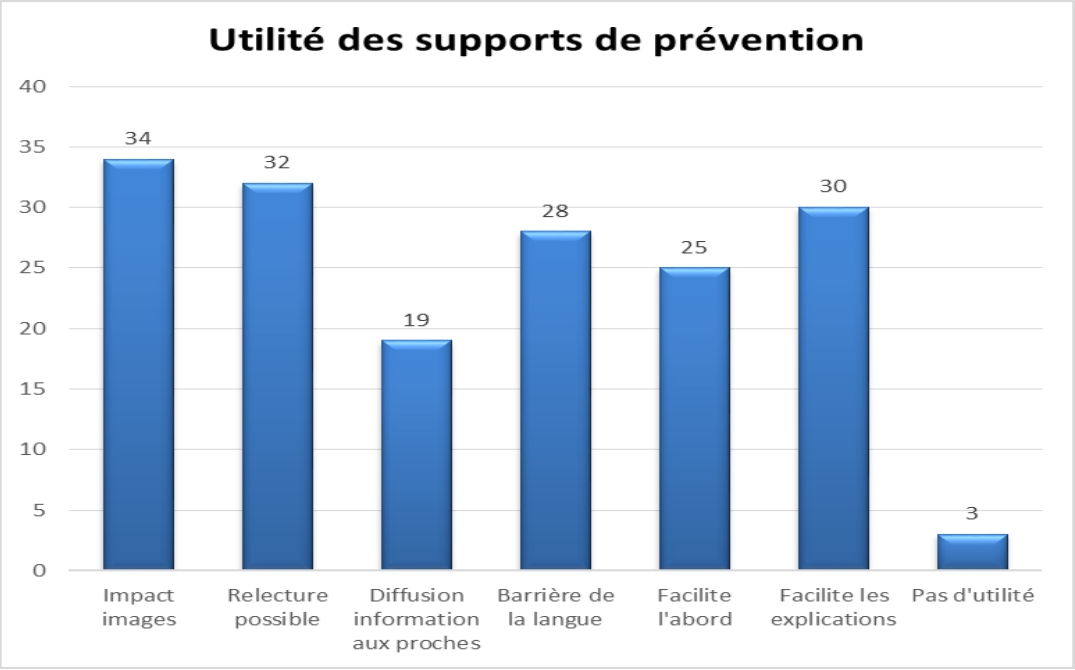
Une part importante des sages-femmes aborde souvent les conseils de prévention, soit 42% (N=25), mais elles sont 30 % (N=18) à ne le faire que rarement. L'apport systématique des conseils vient en troisième positions avec 25% (N=15) des sages-femmes. Deux sages-femmes disent ne jamais l'aborder, soit 3,3% comme le montre le graphique ci-dessous.



46 sages-femmes, soit 77%, disent ne posséder aucun support sur lequel s'appuyer pour parler de la prévention. Parmi elles, 42, soit 70%, souhaitent en avoir. Les autres disent en posséder avec une majorité qui les utilise.

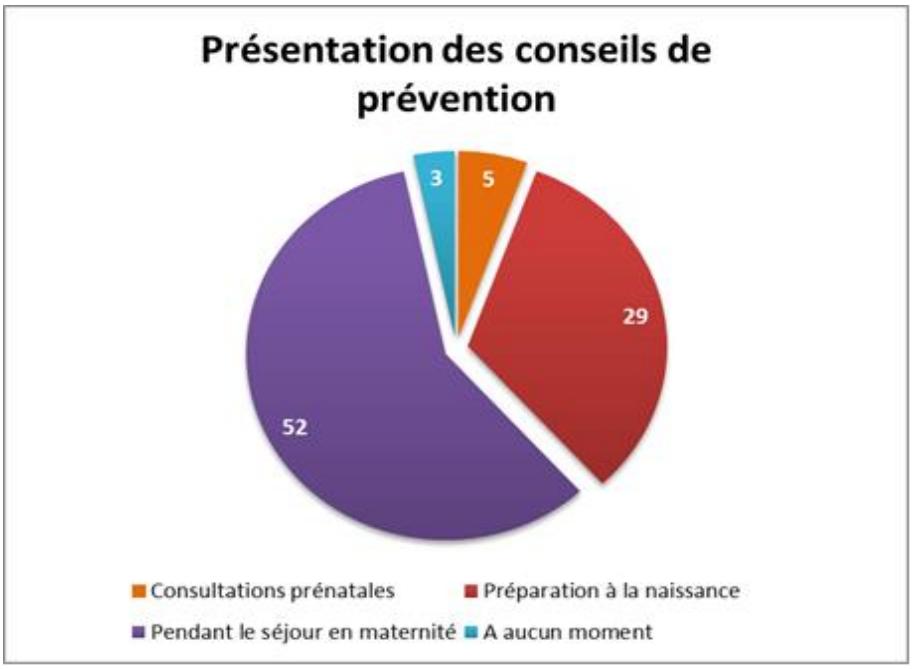
Parmi les supports souhaités, on retrouve des supports en plusieurs langues pour 5 d'entre elles, des flyers pour 15 autres, mais aussi ponctuellement, des affiches, brochures et supports vidéo.

L'utilité des supports selon les sages-femmes interrogées est répertoriée sur le graphique ci-dessous :



On constate que l'utilité des supports est multiple. Parmi les principaux atouts, on retrouve l'impact des images avec 57% (N=34), la relecture possible pour les parents avec 53% (N=32) et l'aide aux explications avec 50% (N=30). L'aide en cas de barrière de la langue représente également un taux important avec 47% (N=28). 42% de notre effectif (N=25), déclarent que les supports facilitent l'abord du sujet et 32% (N=19) qu'ils permettent la diffusion de l'information aux proches.

Comme le graphique ci-dessous le montre, les conseils sont donnés majoritairement en suites de naissance et une partie non négligeable lors des cours de préparation à la naissance.

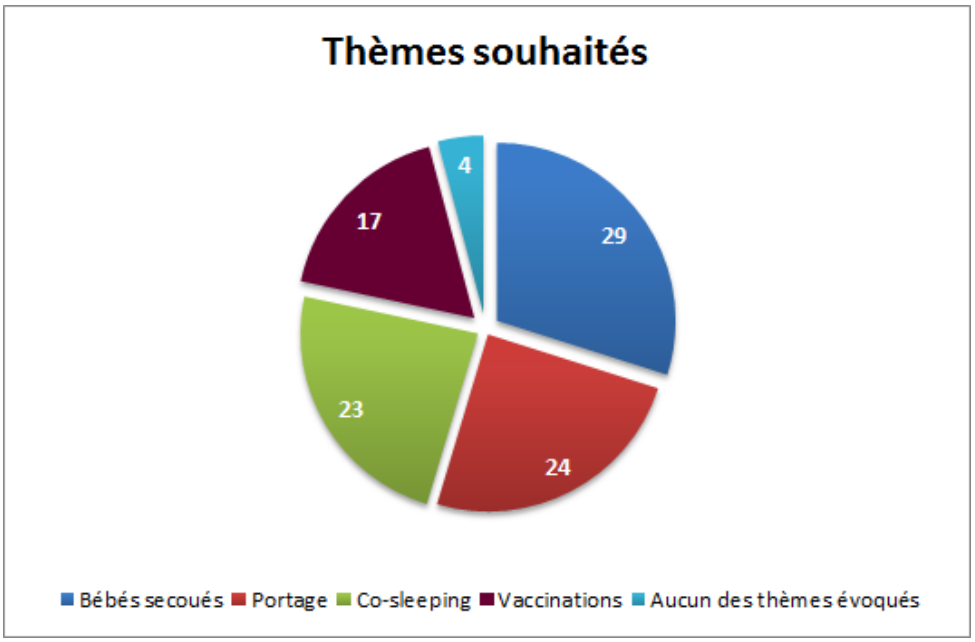


A la question évoquant les raisons pour lesquelles la sage-femme n'a pu parler des conseils de prévention, 49 sages-femmes ont répondu. Leurs réponses sont répertoriées sur le graphique ci-après :

Parmi les raisons pour lesquelles les conseils ne sont pas abordés, on retrouve en première position le manque de temps pour 25 d'entre elles, suivi par les collègues qui informent déjà

le couple (18 personnes) et la barrière de la langue (19 personnes). 10 évoquent la difficulté pour aborder le sujet ce qui représente 20%. En dernière position avec 3 réponses, on retrouve le manque de connaissances sur le sujet par le professionnel et les parents déjà informés selon le professionnel.

La dernière question porte sur les thèmes que les sages-femmes souhaiteraient voir évoquer lors d'une prochaine journée d'information. Elles avaient le choix entre : bébés secoués, portage, co-sleeping, vaccinations ou aucun des thèmes évoqués. Les réponses sont répertoriées dans le graphique ci-dessous :



En tête, on retrouve le bébé secoué avec 48% (N=29), suivi par le portage avec 40% (N=24) et le co-sleeping avec 38% (N=23). La vaccination arrive en dernière position avec 28% (N=17).

3 TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

3.1 Forces et limites de l'étude

Parmi les points positifs de cette étude, nous pouvons souligner qu'elle est multicentrique, concerne des établissements publics et privés et regroupe également les 3 niveaux possibles de maternité.

De même, à l'exception de la clinique Victor Pauchet où nous enregistrons un taux de participation de 35% (14/40), celui-ci atteint 50% à Abbeville (avec 10/20), plus de 53% pour le CHU d'Amiens (24/40) et 78% pour Péronne (7/9). Globalement sur 111 questionnaires distribués 60 ont été utilement renseignés. En conséquence, l'échantillon de l'étude constitué d'une population homogène de sages-femmes peut être raisonnablement considéré comme représentatif.

La distribution des questionnaires en format papier, à partir d'un envoi par courrier électronique ou déposés directement dans les services correspond à un mode de communication traditionnel et pratique. Il a permis de collecter directement le questionnaire après avoir été renseigné par la sage-femme. Il est probable que sans ce type de support et de nombreux contacts sur place ou par téléphone, le nombre de réponses aurait été sensiblement inférieur à celui qui a été obtenu.

Certes, des questions auraient pu être ajoutées portant sur la nature de l'information dispensée et celle de la formation effectuée (durée de la formation). On aurait également pu aborder le carnet de santé comme support d'information, car nous avons vu que le contenu de ce carnet avait évolué pour tenir compte des facteurs de MIN.

De même, malgré le fait que le questionnaire s'adresse à des professionnels, les notions de MIN et de MSN auraient pu être plus clairement explicitées pour cerner plus clairement les situations envisagées.

3.2 Les biais

Cette étude étant basée sur le volontariat, il existe un biais d'auto-sélection. On peut en effet supposer que les sages-femmes ayant répondu étaient intéressées par le sujet. De même, le questionnaire a été laissé en version papier dans les services. Il est donc possible que les sages-femmes aient répondu à plusieurs. Néanmoins, si tel est le cas, il aura ainsi servi de support aux échanges et à la discussion entre elles, permettant ainsi la transmission d'informations.

Les questionnaires ont été laissés à la disposition des sages-femmes dans les différents services (maternité, salles de naissance, surveillance de grossesses) mais il se peut que certaines d'entre elles ne travaillent pas ou peu dans les services de maternité. Ce qui pourrait expliquer pourquoi certaines sages-femmes ont répondu aborder rarement voire jamais les conseils de prévention (exemple : surveillance de grossesses).

Finalement cet examen des forces et limites de l'étude ne révèle pas de défauts majeurs qui seraient de nature à remettre en cause sa pertinence.

3.3 Discussion et analyse des résultats

Avec un taux de réponse de plus de 50 % portant sur une population homogène, le questionnaire, support à notre étude, nous permet de dresser un état des lieux des connaissances des sages-femmes du département de la Somme sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson.

3.3.1 Un constat rassurant quant à la conformité des connaissances des sages-femmes avec les recommandations des organismes spécialisés

D'une manière générale nous n'avons pas constaté de divergences dans les réponses en fonction des établissements d'exercice. En ce qui concerne l'expérience professionnelle des sages-femmes, compte tenu du manque de représentation de certaines tranches d'âge (notamment celles de 26 ans d'ancienneté et plus), nous avons décidé pour la suite de l'étude, de ne retenir que deux tranches, les moins de 10 ans et les plus de 10 ans d'expérience, ce qui nous a permis, sur la base d'une durée d'ancienneté pertinente, de séparer les sages-femmes

expérimentées de celles qui le sont moins. Nous avons pu également, de ce fait, disposer d'effectifs équilibrés avec 30 personnes par tranche d'ancienneté et mettre ainsi en évidence que le nombre d'années d'expérience est sans impact significatif quant au niveau de connaissances.

Il ressort de l'exploitation des 60 questionnaires tels qu'elle est reportée ci-dessus, que les recommandations relatives à la prévention de la MIN sont, dans leur grande majorité, correctement connues.

Ainsi, concernant la position de couchage, on constate que sur 60 sages-femmes, 54 d'entre elles, soit 90%, recommandent de coucher l'enfant uniquement sur le dos conformément aux recommandations en matière de prévention de la MIN [11]. On obtient le même taux en ce qui concerne l'utilisation d'un matelas ferme, adapté aux dimensions du lit.

La recommandation concernant l'utilisation d'une gigoteuse ou turbulette, adaptée à la saison ainsi qu'à la taille de l'enfant, est bien connue avec un taux de réponse de 93% (N=56).

Concernant la place des objets dans le lit, 51 sages-femmes (85 %) reprennent la recommandation de l'AAP préconisant de n'en laisser aucun [11].

La recommandation concernant la température idéale de la chambre varie selon les études mais l'environnement surchauffé est unanimement reconnu comme étant préjudiciable pour l'enfant. En prenant 20°C comme limite haute, correspondant aux recommandations de « Naitre et Vivre » et de l'UNICEF-UK, 58 sages-femmes, soit 97% des réponses, appliquent cette limite.

Bien que l'on ne puisse en expliquer les mécanismes, des études ont montré que le tabagisme maternel prénatal augmente par 2 ou 3 le risque de mort subite [6]. Ce danger représenté par le tabagisme prénatal de la mère a été mentionné par 43 sages-femmes, soit 71% des réponses. Si le tabagisme maternel prénatal augmente les risques, il en va de même pour le tabagisme passif après la naissance de l'enfant. Il est donc recommandé de fumer à l'extérieur, à distance des non-fumeurs, comme a répondu une majorité des sages-femmes concernées par l'étude (N=53).

En ce qui concerne la connaissance des facteurs protecteurs de MIN, le plus connu dans notre échantillon (sans différence selon l'ancienneté ou l'établissement d'exercice) est

l'allaitement maternel avec 73% (N=44), facteur le plus souvent évoqué. Ce résultat est conforme aux préconisations de la HAS qui a publié en 2002 des recommandations relatives à l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant en s'appuyant sur ses effets bénéfiques sur son développement ainsi que sur son rôle protecteur vis-à-vis des infections [22]. Le second facteur protecteur le mieux connu dans notre échantillon est le partage de la chambre ou « room-sharing » avec 70% (N=43) des réponses. En effet, l'AAP s'appuie sur quatre études, allant de 1995 à 2005, qui ont montré que le partage de la chambre avec les parents diminue le risque de MSN jusqu'à 50% [11]. C'est la raison pour laquelle il est recommandé au-moins durant les six premiers mois de la vie. Cette recommandation fait partie de la mise à jour du carnet de santé de 2018 (ANNEXE V) [23].

En outre, la vaccination est également évoquée comme étant un facteur protecteur de la MIN. Des recommandations de l'AAP en font état ainsi que d'autres études [15]. La mauvaise compréhension du terme MIN pourrait expliquer le fait que dans notre étude, seulement 20% (N=12) des sages-femmes ont répondu qu'elle faisait partie des facteurs protecteurs. Il apparait qu'il aurait fallu définir le terme de MIN au début du questionnaire.

Enfin, si les recommandations concernant la plagiocéphalie ne remettent pas en cause les préconisations reprises ci-dessus concernant la position dorsale comme seule position de couchage ainsi que l'absence d'objets dans le lit, certains professionnels le font en préconisant un couchage latéral et l'utilisation de cale-bébé. Des membres de l'association ANCReMIN se sont élevés contre la « désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie » dans un article publié en 2017 [17]. 62% des sages-femmes (N=37) interrogées ont répondu conformément aux recommandations, à savoir qu'il faut stimuler le bébé pendant les périodes d'éveil. Bien que ce ne soit pas la majorité, il n'en reste pas moins vrai que 35% (N=21) des sages-femmes ont répondu qu'il est recommandé de varier les positions de couchage et 5% (N=3) et de recourir à un cale bébé. À noter qu'il n'existe pas de différences selon les établissements ou le degré d'ancienneté dans notre échantillon.

Nous pouvons donc conclure, à l'issue de l'exploitation des questionnaires, que le panel de sages-femmes interrogées a des connaissances conformes aux recommandations concernant les facteurs de risque de la MIN. Il est toutefois essentiel de continuer d'informer et former les professionnels conformément au souhait exprimé par 48 sages-femmes (80 %)

afin que la bonne information des familles et de tous ceux qui sont en charge des tout-petits puisse continuer à être assurée et développée.

Concernant la formation des sages-femmes, l'arrêté de 2011 relatif au Diplôme de Formation Générale en Science Maïeutique ne donne pas de précisions quant à la nature de l'action de prévention qui doit être réalisée dans le domaine de la santé de l'enfant [24]. Néanmoins, 50 sages-femmes, soit 83%, déclarent avoir bénéficié a minima d'une information pendant leurs études. On peut donc supposer que des écoles choisissent la MIN comme action de prévention. Cependant 16 sages-femmes sur les 22 (73%) se sentant peu informées, ont disposé de cette information, dont une majorité a moins de 10 ans d'expérience (10/16). Bien que l'on ne connaisse pas précisément l'information dont elles ont disposé_on pourrait envisager d'associer les étudiants sages-femmes aux journées d'information, qui ont lieu tous les ans au mois de septembre, et leur permettre ainsi de rencontrer des interlocuteurs divers pour aborder ce sujet difficile. Au-delà des connaissances théoriques, cette approche plus opérationnelle pourrait leur permettre de disposer de clés utiles afin d'aborder plus facilement les conseils de prévention auprès des parents.

Sur les 60 sages-femmes qui ont répondu, 48 d'entre elles, soient 80%, souhaiteraient avoir davantage d'informations sur le sujet, notamment celles ayant moins de 10 ans d'expérience (27/60 versus 21/60). Nous avons constaté que la population de notre étude s'informe principalement lors des journées d'information (N=29) et auprès des collègues (N=28) à l'exception des sages-femmes des CPP et de l'établissement d'Abbeville qui n'ont participé à une journée d'information qu'à hauteur de 20% (1/5 et 2/10). Le plus fort taux de notre échantillon provient de la clinique V. Pauchet avec 71% (10/14). Concernant les CPP, seule une sage-femme a participé à une journée d'information mais il s'agit d'une personne exerçant également au CHU d'Amiens.

De manière générale, notre étude tend à montrer que les sages-femmes continuent de s'informer tout au long de leur carrière professionnelle, conformément aux obligations de développement professionnel continu (DPC) [25]. C'est probablement la raison pour laquelle un nombre important d'entre elles ayant plus de 10 ans d'expérience, se sent suffisamment informé.

L'objectif 2019 du CRPMIN est de toucher toutes les maternités de la région, ce qui parait essentiel car une prévention efficace passe par l'information et la formation de tous les professionnels de santé.

3.3.2 Mais il existe encore des marges de progression à exploiter pour réduire encore le nombre de MIN.

Comme nous l'avons vu plus haut, la France est l'un des pays d'Europe présentant un fort taux de prévalence de MIN. Il parait dès lors essentiel de sensibiliser les professionnels sur les facteurs protecteurs et permettre ainsi une meilleure sensibilisation des parents, notamment sur le fait que le couchage des bébés n'est pas un effet de mode mais un réel enjeu de santé publique.

Or seulement 25% des sages-femmes abordent la prévention de la MIN de façon systématique. Il paraît donc important de généraliser cette pratique, y compris aux autres professionnels. Lors de notre étude, nous avons constaté que beaucoup de sages-femmes, soit 50% (N=30) souhaitent disposer de supports afin de faciliter les explications ou même tout simplement pour aborder le sujet 42% (N=25).

Parmi les réponses obtenues, bien que non proposé dans notre questionnaire, le carnet de santé a été mentionné comme support disponible par certaines sages-femmes. Celui-ci vient d'être actualisé en février 2018 par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour une entrée en vigueur en avril. Il contient des modifications inspirées par la connaissance des mesures de prévention de la MIN qui méritent d'être soulignées (ANNEXE V) [23] :

- La suppression du tour de lit : la précédente version du carnet de santé représentait un lit doté d'un tour de lit
- La mention du partage de la chambre pendant les six premiers mois de la vie fait son apparition
- Les recommandations vaccinales ont été mises à jour pour suivre les modifications du calendrier vaccinal et l'extension des obligations.
- La mention de MSN est remplacée par celle de MIN dans cette nouvelle version

Cependant, les nouvelles recommandations ne mentionnent pas les moyens de prévenir la plagiocéphalie qui n'est certes pas un facteur de risque de MIN mais peut néanmoins conduire à des situations dangereuses. Le carnet de santé reste un bon support d'informations qui a l'avantage d'être toujours à disposition des parents, en espérant bien sûr qu'ils le lisent. D'où l'intérêt de donner des moyens supplémentaires aux professionnels pour faciliter les conseils de prévention et faire face aux « fausses croyances ». L'association « Naitre et Vivre » a créé des plaquettes appelées « Protégez-moi », regroupant tous les conseils de prévention avec des illustrations. Ces plaquettes sont disponibles également en anglais et peuvent tout à fait répondre aux attentes des professionnels.

Les sages-femmes invoquent souvent le manque de temps pour informer les patientes pendant le séjour en maternité en complément des informations qui sont données pendant la grossesse. Des réunions pourraient être proposées aux parents avant la sortie de maternité afin de diffuser les conseils de prévention de façon collective et d'en toucher ainsi un plus grand nombre. Toutefois les moyens ne sont pas illimités et les conseils et informations devront faire l'objet d'une distribution sélective et en tout premier lieu à destination des populations à risque. Comme nous l'avons vu plus haut, dans le modèle du triple risque, un facteur de MIN est constitué par un stress exogène lié au milieu dans lequel vit le nourrisson. On a évoqué la situation socio-économique du ou des parents. On sait qu'en France ce facteur présente une importance certaine dans le Nord-Pas-de-Calais et en Languedoc-Roussillon, pour conserver les anciennes limites régionales mentionnées dans les études. Un phénomène semblable de surreprésentation de la MIN a été constaté en Nouvelle Zélande parmi des populations représentant divers critères, tels qu'une situation économique défavorisée, un statut de parent isolé, le très jeune âge de la mère, un faible niveau scolaire, l'origine maori, le faible poids de naissance, la naissance prématurée [26]. Ces constats rejoignent ceux qui sont fait en France. Il convient en conséquence de consacrer plus de temps aux populations fragilisées pour la prévention.

3.4 Place des professionnels de santé dans la prévention de la MIN

Notre étude porte uniquement sur les sages-femmes hospitalières mais les professionnels concernés par cette prévention sont multiples. En effet, le sujet touche l'ensemble du réseau de périnatalité.

La grossesse est un moment privilégié pour sensibiliser les femmes à l'arrêt du tabac. A ce sujet, la sage-femme a un rôle important puisqu'elle peut, depuis le 26 janvier 2016, prescrire des substituts nicotiniques aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale [27]. Pendant la grossesse, une femme peut voir un gynécologue-obstétricien, un médecin traitant ou encore une sage-femme, que ce soit en libéral ou dans une structure hospitalière. Bien que lors d'une consultation on ne puisse pas aborder l'ensemble des recommandations, il importe que les professionnels soient bien informés afin de répondre au mieux aux questions des parents (matériel à acheter…). Durant leur grossesse, les femmes ont également la possibilité de participer à des cours de préparation à la naissance. Parmi les objectifs, on retrouve l'encouragement, « à chaque étape de la grossesse, de l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains pour leur santé et celle de l'enfant » ainsi que la participation « à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur » selon les recommandations de la HAS qui datent de 2005 [28]. En parler pendant la grossesse peut permettre d'éviter aux parents d'acheter des accessoires inutiles voire dangereux. L'enquête périnatale de 2016 constate que la participation des femmes au cours de préparation à la naissance est en augmentation avec une majorité de primipares. Même si l'information est abordée à cette occasion, elle peut l'être à nouveau après l'accouchement car la répétition des informations ne peut que permettre une meilleure sensibilisation. De plus, comme beaucoup d'informations sont données aux parents pendant la grossesse et avant la sortie de la maternité, il est possible que les parents ne les entendent pas toujours. A noter que la sage-femme de PMI organise également le suivi de grossesse et des cours de préparation à la naissance. De plus, elle rend visite aux femmes à risques (jeunes mères, célibataires, au chômage, lorsque la grossesse a été déclarée tardivement…).

En maternité, l'information peut être distribuée par les sages-femmes comme vu précédemment, mais également les auxiliaires de puériculture et puéricultrices, les infirmières ainsi que les pédiatres. L'enquête périnatale de 2016 révèle que seulement 51,4% des femmes interrogées à J2 du post-partum ont reçu une information concernant le couchage lors de leur passage dans le service de maternité [8]. L'information en maternité ne doit pas être négligée car tout ce qui sera vu et fait en maternité sera reproduit à la maison. L'étude NEOCORD de

2013, a conclu que l'impact des informations transmises pendant le séjour en maternité est encore fort 1 mois après.

Depuis 2010, le PRADO maternité a pour objectif de permettre aux femmes ayant accouché sans complication (voie basse ou césarienne) d'un enfant unique, de quitter la maternité tout en bénéficiant d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale (deux visites possibles). Depuis fin 2015, une expérimentation est en cours dans certains établissements. Elle vise à proposer les mêmes services mais dans le cadre d'une sortie précoce (dans les 24 à 72h après un accouchement par voie basse ou dans les 96 h après une césarienne) [29]. 57% (N= 435 000) des naissances en France en 2017 ont donné lieu à un accompagnement PRADO [30]. Si ces sorties précoces se généralisent, la sage-femme libérale aura un rôle plus important à jouer dans la prévention dans la mesure où les sages-femmes hospitalières disposeront de moins de temps pour dispenser des conseils, compte tenu d'une durée d'hospitalisation réduite. Parmi les autres professionnels, acteurs de cette prévention, on retrouve le médecin qui suit le nourrisson (médecin traitant, pédiatre) ainsi que le réseau de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Lorsque l'enfant grandit, le personnel des crèches et les assistants maternels sont à leur tour investis de cette mission. Dans les premières années de vie de l'enfant, chacun de ces professionnels participe à l'information et la sensibilisation des parents afin d'éviter tout risque de MIN.

CONCLUSION

Entre 1991 et 1997, le nombre de morts subites du nourrisson a considérablement diminué, notamment grâce aux campagnes de prévention et d'information relayées par l'action des professions de santé. Même s'il s'agit d'un phénomène statistiquement faible, il s'agit d'un évènement dramatique dont la survenance doit être la plus faible possible au regard des données acquises de la science.

Notre étude a permis de mettre en avant les connaissances des sages-femmes hospitalières de la Somme concernant cette prévention. Cependant, l'information n'est pas encore délivrée de façon systématique chez tous les professionnels concernés et l'effort dans cette direction doit être maintenu.

Mais depuis une vingtaine d'année, le nombre de MIN se stabilise. Pourtant, chaque année des décès pourraient être évités si les recommandations étaient respectées. C'est donc aux professionnels de santé, en lien avec des futurs et/ ou des jeunes parents, d'assurer l'information de façon systématique, en adressant une attention toute particulière aux populations notamment à faible niveau socio-économique, qui sont les plus exposées.

Par ailleurs les recherches tendent à faire ressortir des facteurs inconnus de MIN, notamment génétique. Ainsi, lors du 6ème congrès de l'association ANCReMIN, qui aura lieu le 21 septembre prochain, il sera fait mention d'un gène, le PPA2, qui serait impliqué dans de rares formes de MIN d'origine cardiaque. D'autres médecins se penchent plus sur la régulation du système nerveux autonome du nourrisson car il contrôle les fonctions vitales tel que la température, la digestion, la réponse au stress environnemental et l'adaptation à l'effort [31]. Ces nouveaux facteurs nécessiteront sans doute un suivi personnalisé des personnes ou familles affectées.

Enfin les médias et réseaux sociaux ne véhiculent pas toujours une information correcte. En effet, un article de 2017 a conclu que dans la presse écrite et numérique, les recommandations pour la prévention de la MIN ne sont pas représentées. Une telle situation est de nature à contrecarrer les efforts des professionnels, si le grand public entend un discours divergent du leur. Une campagne de sensibilisation des médias permettrait d'harmoniser les discours et les représentations avant de s'adresser au grand public [32].

BIBLIOGRAPHIE

[1] BLOCH J, DENIS P, JEZEWSKI-SERRA D. Institut de veille sanitaire. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans – Enquête nationale 2007-2009. [En ligne]. Disponible sur : < http://www.invs.sante.fr >. (Consulté le 24 février 2018).

[2] NAITRE ET VIVRE. Données statistiques, 2013. [En ligne]. Disponible sur : < http://naitre-et-vivre.org/>. (Consulté le 24 février 2018).

[3] AOUBA A, PEQUIGNOT F et al. Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°3-4 (22 janvier 2008).

[4] FILIANO JJ, KINNEY HC. A Pespective on Neuropathologic Findings in Victims of Sudden Infant Death Syndrome : The Triple-Risk Model. Biol Neonate 1994;65:194-197.

[5] HAS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Janvier 2015 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/> (Consulté le 09 août 2018).

[6] CHERON G, TIMSIT S. Tabac et mort subite du nourrisson. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2003 ; 32 : 33-40.

[7] ROUSSEY M, et al. Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2008 (3-4), 22-24.

[8] INSERM et la DRESS. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Octobre 2017. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf > (Consulté le 16 août 2018).

[9] NAUD J. Malaise et mort inattendue du nourrisson : deux entités différentes. Archives de Pédiatrie 2015 ;22 :1000-1004.

[10] HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Février 2007. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2ans). [En ligne] Disponible sur : < http://www.has-sante.fr >. (Consulté le 24 février 2018).

[11] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, MOON RY. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths : Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics 2016, 138, (5).

[12] IHAB. Prendre soin de votre bébé la nuit – Un guide pour les parents. 2013 [En ligne]. Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/> (Consulté le 15 juillet 2018).

[13] CHANTRY A.A et al. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. La Revue Sage-femme 2016 ;15 :41-50.

[14] SIREN P. The SIDS-critical diaphragm failure hypothesis revisited. Upsala Journal od Medical Sciences. 2013;118(1):62-64.

[15] VENNEMANN MM et al. Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. Vaccine. 2007; 25 : 4875-4879.

[16] HAUCK FR et al. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome ? A meta-analysis. Pediatrics. 2005;116(5):e716/23.

[17] PATURAL H et al. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. Archives de pédiatrie. 2017 ; 24(11) : 1057-1059.

[18] LEVIEUX K et al. The French prospective multisite registry on sudden unexpected infant death (OMIN) : rationale and study protocol. BMJ Open. 2018; 8(4).

[19] NAITRE ET VIVRE. Carte des Centres de Référence. [En ligne] Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/> (Consulté le 25 février 2018).

[20] NAITRE ET VIVRE. FAQ sur le couchage (2013). [En ligne] Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/> (Consulté le 25 janvier 2018).

[21] NAITRE ET VIVRE. Comment coucher votre bébé (2017). [En ligne] Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/> (Consulté le 22 janvier 2018).

[22] HAS. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/> (Consulté le 28 juillet 2018).

[23] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Nouveau carnet de santé de l'enfant. 2018.

[24] MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (2011). [En ligne] Disponible sur : <www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/> (Consulté le 10 août 2018)

[25] ORDRE DES SAGES-FEMMES. La formation continue : le DPC. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> (Consulté le 2 août 2018)

[26] HOUKAMOU C et al. The high price of being labelled « high risk » : Social context as a heath determinant for sudden unexpected infant death in Maori communities. New Zealand College of Midwives Journal. 2016;52:56-61.

[27] ORDRE DES SAGES-FEMMES. Le droit de prescription. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes-.fr/> (Consulté le 10 août 2018).

[28] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) 2005. [En ligne] Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/> (Consulté le 10 août 2018)

[29] HAS. Sortie de maternité après l'accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés 2014. [En ligne] Disponible sur : <https://www.sante-sante.fr/> (Consulté le 10 août 2018).

[30] AMELI. Prado, le service de retour à domicile (2018). [En ligne] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/> (Consulté le 10 août 2018).

[31] NAITRE ET VIVRE. Régulation du système nerveux autonome du nourrisson et ses applications cliniques actuelles. 2013 [En ligne] Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/> (Consulté le 12 août 2018).

[32] GUITTON C et al. Analyse des représentations du couchage des nourrissons. La Revue Sage-Femme 2017 ;16 :180-186.

ANNEXES

ANNEXE I : Carte des centres de référence de la MIN participant à l'OMIN

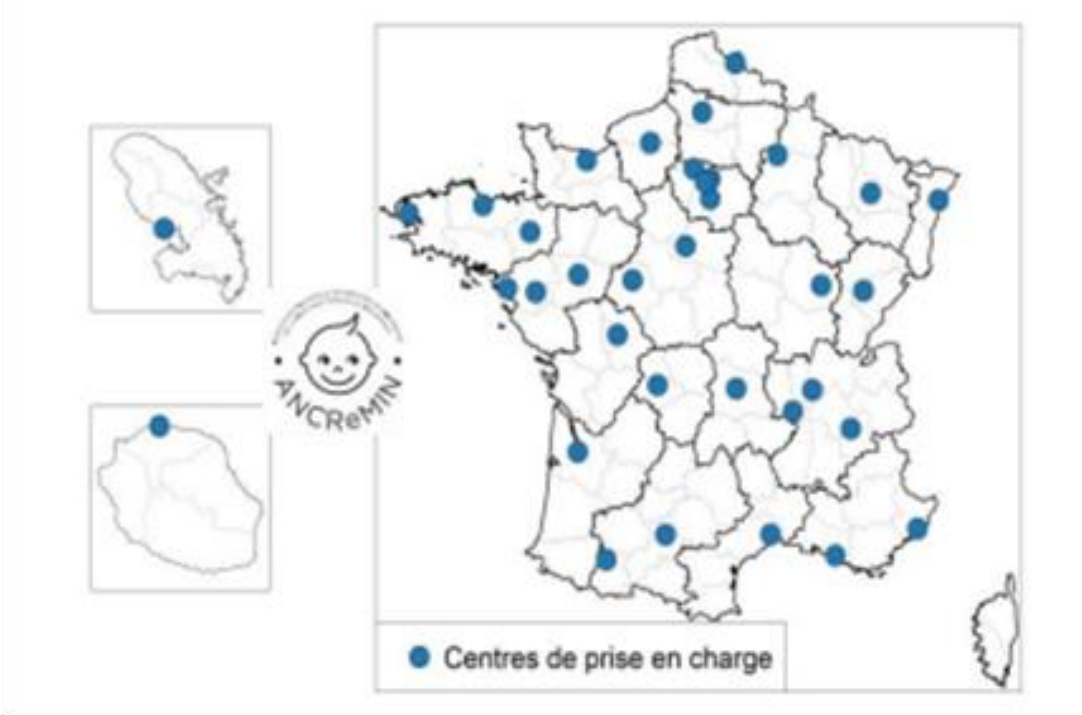
ANNEXE II : Plaquette « Je dors sur le dos »

ANNEXE III : Plaquette « Protégez-moi »

ANNEXE IV : Questionnaire

ANNEXE V : Carnet de santé

ANNEXE I : Carte des centres de référence de la MIN participant à l'OMIN [18]



ANNEXE II : Plaquettes « Je dors sur le dos » [20]

JE DORS SUR LE DOS

ATTENTION À L'UTILISATION DES LITS PARAPLUIE !

Il faut utiliser ces lits uniquement avec le petit matelas qui est vendu avec.
Surtout ne jamais installer de matelas supplémentaire dans ces lits. En effet, les parois de ces lits sont souples et lorsque l'enfant s'y appuie, elles se déforment et bébé peut glisser entre la paroi et le matelas rajouté. Il se retrouve alors coincé entre le matelas et la paroi sans pouvoir respirer librement.

C'EST LA NOUVELLE MODE ?

Non, cette recommandation s'appuie sur de très nombreuses études, depuis 1990 surtout, qui ont prouvé que dormir sur le dos offre le maximum de sécurité au bébé vis à vis du risque de Mort Subite du Nourrisson.

POURQUOI PAS SUR LE CÔTÉ ?

C'est une position instable : si bébé bouge, il peut se retrouver sur le ventre.
Les moyens de contention sont dangereux car ils entravent le bébé et ne le laissent pas libre de ses mouvements.

IL PARAÎT MIEUX SUR LE VENTRE

Certains bébés qui ont des coliques sont plus confortables pour s'endormir sur le ventre : on peut alors les endormir dans les bras puis les recoucher doucement ... les coliques disparaissent normalement vers 2-3 mois. Si l'enfant paraît avoir un reflux douloureux, en parler avec son pédiatre.

ET S'IL RÉGURGITE ?

Lorsque l'enfant régurgite, un réflexe naturel l'empêche d'inhaler ce qu'il recrache.
D'autre part, lorsqu'il dort sur le dos, la tête du bébé se tourne sur le côté, à droite ou à gauche.

POURQUOI LE FAIRE JOUER SUR LE VENTRE ?

Quand il est éveillé, il peut être mis sur le ventre pour s'habituer à se débrouiller dans cette position lorsqu'il se retournera tout seul.
Et cela diminue la déformation du crâne en soulageant les appuis.

ET S'IL SE RETOURNE TOUT SEUL DANS SON LIT ?

C'est qu'il grandit, il faut le laisser faire.
A cette période, il faut être encore plus vigilant sur la qualité de la literie.

SUR LE DOS, SON CRÂNE S'APLATIT

Cela s'appelle une plagiocéphalie.
On peut l'éviter en incitant le bébé à tourner la tête d'un côté ou de l'autre (avec un mobile) et en le faisant jouer sur le ventre très tôt et souvent dans la journée.

ET S'IL FAIT PLUS DE 18-20° ?

Il faut bien le découvrir, un simple body peut suffire en plein été.

CHRU MONTPELLIER

Conception et réalisation - Direction Communication et Relations Publiques - CHRU de Montpellier - 04 67 33 93 43 - 10/08 - G.Faugier

NAÎTRE ET VIVRE

ANNEXE III : Plaquette « Protégez-moi » [21]

PROTÉGEZ-MOI !

PROTÉGEZ-MOI DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

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.

PROTÉGEZ MA SANTÉ EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

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.

ALLÔ DOCTEUR

SAMU 15
ou 112 par téléphone portable

Les règles d'or de ma première année

Illustrations : P. Delestre - Mise en page : Direction de la communication - CHU de Montpellier - G. Faujier - 07/15

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.
- Evitez 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'applatissement 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.

ANNEXE IV : Questionnaire

Place de la sage-femme dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson

Je suis Elise Durand, étudiante sage-femme en M2 d'Amiens.

Dans le cadre de mes études, mon mémoire porte sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson (MIN). Afin de procéder à un état des lieux des connaissances et de la pratique des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier, j'ai mis en place ce questionnaire, qui est confidentiel et anonyme. Il s'adresse à toutes les sages-femmes hospitalières exerçant dans la Somme.

Je vous remercie par avance, du temps que vous prendrez afin d'y répondre.

Cochez la ou les bonne(s) réponse(s) :

1. Vous êtes :
   - ☐ Une femme
   - ☐ Un homme

2. Vous exercez :
   - ☐ CHU d'Amiens
   - ☐ Clinique Victor Pauchet
   - ☐ CH Abbeville
   - ☐ CH Péronne
   - ☐ CPP

3. Vous êtes diplômé depuis :
   - ☐ Moins de 5 ans
   - ☐ Entre 5 et 10 ans
   - ☐ Entre 10 et 25 ans
   - ☐ 26 ans et plus

4. Avez-vous été informé sur la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) lors de vos études ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

5. Concernant la prévention de la MIN, vous vous sentez :
   - ☐ Suffisamment informé
   - ☐ Peu informé
   - ☐ Pas du tout informé

6. Souhaiteriez-vous être davantage informé sur les mesures de prévention ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

7. Avez-vous suivi une formation pour la prévention de la MIN ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

8. Si Oui, il y a :
   - ☐ Moins de 10 ans
   - ☐ Entre 10 et 24 ans
   - ☐ 25 ans et plus

9. Vous êtes-vous déjà informé sur le sujet ?
   - ☐ Sur internet
   - ☐ Lors de journées d'information
   - ☐ Par des collègues (sage-femme ; auxiliaire de puériculture…)
   - ☐ Autres
   - ☐ Non

10. Si vous avez sélectionné « autres », merci de préciser :

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

11. Si non, pourquoi ?
    - ☐ Je me sens suffisamment informé
    - ☐ Je ne sais pas comment m'informer
    - ☐ Je ne suis pas concerné par le sujet

12. Quelle est la recommandation concernant le couchage ? :
    - ☐ Couchage ventral uniquement
    - ☐ Couchage dorsal uniquement
    - ☐ Couchage latéral
    - ☐ Varier les positions

13. Quelle(s) recommandation(s) concernent la place des objets dans le lit ? :
    - ☐ Limiter le nombre d'objets dans le lit
    - ☐ Il est recommandé de ne laisser aucun objet dans le lit
    - ☐ Un tour de lit est recommandé
    - ☐ Aucune recommandation n'est faite

14. Concernant le couchage, il est recommandé :
    - ☐ De mettre bébé sur un matelas ferme, aux dimensions du lit
    - ☐ De faire dormir bébé dans une gigoteuse/turbulette adaptée à sa taille et à la saison
    - ☐ D'utiliser une couverture/ draps/ nid d'ange plutôt qu'une gigoteuse/turbulette
    - ☐ D'utiliser un coussin tête plate/ cale bébé

15. Quelle est la recommandation concernant la température de la chambre ? :
    - ☐ Entre 16°C et 18°C
    - ☐ Entre 18 et 20°C
    - ☐ Entre 20 et 22°C
    - ☐ Plus de 22°C

16. Concernant le tabac :
    - ☐ Fumer pendant la grossesse augmente le risque de MIN
    - ☐ Il est possible de fumer à l'intérieur (maison, voiture) si on aère les pièces
    - ☐ Il est possible de fumer à l'intérieur (maison, voiture) si l'enfant n'est pas présent
    - ☐ Il est recommandé de fumer à l'extérieur

17. Quels sont les facteurs protecteurs de la MIN ?
    - ☐ Allaitement maternel
    - ☐ Partage du lit ou « co-sleeping »
    - ☐ Partage de la chambre ou « room sharing »
    - ☐ La vaccination de l'enfant et de son entourage
    - ☐ Je ne sais pas

18. Concernant la prévention de la plagiocéphalie, les recommandations sont :
    - ☐ Varier les positions de couchage
    - ☐ Utiliser un cale-bébé
    - ☐ Stimuler bébé pendant les périodes d'éveil
    - ☐ Consulter un ostéopathe
    - ☐ Je ne sais pas

19. Dans la pratique, abordez-vous des conseils de prévention contre la MIN ?
    - ☐ Systématiquement
    - ☐ Souvent
    - ☐ Rarement
    - ☐ Jamais

20. Disposez-vous de supports pour informer les patientes ?
    - ☐ Oui et je les utilise
    - ☐ Oui mais je ne les utilise pas
    - ☐ Non mais ce serait utile
    - ☐ Non mais ce serait inutile

21. Sur quel(s) support(s) vous appuyez-vous pour informer les patientes ?
    - ☐ Affiches
    - ☐ Flyers
    - ☐ Aucun

22. Selon vous, quel(s) autre(s) support(s) vous serez utile ? (support vidéo ; flyers en plusieurs langues…)

    .....

    .....

    .....

23. Selon vous, en quoi cela peut vous être utile ?
    - ☐ Impact des images
    - ☐ Relecture possible
    - ☐ Diffusion de l'information aux proches
    - ☐ Aide en cas de barrière de la langue
    - ☐ Facilite l'abord du sujet
    - ☐ Facilite les explications
    - ☐ Pas d'utilité

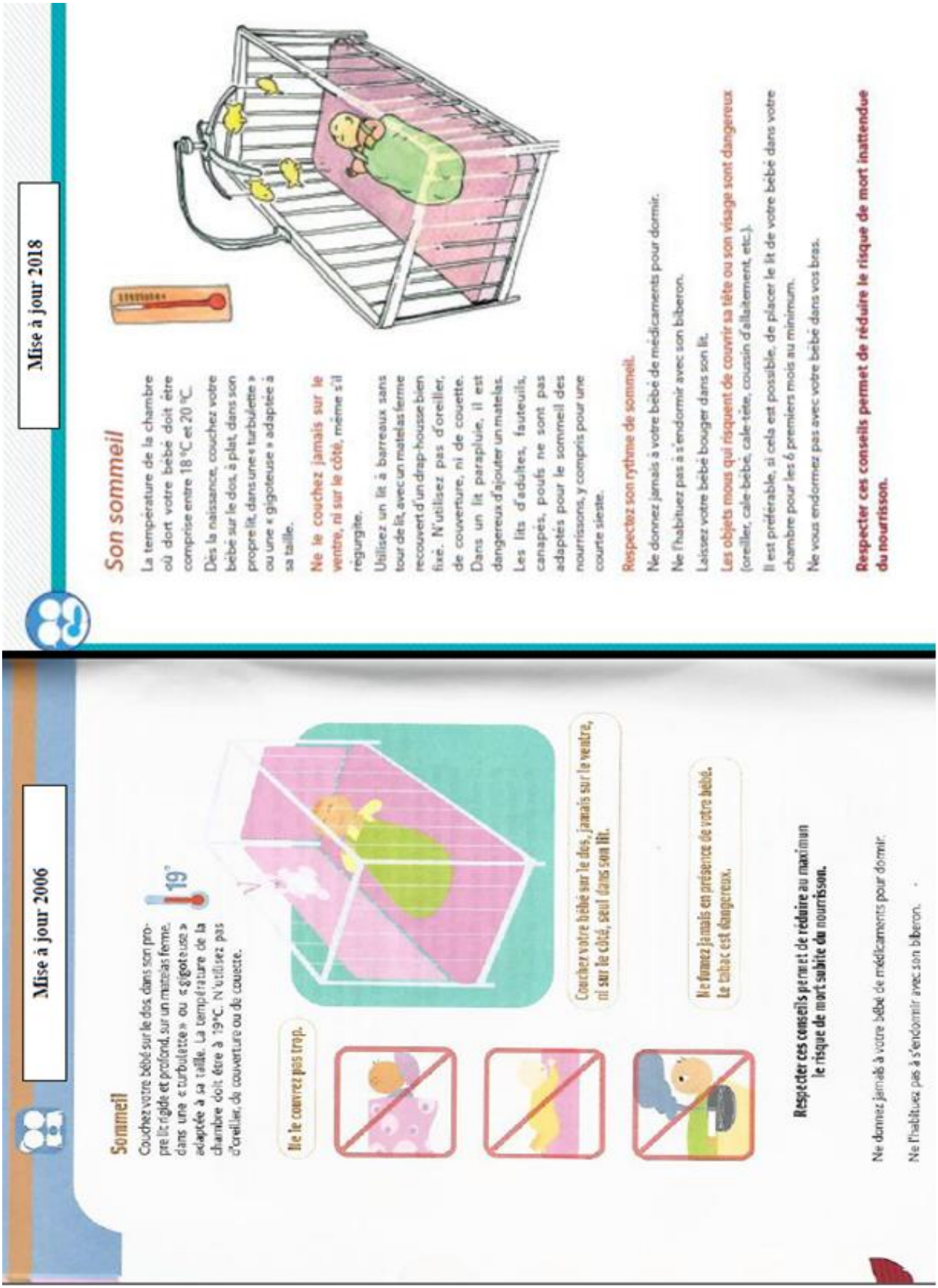
24. A quel moment abordez- vous cette prévention ?
    - ☐ Lors des consultations prénatales
    - ☐ Préparation à la naissance
    - ☐ Suites de couches
    - ☐ A aucun moment

25. Quels conseils abordez-vous avec les parents concernant la prévention de la MIN ? :
    - ☐ Couchage (co-sleeping, room sharing…)
    - ☐ Literie (matelas, tour de lit…)
    - ☐ Objets dans le lit
    - ☐ Température de la chambre
    - ☐ Tabac chez les parents fumeurs
    - ☐ Prévention de la plagiocéphalie

26. Quand vous ne l'abordez pas, pour quelles raisons ? :
    - ☐ Par manque de temps
    - ☐ Par manque de connaissances sur le sujet
    - ☐ Par difficultés pour aborder le sujet (peur d'angoisser les parents)
    - ☐ Barrière de la langue
    - ☐ D'autres professionnels informent déjà les couples
    - ☐ Selon vous, les parents sont déjà informés

27. Dans le cadre des semaines de prévention qui ont lieu chaque année sur la MIN, y-a-t-il un thème que vous souhaiteriez voir évoquer ?
    - ☐ Bébés secoués
    - ☐ Portage
    - ☐ Co-sleeping
    - ☐ Vaccinations
    - ☐ Aucun des thèmes évoqués

ANNEXE V : Carnet de santé [23]



Mise à jour 2006

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.

19°

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.

Mise à jour 2018

Son sommeil

La température de la chambre où dort votre bébé doit être comprise entre 18 °C et 20 °C.

Dès la naissance, couchez votre bébé sur le dos, à plat, dans son propre lit, dans une « turbulette » ou une « gigoteuse » adaptée à sa taille.

Ne le couchez jamais sur le ventre, ni sur le côté, même s'il régurgite.

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture, ni de couette. Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un matelas. Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, pouffs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Respectez son rythme de sommeil.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

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

Laissez votre bébé bouger dans son lit.

Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux (oreiller, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, etc.).

Il est préférable, si cela est possible, de placer le lit de votre bébé dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

Respecter ces conseils permet de réduire le risque de mort inattendue du nourrisson.

RESUME

Etude sur les sages-femmes hospitalières de la Somme et la mort inattendue du nourrisson (MIN), réalisée à partir d'un questionnaire portant sur leurs connaissances et pratiques concernant la prévention de la MIN. Le questionnaire était disponible dans les services sous format papier. Sur les 60 questionnaires récupérés, on constate que les mesures de prévention très largement connues par les sages-femmes, qui ne sont toutefois que 25% à les aborder systématiquement. Il parait essentiel d'encourager les professionnels à travailler dans ce sens et de cibler les populations à risques afin de diminuer le nombre de MIN qui chaque année pourraient être évitées si l'on respectait les mesures de prévention.

Mots clés : Mort subite du nourrisson – Mort inattendue du nourrisson – prévention – sage-femme