



**HAL**  
open science

**État des lieux des méthodes de prévention de la Mort  
Inattendue du Nourrisson par les médecins généralistes  
et les pédiatres libéraux en Gironde de octobre 2018 à  
juin 2019 : étude qualitative par entretiens individuels  
semi-dirigés**  
Émeline Collomb

► **To cite this version:**

Émeline Collomb. État des lieux des méthodes de prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson par les médecins généralistes et les pédiatres libéraux en Gironde de octobre 2018 à juin 2019 : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02444070

**HAL Id: dumas-02444070**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02444070>**

Submitted on 17 Jan 2020

**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.

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**  
Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2019 par

**Émeline COLLOMB**

Née le 21 janvier 1989 à Saint Mandé (94)

**État des lieux des méthodes de prévention de la Mort  
Inattendue du Nourrisson par les médecins généralistes et les  
pédiatres libéraux en Gironde de octobre 2018 à juin 2019 :  
Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.**

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Olivier Richer

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph	Président
Monsieur le Professeur Olivier Brissaud	Rapporteur
Monsieur le Docteur William Durieux	Juge
Madame le Docteur Adeline Robelin	Juge
Monsieur le Docteur Olivier Richer	Juge

## REMERCIEMENTS

Au Docteur Olivier Richer, merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse et de m'avoir accordée de ton temps, si précieux !

Au Professeur Olivier Brissaud, vous me faites l'honneur de rapporter ce travail et je vous en remercie.

Merci pour vos conseils avisés afin améliorer la qualité de mon travail, ainsi que pour vos encouragements.

Au Professeur Jean-Philippe Joseph, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Veuillez recevoir ici ma profonde considération.

Au Docteur William Durieux, vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Au Docteur Adeline Robelin, merci pour tes conseils en tant que responsable du Centre Régional de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson d'Aquitaine.

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

À Camille Legleye, médecin adjoint à la PMI de Langon. Un grand merci pour ta contribution à ma thèse !

À Céline et Mélanie, pour votre regard anglophone sur mon résumé !

Merci aux équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat :

À l'équipe de médecine interne de Lesparre-Médoc, où j'ai appris à être interne. Merci à l'équipe paramédicale pour leur bienveillance pendant ce semestre.

À l'équipe du service de cardiologie d'Agen. Merci pour votre bonne humeur.

À l'équipe des urgences d'Agen. Un super semestre, très formateur, avec de belles rencontres.

Aux Docteurs Eric de Beaulieu et Alain Godart, merci pour votre accueil et pour votre enseignement. Merci de votre confiance et de m'avoir fait partager votre beau métier.

À l'équipe des Urgences pédiatriques et du post-urgence de l'Hôpital des Enfants. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Un semestre intense, mais tellement formateur !

À l'équipe de Médecine d'Aval des Urgences de l'Hôpital Robert Picqué, merci pour votre encadrement et nos échanges enrichissants durant ce semestre.

À mes parents, merci pour votre amour inconditionnel. Merci pour votre accompagnement et vos encouragements pendant ces longues années d'étude ! Sans vous, je n'y serais pas arrivée !

À mon petit frère, Alexis.

À mes amis de Laënnec :

À ma sous-colle : Marie, Clémence et Antoine. Désignée la « sous-colle de l'amour », ce n'est pas pour rien ! Merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur qui a égaillée nos soirées de travail !

À Camille, Maxime, Delphine et Nicolas, quelle joie de poursuivre l'aventure à Bordeaux avec vous ! Votre amitié m'est précieuse.

À Agathe, Christophe, Clémence, Inès, Quitterie, Stanislas et Marine.

À mes amis rencontrés pendant l'internat : Marie-Capucine, Marianne, Maxime, Anne.

À mes amies parisiennes :

À Marie, un grand merci pour notre belle amitié qui dure depuis plus de quinze ans ! Et qui compte beaucoup pour moi.

À Éléonore, merci pour ton amitié fidèle et précieuse.

À Louise et Céline, merci d'avoir été là pour me changer les idées quand j'en avais bien besoin !

À mes amis bordelais : Sophie, Sarah, Dimitri, Henri...

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANCRéMIN : Association Nationale des Centres Référents des Mort Inattendue du Nourrisson

APMS : Assureurs pour la Prévention en Matière de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DGS : Direction Départementale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin généraliste

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

OMIN : Observatoire national français des MIN

PMI : Protection maternelle et infantile

SIDS : Sudden Infant Death Syndrome

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
TABLE DES MATIERES.....	6
INTRODUCTION :.....	7
LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON .....	9
Définitions.....	9
Contexte historique .....	10
Epidémiologie .....	12
Place de la Mort inattendue du Nourrisson dans la mortalité infantile.....	15
Les facteurs de risques de la mort subite du nourrisson :.....	16
Mesures de prévention .....	17
Les acteurs et les outils à disposition pour faire la prévention primaire de la MSN .....	20
MATERIEL ET METHODE :.....	22
1. Type d'étude : .....	22
2. Population étudiée : .....	22
3. Le guide d'entretien.....	22
4. Le déroulement des entretiens.....	23
5. Transcription des entretiens.....	23
6. Analyse des entretiens .....	23
7. La saturation des données .....	24
RESULTATS :.....	25
1. <u>Description de la population</u> .....	25
2. <u>Analyse des entretiens</u> .....	26
1. Conscience de la nécessité de faire de la prévention primaire sur la MIN .....	26
2. Les autres acteurs.....	27
3. L'utilisation des outils.....	27
4. Le type d'approche.....	32
5. Les freins .....	38
6. Les attentes de médecins .....	45
7. La fréquence de la prévention.....	48
8. Les consultations « clés » .....	50
9. Le moment dans la consultation .....	51
10. Les réponses apportées aux parents .....	52
11. Les attentes de parents.....	54
12. Les limites de la prévention .....	55
3. <u>Nuage de mots</u> .....	57
DISCUSSION .....	58
1. Confrontations des principaux résultats aux données de la littérature.....	58
2. Les limites et biais de l'étude .....	67
3. Perspectives .....	68
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE .....	70
ANNEXES.....	73
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	81

## INTRODUCTION :

La Mort Subite du Nourrisson (MSN) est définie par une « mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpliquée après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure. » (1)

L'entité Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) regroupe les MSN, ainsi que les décès expliqués par une pathologie aiguë et brutale, un accident, un traumatisme, ou un empoisonnement. (2)

C'est un enjeu majeur de santé publique. En effet, c'est la première cause de mortalité chez les nourrissons de 1 mois à 1 an. (3)

Les campagnes de prévention, au début des années 90, axées sur le mode de couchage sur le dos, ont permis une nette diminution du taux de MSN. Cependant, il n'y a pas eu de nouvelle campagne de prévention depuis 1996 et le taux de MIN stagne autour de 500, dont 250 MSN par an en France. Les causes sont multifactorielles. En effet, la survenue de la MIN est souvent la conséquence de l'association d'une période critique (2 mois à 4 mois) avec des facteurs intrinsèques et/ou des facteurs extrinsèques. C'est sur ces facteurs extrinsèques que l'on peut intervenir.

On estime à plus d'une centaine le nombre de décès de nourrisson évitables. (4)

Dès la maternité, les professionnels donnent les conseils aux jeunes parents. Mais ce n'est pas toujours mis en application et il n'est pas rare de voir dans les berceaux de la maternité de nombreuses peluches et la présence de couvertures.

Les pédiatres libéraux et les médecins généralistes sont également des acteurs fondamentaux pour faire diminuer ce taux de MIN en faisant de la prévention primaire aussi bien en péri-natal pour les médecins généralistes qu'en post natal.

Ma double activité, en tant que médecin généraliste remplaçante et médecin au sein d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) me permet d'être un acteur de prévention primaire pour toutes ces familles que je rencontre.



La MIN est un événement dramatique, qui bouleverse des familles, alors qu'un certain nombre d'entre elles auraient pu être évitées si les règles de couchage, notamment, avaient été respectées.

Nous nous sommes demandés si, en médecine générale et en pédiatrie libérale, la prévention sur ce sujet était réalisée et par quels moyens.

De là, nous nous sommes questionnés sur l'intérêt de créer une nouvelle plaquette comme outil pour faire la prévention de la MIN.

C'est pourquoi nous avons souhaité faire un état des lieux de la prévention primaire de la MIN actuellement menée par les médecins généralistes et les pédiatres libéraux, en Gironde.

Notre question de recherche est de savoir comment les médecins généralistes et les pédiatres libéraux utilisent les outils à leur disposition pour faire la prévention de la MIN.

L'objectif principal est de montrer la diversité des outils utilisés par les médecins généralistes et pédiatres libéraux pour faire la prévention de la MIN.

L'objectif secondaire est d'identifier leurs freins à faire de la prévention primaire sur ce sujet.

# LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

## Définitions

Le concept de mort subite du nourrisson (MSN) apparaît au 19<sup>ème</sup> siècle chez les Anglo-saxons sous le terme de Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), caractérisé par « un enfant en bonne santé retrouvé décédé dans son berceau, sans explication apparente ». (3) La définition précise de la MSN est donnée par Beckwith en 1969 dans l'objectif de regrouper des décès d'enfants de moins de 1 an ayant des caractéristiques communes et dont la cause pourrait être identifiée ultérieurement : décès soudain d'un enfant, inattendu de par son histoire et dont le bilan post mortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate du décès. Une autopsie doit être réalisée dans le bilan post-mortem(1). En 2000, Flemming et Blair introduisent le concept de mort inattendue du nourrisson (MIN ou Sudden Unexpected Death in Infancy, SUDI en anglais) comme "tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir". (5)

En 2007, la définition de MIN est reprise par la HAS pour les enfants de 0 à 24 mois. (6)

La MIN regroupe alors:

- des morts inattendues et inexplicables à l'autopsie (c'est-à-dire celles correspondant à la MSN)
- des morts survenues lors d'une pathologie aiguë qui n'avait pas été considérée par les parents, les personnes en charge de l'enfant et/ou par les professionnels de santé, comme comportant un risque vital ;
- des morts survenues lors d'une maladie aiguë et brutale, évoluant depuis moins de 24 heures chez un enfant qui était en bonne santé auparavant, ou survenues par la suite, si des soins intensifs ont été donnés dans les premières 24 heures ;
- des morts résultant de conditions pathologiques préexistantes qui n'avaient pas été identifiées auparavant par des professionnels de santé ;
- des morts résultant de toute forme d'accident, de traumatisme ou d'empoisonnement.

## Contexte historique

C'est au début des années 1980 qu'est émis le rôle protecteur du couchage sur le dos. Des groupes de travail sur la MSN sont alors mis en place.

En 1983, en France, le Professeur Sénécal saisit l'Académie de Médecine et préconise un mode de couchage sur le dos.

Une enquête menée en Ille-et-Vilaine, en 1986 confirme le rôle néfaste du couchage sur le ventre. (7)

Cette même année sont créés les Centres de référence MSN dans les centres hospitaliers régionaux. (8) Ceux-ci ont pour mission d'animer la recherche, de diffuser les informations concernant la MSN au public et aux professionnels, d'organiser le transport du corps des enfants décédés de manière inattendue avant 1 an vers un établissement pouvant pratiquer l'exploration postmortem, de prendre en charge psychologiquement les parents et d'organiser, si besoin, le monitoring à domicile pour la fratrie de ces enfants. (3)

Il est également financé, cette année là, au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), un réseau de recherche en santé publique "Épidémiologie de la mort subite du nourrisson", qui va fonctionner jusqu'en 1998 afin d'identifier les principaux facteurs de risque de MSN.

En 1987, les Pays-Bas ont été les premiers à lancer des campagnes en faveur d'un couchage sur le dos des nourrissons et à observer, en conséquence, une baisse très significative du nombre de MSN (3). Ces campagnes se sont alors généralisées dans tous les pays développés.

En France, en 1993, Bernard Kouchner rédige une lettre à l'attention des professionnels de santé sur les bonnes pratiques de couchage.

Puis, en 1994, le ministère de la Santé décide, avec un peu de retard dû au manque de consensus médical, de mener une campagne nationale d'éducation sanitaire: une plaquette intitulée « Conseils aux parents » est diffusée dans les maternités; remise et commentée aux parents lors de l'examen de l'enfant effectué dans les 8 premiers jours de vie. Ces conseils sont ensuite intégrés dans le carnet de santé de l'enfant; il s'agit de conseils de puériculture et de bon sens concernant le rythme de vie de l'enfant, son environnement, son alimentation, sa sécurité et sa santé. Il y est recommandé de coucher l'enfant sur le côté ou sur le dos.

Simultanément une lettre de sensibilisation est adressée par le ministre de la Santé à tous les professionnels appelés à diffuser ces conseils simples aux parents : médecins libéraux (généralistes, pédiatres, gynécologues), chefs de service de pédiatrie et d'obstétrique, médecins de PMI, sages-femmes, puéricultrices, infirmières.

L'association «Naître et Vivre», avec l'aide de l'Association des assureurs pour la prévention en matière de santé (APMS), lance une campagne d'information grand public avec notamment le tirage d'une affiche reprenant les conseils de puériculture, diffusée dans tous les lieux de passage de la petite enfance. Parallèlement, une plaquette sur la mort subite du nourrisson destinée aux parents est mise à leur disposition dans les pharmacies. (7)

En 1999 et 2001, l'association « Naitre et Vivre » réalise des campagnes de préventions, puis des actions de prévention en 2005 grâce à des subventions de la DGS.

En 2007, des recommandations sur la « prise en charge de la mort inattendue du nourrisson » sont publiées par la HAS afin de définir un protocole de prise en charge et de permettre une meilleure classification et une harmonisation des pratiques. (6)

Une étude en 2009 a montré que 50 à 70% des MIN demeuraient des décès inexplicables. Depuis, aucune autre donnée n'a été publiée.

En 2011, sont sortis les résultats de l'enquête nationale épidémiologique menée par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS), qui sera détaillée plus loin, dans le paragraphe épidémiologie.

Face à ce constat, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en collaboration avec l'Association Nationale des Centres Référents de la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCRéMIN) a mis en place en mai 2015, un Observatoire national français des MIN (OMIN), ayant un triple objectif :

- Obtention de données épidémiologiques précises et exhaustives
- Identification de nouveaux facteurs de risque des MIN
- Développement de la recherche scientifique dans le domaine des MIN.

À moyen terme, le but est de générer et d'actualiser des messages de prévention à destination du grand public et des acteurs de santé, d'améliorer la prise en charge des familles et des enfants décédés et de faire progresser la recherche scientifique dans le domaine des MIN.(9)

## Epidémiologie

Entre 1978 et 1991, le nombre de décès en France par mort subite ne cesse d'augmenter, passant de 394 décès (0,53 pour 1 000 naissances vivantes) à 1 464 (1,9 pour 1 000). Alors, quand même temps, la mortalité infantile due à d'autres causes diminue constamment passant de 10,1 pour 1 000 en 1978 à 5,3 pour 1 000 en 1991. (7)

En 1985, la MSN devient même la principale cause de décès infantiles en France avec 19 % des décès et près de la moitié des décès post- néonataux (de 28 jours à 1 an). (8)

Mais ces statistiques sont basées sur la déclaration du médecin rédigeant le certificat de décès et concernant la mort subite. Les déclarations ne correspondent pas toujours à la définition internationale de la maladie qui demande qu'une autopsie soit pratiquée pour porter le diagnostic. Malgré les difficultés épidémiologiques, la tendance observée est nette et concorde avec les études menées dans les pays voisins. À partir de 1992, le renversement de tendance est tout aussi net, le nombre de décès par MSN diminue rapidement. (7)

La diminution brutale du nombre de cas en 1994 coïncide avec la première campagne nationale d'éducation sanitaire préconisant le couchage sur le dos. (Tableau 1) Ce premier résultat incite donc à poursuivre la campagne les années suivantes et la baisse se confirme en effet. À noter que la diminution constatée en 1992 et 1993 est probablement liée aux campagnes d'éducation sanitaire menées dans plusieurs départements, notamment en Bretagne, avant que débute la campagne nationale.

Depuis 1998, la baisse de la mortalité par MSN se poursuit régulièrement mais faiblement. En 2005, le niveau de mortalité revient à un niveau proche de celui observé durant les années 1970 (figure 1). (10)

La forte augmentation de MSN au milieu des années 70 est due à l'adoption du mode de couchage sur le ventre des enfants. Comme le montre l'étude cas-contrôle menée par Peter J Flemming ad Al. sur « L'interaction du mode de couchage et de la position d'endormissement dans les morts subites du nourrisson » : en comparaison à des nourrissons « sains », les nourrissons morts de MSN étaient majoritairement endormis en position ventrale ( Risque relatif 8,8 ; intervalle de confiance 95% [7-11] ;  $p < 0,001$ ). (11)

L'évolution épidémiologique de la MSN reste une combinaison de l'évolution des pratiques de certification des décès, de prise en charge postmortem des enfants et des effets des campagnes

pour le couchage dorsal. Selon la qualité des explorations postmortem réalisées et la connaissance des résultats du certificateur, un décès peut être classé dans la catégorie MSN ou décès inexpliqué ou décès expliqué par une cause. La MSN était codée de 1979 à 1999 "798.0" dans la 9<sup>e</sup> révision de la CIM, puis "R95" pour la 10<sup>e</sup> révision utilisée depuis l'année 2000.

L'étude « Mort Subite du Nourrisson : Situation en 2005 et tendance évolutive depuis 1975 » (10) montre également une grande disparité du taux de MSN recensé en France en fonction des régions. Le taux moyen de décès par MSN sur la période 2000-2005 en France métropolitaine est de 37,9/100 000. Les plus faibles taux (entre 24 et 31/100 000) sont principalement enregistrés dans les régions du sud de la France : Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, à l'exception de Languedoc- Roussillon.

La mortalité par MSN varie également très fortement entre pays de l'Union européenne. En 2005, le taux moyen de décès des 27 pays est de 25/100 000 naissances vivantes. Pour l'année 2005, la France se situe au-dessus de la moyenne, de même que l'Allemagne et les Pays Baltes, alors que le Royaume-Uni et les pays scandinaves (sauf la Finlande) se situent dans la moyenne européenne. Le Portugal, l'Espagne, l'Italie sont en sous-mortalité.

Depuis 2002, on assiste à une nouvelle diminution du chiffre des MSN (290 en 2002, 259 en 2003). Parallèlement, on constate une augmentation du nombre de décès codés comme relevant de la catégorie « autres symptômes et états morbides mal définis » (arrêt cardiaque, arrêt cardiorespiratoire...) et du nombre de décès « de cause inconnue » (la plupart correspondant à des certificats de décès portant la mention « obstacle médico-légal ») (12) Ce qui peut être le témoin d'une meilleure adhésion aux conseils de prévention ou bien d'une évolution du mode de certification des décès des nourrissons.

L'enquête nationale réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire est la première enquête prospective française sur les morts inattendues de nourrisson de moins de 2 ans, avec un recueil d'information sur le lieu du décès, menée de 2007 à 2009. (3)

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer le taux des morts inattendues des nourrissons dans les départements considérés (17 départements au total), décrire les caractéristiques de ces morts inattendues en termes de prévalence des facteurs de risque connus de la MSN et de diagnostic final, ainsi que la part des morts liées à la maltraitance, et décrire la prise en charge actuelle dans les Centres de référence au regard des recommandations publiées par la HAS en 2007.

Sur place, le médecin devait établir une classification de décès, établie par Fleming, Selon :

- 0 : incertain (information collectée insuffisante)
- IA : mort subite inattendue (pas de facteur contributif noté)
- IB : mort subite inattendue (facteurs mais n'expliquant pas le décès)
- IIA : mort subite du nourrisson (facteurs qui peuvent avoir contribué au décès)
- IIB : mort subite du nourrisson (facteurs qui ont contribué au décès)
- III : mort inattendue expliquée

Sur la période de l'enquête, 281 MIN ont été signalées par les correspondants SAMU (Service d'Aide Médical d'Urgence) des départements participants. Parmi elles, 256 ont été incluses, 220 MIN de moins d'1 an (65%) et 36 MIN d'1 à 2 ans (58%).

L'âge médian était de 3 mois, 84 % des enfants étaient âgés de moins de 6 mois, le pic se situant entre 1 et 3 mois. (Figure 2)

De manière générale, la MSN survient à 90 % avant 6 mois, avec un pic autour de 2-4 mois. (3)  
Le taux de MSN en fonction de l'âge reste stable, même après la diffusion des messages de prévention. (13)

Il existe une surmortalité masculine, avec un sex ratio de 1,6 retrouvé en 2005, chiffres qui restent plutôt stable. (Tableau 2) (10)

Actuellement, le nombre de morts subites du nourrisson semble s'être stabilisé autour de 240 à 250 par an, ce qui en fait toujours la première cause de décès au-delà de la période néonatale. Au chiffre des morts subites du nourrisson doivent être ajoutés les décès par suffocation et ceux de cause inconnue, qui entreraient probablement dans la définition de mort inattendue du nourrisson, soit presque 500 décès par an. (14)

En Nouvelle Aquitaine pour l'année 2018, il y a été recensé 10 cas de MSN.

## Place de la Mort inattendue du Nourrisson dans la mortalité infantile

Une étude épidémiologique réalisée sur l'année 2005 montre un total de 2 769 décès d'enfants de moins d'un an en France métropolitaine. La majorité de ces décès sont survenus durant la période néonatale (1 793 décès). Le taux de mortalité infantile correspondant est de 357,6 pour 100 000 naissances vivantes. Globalement, la MSN représente un décès sur dix dans la mortalité infantile. (10) Si au cours des périodes néonatales précoces et tardives, la MSN est responsable de 0,3 à 3 % de l'ensemble de décès selon le sexe, en période post-néonatale elle entraîne 25 % des décès chez les garçons et 20 % chez les filles (tableau 3).

Pour l'ensemble des enfants de moins d'un an, la mort subite constitue la troisième cause de décès après les affections périnatales et les malformations congénitales. Son poids dans la mortalité varie selon l'âge au décès. En période néonatale, elle constitue la septième cause de décès avant 6 jours et la quatrième entre 7 et 27 jours. Au-delà, la MSN devient la cause de mortalité prépondérante. C'est la première cause de décès en période post-natale chez les garçons et la deuxième chez les filles, derrière les infections de la période périnatale. (10)(Tableau 4)



## Les facteurs de risques de la mort subite du nourrisson :

Les facteurs de risques mis en évidence sont nombreux, dont certains sont modifiables : (15)

### Les **facteurs de risque intrinsèques** :

- ❖ Génétique
  - Sexe masculin
  - Polymorphisme du gène codant le transporteur de la sérotonine
  - Personne de couleur noire, ethnie Amérindienne
- ❖ Développementale
  - Prématurité
- ❖ Environnementale
  - Tabagisme durant la grossesse, intoxication alcoolique ou prise de drogue
  - Tabagisme passif
  - Bas niveau socio-économique

### Les **facteurs de risque extrinsèques** :

- ❖ Couchage ventral ou sur le coté
- ❖ Matelas mou
- ❖ Nourrisson dans le lit des parents
- ❖ Infections bénignes, dont les rhinites

L'American Academy of Pediatrics rajoute comme facteur de risque : le jeune âge maternel, l'absence ou le retard de suivi de la grossesse et l'hypotrophie. (13)

## Mesures de prévention

Deux organismes ont établis des recommandations internationales pour la prévention de la MSN : l'American Academy of Pediatrics et les recommandations du ministère chargé de la santé du Royaume-Uni, actualisées en 2006, moins détaillées que celles établies par l'American Academy of Pediatrics..

Voici les recommandations internationales de l'American Academy of Pediatrics en 2005 (13):

**1. Mettre les nourrissons sur le dos pour tous les moments de sommeil. Le couchage sur le côté n'est pas aussi sûr que le couchage sur le dos et n'est pas recommandé.** Vers l'âge de 4 mois, le nourrisson couché sur le dos peut néanmoins se retourner sur le ventre, se mettant alors dans la position plus à risque. Il est reconnu qu'un certain nombre de décès sont liés à ces premiers retournements alors que l'enfant n'a pas encore suffisamment de tonus cervical pour dégager lui-même ses voies aériennes pour respirer ; c'est pourquoi, les campagnes classiques en faveur du couchage sur le dos encouragent, à cet âge charnière, la position ventrale pour le jeu pendant l'éveil pour favoriser l'acquisition d'un bon tonus cervical, ainsi que d'alterner la position de la tête lors du coucher (tournée à droite, puis à gauche).

**2. Utiliser un matelas ferme recouvert par un drap. Le matériel mou ou des objets tels que les oreillers, édredons, couettes, peaux de mouton ne devraient pas être mis sous l'enfant.**

**3. Ne laisser dans le lit de l'enfant aucun objet mou, tels que oreillers, couettes, édredons, peaux de mouton, peluches.** Si un tour de lit est utilisé, il doit être fin, ferme, bien attaché et pas trop rembourré.

**4. Ne pas fumer pendant la grossesse.**

**5. Un couchage séparé mais à proximité est recommandé. Le risque de MSN est réduit lorsque l'enfant dort dans la même chambre que sa mère. Bien que le partage du lit puisse faciliter l'allaitement maternel, les preuves scientifiques tendent à démontrer que le partage du lit est plus dangereux que le partage de la chambre dans des lits séparés.** L'enfant peut être mis dans le lit de ses parents pour un moment (tétée, soins, réconfort) mais doit être replacé dans son lit ou berceau quand l'adulte va se rendormir. Lorsque l'adulte est fatigué ou a pris des médicaments ou des substances psychotropes pouvant diminuer sa vigilance, il ne devrait pas prendre l'enfant dans son lit.

**6. L'usage d'une tétine peut être proposé pour la sieste ou pour la nuit.** Le mécanisme invoqué serait un abaissement du seuil d'éveil, ou l'effet de libération des voies aériennes supérieures, ou encore la prévention des reflux d'aliments. (16) Une réduction du risque de MSN semble être associée à l'utilisation d'une tétine alors qu'il n'est pas démontré que l'usage de la tétine nuise à l'allaitement ou occasionne des problèmes dentaires ultérieurement. Sauf preuve du contraire, la Task Force (comité d'expert) recommande l'usage d'une tétine pendant la première année de vie moyennant quelques précautions (mettre la tétine au moment de coucher l'enfant et ne pas la placer quand il dort, ne pas forcer l'enfant à la prendre, ne pas enduire la tétine de solution sucrée, la nettoyer souvent et la remplacer régulièrement, retarder son utilisation jusqu'à l'âge d'1 mois en cas d'allaitement).

**7. Éviter l'hyperthermie.** La température de la chambre doit être à 19°C.

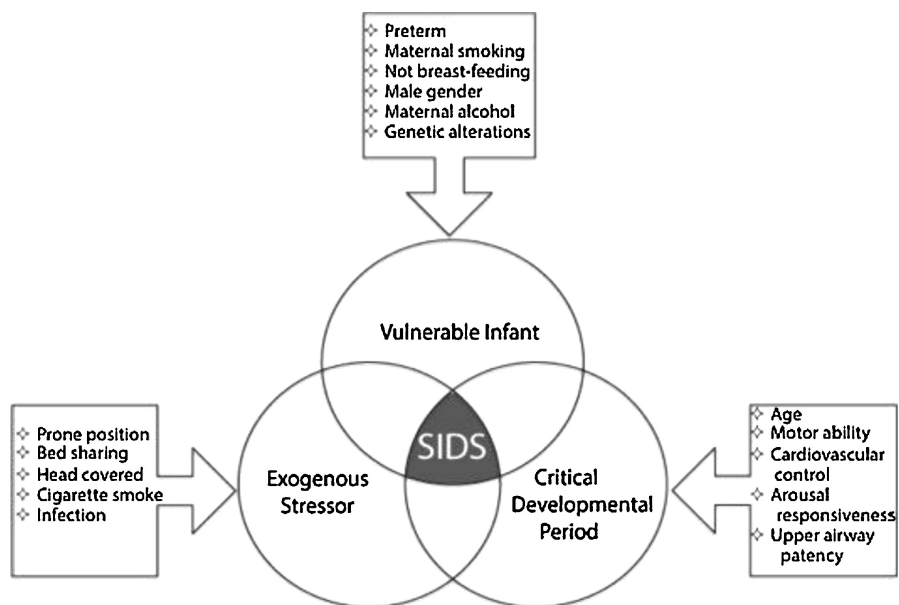
**8. Éviter les produits commerciaux vendus comme réduisant le risque de MSN.** Aucun de ces produits, notamment ceux qui sont censés maintenir la position de sommeil ou prévenir l'inhalation de lait, n'a pas démontré son efficacité ni sa sécurité.

Il n'y a pas de recommandations officielles en France. Ces conseils sont donnés sur le site internet de l'association française « Naitre et Vivre » qui est l'association de référence de prévention de la MSN et d'accompagnement des parents en deuil de nourrissons (17), ainsi que sur le site de la Société Française de Pédiatrie. Par ailleurs, on retrouve ces conseils sur une page dédiée au sommeil dans le carnet de santé.

Plusieurs points font débat. Notamment concernant le partage du lit et l'allaitement. Pour certain, comme Fleming, ce serait plus dangereux qu'une mère, qui allaite, ne partage pas le lit avec son nourrisson. En effet, il met en avant que les mères qui allaitent s'endorment plus facilement pendant les tétés, et qu'il est donc plus dangereux qu'elles s'endorment dans le canapé avec son bébé que dans son lit. Il met également en avant que dans de nombreuses cultures les mères dorment avec leurs bébés, et qu'il n'y a pas pour autant plus de MSN. Pour lui, le partage du lit, à lui seul, n'est pas un facteur de risque, mais est souvent associé à d'autres faits, comme une alcoolisation maternelle ou prise de stupéfiants. (18)

Certaines études montrent un rôle protecteur de l'allaitement maternel (19), alors que d'autres pointent du doigt que les mères qui allaitent dorment, pour la plupart, avec leur bébé. Or le partage du lit fait parti des facteurs de risque de MSN.(20)

L'hypothèse du "triple modèle" développée par Kinney et al. stipule que trois facteurs concourent à la MSN : un enfant vulnérable (du fait de son sexe masculin, de sa prématurité, de son exposition au tabac pendant la grossesse...), à un âge critique pour la MSN et exposé à un facteur extérieur (couchage sur le ventre ou le côté, partage du lit, matelas mou, infection mineure...). Une action de prévention sur les facteurs externes peut permettre à l'enfant vulnérable de dépasser l'âge critique sans décéder de MSN. (15)



## Les acteurs et les outils à disposition pour faire la prévention primaire de la MSN

D'après le comité de classification de la WONCA (Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de famille) établie en 1995 : la prévention primaire est ainsi définie comme « l'action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence ». (20)

La prévention sur les facteurs de risque de MIN doit commencer dès la grossesse avec le sevrage tabagique, puis à la maternité avec le respect des conditions de couchage dès les premières heures de vie. C'est ensuite le médecin, médecin généraliste ou pédiatre, qui va suivre l'enfant les premiers mois de vie qui prendra le relais.

En PMI, la prévention dans la sphère de la petite enfance, et en particulier de la MIN, est notre cœur de métier. Nous faisons de la prévention sur ce sujet auprès des parents mais également auprès des professionnels de la petite enfance (assistantes maternelles, au sein des multi-accueils, ect). Et nous veillons à ce que ces règles soient bien respectées.

Il n'y a pas de recommandation officielle sur comment et avec quels outils faire la prévention de la MIN. Cependant, il existe plusieurs outils ou supports à la disposition des médecins pour faire la prévention de la MIN.

Tout d'abord le carnet de santé. Une page est dédiée au couchage, avec une illustration et des pictogrammes, ainsi qu'un texte détaillant les bonnes conditions de couchage. Un petit encadré informant de la dangerosité du tabac est également présent sur une autre page. (Figure 3)

Les médecins peuvent se fournir en plaquettes et affiches d'information sur la MSN via le site « Naitre et Vivre » (Figure 4), disponibles en plusieurs langues et sur le site de la Société Française de Pédiatrie ou informer les parents de l'existence de sites internet contenant des « fiches conseils » destinées aux parents comme le site Mpédia.

Par ailleurs, les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle dans la diffusion des messages de prévention. Une étude réalisée aux Etats-Unis a recensé les messages diffusés sur Twitter en rapport avec la prévention de la mort inattendue du nourrisson de septembre à novembre 2017. Plus de 41000 messages en rapport avec ce thème ont été échangés durant cette période. Avec une recrudescence durant le mois d'octobre, octobre étant le mois de « sensibilisation à la

grossesse et à la perte d'un enfant » aux Etats-Unis. Les principaux influenceurs étaient les organisations de presse, les universités et les organisations liées à la santé.

Cet article montre que les associations et les organismes de santé publique devraient se saisir de ce moyen de diffusion des messages de prévention, tout en luttant contre la diffusion des fausses informations. (21)

Comment se fait-il que le nombre de mort subite du nourrisson annuelle ne diminue pas depuis 20 ans, alors qu'il est estimé que 150 à 200 MSN seraient évitables ? L'information sur les facteurs de risque est-elle suffisamment reléguée par les professionnels de santé ? Ces professionnels sont-ils suffisamment formés ?

La prévention doit être faite dès la maternité. Mais c'est également le rôle des médecins généralistes et des pédiatres de faire de la prévention sur ce sujet.

Nous n'avons trouvé aucune étude portant sur les outils de prévention de la MIN.

Nous nous sommes donc demandés quels étaient les moyens mis en œuvres par les médecins généralistes et les pédiatres libéraux pour faire de la prévention de la MIN.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence la diversité des outils utilisés par les médecins généralistes et pédiatres libéraux pour faire la prévention de la MIN.

L'objectif secondaire est d'identifier leurs freins à faire de la prévention primaire sur ce sujet.

## **MATERIEL ET METHODE :**

### **1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens ont débuté mi-octobre 2018 et le dernier a été réalisé le 21 juin 2019.

Aucune déclaration auprès de la CNIL ou du CPP n'a été nécessaire pour la réalisation de cette étude.

### **2. Population étudiée :**

Il y a neuf médecins généralistes et cinq pédiatres libéraux qui ont participé aux entretiens individuels. Tous ces médecins exercent en Gironde.

Les médecins généralistes ont été, pour certains, sélectionnés de manière aléatoire, par ordre d'apparition sur les pages jaunes, et d'autres par la technique « boule de neige », partant d'un premier médecin que je connaissais, qui m'a donné les coordonnées d'autres médecins susceptibles de répondre à ma thèse, ect. Le premier contact se faisait par téléphone pour convenir d'un rendez-vous, qui a eu lieu à chaque fois au cabinet du médecin interviewé.

Les pédiatres libéraux ont été recrutés via une mailing-list du Groupe des Pédiatres de Gironde, dont je fais parti du fait de mon activité à la PMI.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste ou pédiatre libéral installé, exerçant en Gironde.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Mais certains médecins généralistes se sont exclus d'eux même justifiant qu'ils n'avaient pas d'enfant dans leur patientèle.

Il y a donc deux médecins qui se sont exclus d'eux-mêmes. Un des médecins s'étant orienté exclusivement vers la pratique de la gériatrie et un autre ne faisant que de l'angiologie.

Par ailleurs, 6 médecins ont refusé de participer, en justifiant le manque de temps à pouvoir m'accorder.

### **3. Le guide d'entretien**

Le canevas a été établi avec mon directeur de thèse, le Docteur Olivier Richer.

Les questions sont dans l'ensemble ouvertes, certaines sont plus dirigées.

D'autres questions ont émergées au fils des entretiens, avec l'ajout de la question concernant la demande initiée par les parents notamment.

Nous avons intégré à la fin du canevas des questions de relance.

Le canevas est consultable en annexe.

#### **4. Le déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle au cabinet du médecin après un premier contact téléphonique ou par mail pour convenir du rendez-vous.

Un consentement pour l'enregistrement de l'entretien a été signé avec chaque médecin.

On était à chaque fois en face à face, le médecin à sa place et moi de l'autre côté du bureau, à la place du patient.

Je me présentais, puis je demandais au médecin de se présenter et de présenter son activité, puis je posais la première question ouverte sur le sujet.

Les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone et je prenais également des notes.

Les entretiens se sont passés dans l'ensemble au calme, avec parfois un dérangement extérieur (téléphone, secrétaire qui entrait dans le cabinet...)

#### **5. Transcription des entretiens**

La retranscription des entretiens s'est faite mots pour mots à partir de l'enregistrement du dictaphone, en essayant d'inclure également les attitudes ou gestuels des médecins qui pouvaient être pertinents.

#### **6. Analyse des entretiens**

L'analyse des entretiens s'est faite via le logiciel NVIVO 12<sup>©</sup>.

Celle-ci s'est faite en binôme. Certaines analyses ont été réalisées avec mon directeur de thèse, et d'autres avec un médecin de PMI, le docteur Camille Legleye.

Cette méthode d'analyse en binôme, dite de « triangulation », en partant de l'entretien et en dégagant des « nœuds » et parfois des « sous-nœuds », incite à la discussion et renforce la validité interne de notre étude.



## 7. La saturation des données

Nous avons prévu de faire dix entretiens de médecins généralistes et dix entretiens de pédiatres libéraux.

Les entretiens ont été arrêtés à partir du moment où il y a saturation des données. C'est à dire qu'un nouvel entretien n'apportait plus de nouvelle donnée ou noeud. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés après saturation des données dans chacun des deux groupes, médecins généralistes et pédiatres libéraux, afin de confirmer cette saturation des données.

La saturation des données a donc été obtenue après sept entretiens avec les médecins généralistes et après trois entretiens avec les pédiatres libéraux.

# RESULTATS :

## 1. Description de la population

Profil des médecins interviewés :

Médecin	Sexe	Age	Mode d'exercice	Secteur	Spécialité	% de pédiatrie des MG	Durée des entretiens
MG1	F	49	groupe	semi-rural	MG	38-40%	18min56
MG2	M	33	groupe	semi-rural	MG	10%	21min16
MG3	F	58	seule	rural	MG	33%	23min
MG4	M	59	groupe	urbain	MG	12%	8min37
MG5	M	58	seul	urbain	MG	25%	19min24
MG6	F	44	seule	urbain	MG	40%	14min19
P1	F	69	groupe	urbain	Pédiatre		13min24
P2	F	33	groupe	urbain	Pédiatre		10min32
MG7	M	50	groupe	rural	MG	10-15%	26min10
MG8	F	52	seule	urbain	MG	30-40%	9min11
P3	F	36	groupe	urbain	Pédiatre		11min12
MG9	M	60	groupe	urbain	MG	3,2%	19min21
P4	F	60	groupe	urbain	Pédiatre		8min34
P5	F	62	groupe	urbain	Pédiatre		13min32

Il y avait une prédominance féminine avec un sex ratio de 1,8.

Dans le groupe MG (médecins généralistes) la prédominance était masculine avec un sex ratio de 1,25 et 100% féminine dans le groupe P (pédiatres libéraux).

La moyenne d'âge était de 51,6 ans. Il était de 51,4 ans dans le groupe MG et de 52 ans dans le groupe P.

71,4% exerçaient en milieu urbain, 14,3% en milieu semi-rural et 14,3% en milieu rural.

Les enregistrements ont durés de 8 minutes et 37 secondes à 26 minutes et 10 secondes avec une durée moyenne de 15 minutes et 50 secondes. Elle était de 18 minutes et 6 secondes dans le groupe MG et de 11 minutes et 26 secondes dans le groupe P.

## 2. Analyse des entretiens

### 1. Conscience de la nécessité de faire de la prévention primaire sur la MIN

La plupart des médecins interviewés ont conscience de l'importance de faire la prévention de la MIN.

*MG1 : Il y a des choses qui ne sont pas maitrisables dans la mort subite mais les choses maitrisables, me paraissent relativement importantes.*

*MG3 : Et c'est quelque chose qu'il faudrait faire pendant la grossesse. Ou même avant. Enfin, à partir du moment où il y a désir de conception. Comme on dit aux femmes de prendre de l'acide folique, ect, avant la conception. Ca pourrait rentrer dans ce cadre là. Comme le tabac.*

*P3 : Je ne pense pas qu'ils lisent trop le carnet de santé. Je n'ai pas d'affiche dans ma salle d'attente sur ça. Mais c'est des infos que j'évoque, et que souvent ils ont en tête, mais la pique de rappel est importante, je crois.*

*P4 : C'est vrai qu'il y a peut-être des jeunes parents, qui arrivent, qui ont moins été sensibilisés, que les parents qui ont peut-être 30-40 ans, qui en ont plus entendus parlé.*

La prévention de la MIN fait partie des nombreux conseils à donner aux jeunes parents. Ces premières consultations demandent donc aux praticiens plus de temps.

*MG6 : Je bloque 30 minutes en moyenne pour un bébé de moins de 2 ans, mais souvent c'est trois quarts d'heure. Si je vois un bébé pour une pathologie ça peut être moins, mais c'est minimum 30 minutes pour les premières consultations, enfin, pour les consultations du moins de 2 ans. Mais souvent les premières consultations... c'est souvent 40-45 minutes, il y a tellement de trucs à évoquer, que voilà. Même si ce n'est pas un premier bébé, que ce soit un premier bébé ou pas.*

*(...) Les parents me disent « oui, on sait, on sait », mais ça ne m'empêche pas de le redire quand même, même si c'est un troisième ou un quatrième enfant.*

Il y en a pour qui il y a eu une prise de conscience au décours de notre entretien.

*MG5 : Alors, est-ce que je sais assez, j'aurais l'impression, mais est-ce que je le fais assez, non. C'est sûr que non. (...) Il faut que je me le mette dans une check-list, oui.*

## 2. Les autres acteurs

Pour plusieurs d'entre eux, la prévention de la MIN a été faite à la maternité. Ce qui peut laisser sous-entendre que comme l'information a déjà été donnée, il n'y a pas besoin de le redire.

*MG1 : Ils le font maintenant à la maternité.*

*INTERVIEWER : Est-ce qu'à la maternité c'est vraiment fait ?*

*MG1: Moi, j'ai certaines mamans qui me l'ont dit.*

*MG6 : quand ils sortent de la maternité, déjà ils ont des infos. (...) le message est bien passé en maternité.*

Les autres acteurs dans la prévention de la MIN cités sont les professionnels de PMI, les pédiatres.

*MG2 : je m'appui aussi beaucoup sur la PMI, ça c'est sur, heu... sur les pédiatres, maintenant, bon, (...) , on est en semi-rural et il n'a pas beaucoup de pédiatre, ça ne court pas les rues, donc, c'est vrai qu'on fait un peu le boulot des pédiatres...*

## 3. L'utilisation des outils

Par ordre de fréquence :

- **Le carnet de santé :**

Le carnet est très largement cité, avec la case « position de couchage adaptée » à cocher, qui permet aux professionnels d'y penser.

*P3 : Dans le nouveau carnet de santé, il y a l'item couchage qui reste longtemps, donc on y revient de toute façon à 1 mois, à 2 mois. (...) Mais, c'est vrai que ce support carnet de santé*

*me le rappelle quand même... je ne sais plus...je crois au moins jusqu'à 2 mois c'est noté...Donc peut-être qu'avant je ne l'évoquais qu'une première fois sans le ré évoquer, et là, c'est plus systématique, c'est vrai.*

*P4 : Maintenant, avec cette histoire de carnet de santé, à cocher cette case, ça se fait peut-être plus systématiquement qu'avant, je trouve. C'est vrai qu'avant, des fois, quand les parents nous posaient des tonnes de questions en arrivant, on n'y arrivait pas forcément... alors que là...bon, je remplis la feuille.*

*MG2 : Alors, c'est surtout que faute de temps, on ne pense pas forcément à tout, et du coup, il n'y avait pas cette question systématique, et du coup j'avoue que depuis qu'il est sorti, le carnet, je suis très content, parce que du coup, maintenant j'en parle tout le temps. Mais, heu..., alors qu'avant ce n'était vraiment pas systématique.*

- **Campagne nationale de prévention:**

Dans mon canevas, je pose ouvertement la question de l'intérêt d'une campagne nationale. La plupart des médecins m'ont fait part de l'utilité d'une nouvelle campagne, qui pourrait être un outil pour eux. En effet, ils pourraient s'appuyer sur cette campagne de grande diffusion pour en parler aux parents et pensent que cela aura un plus grand impact.

*MG3 : Alors, un grosse campagne par contre sur l'hygiène, ... enfin, comment dire... sur l'environnement, sur l'hygiène globale : sans tabac, enfin, les monoxydes de carbone, toutes ces choses là, les moisissures, l'humidité, ect... Les mesures de prévention par rapport à l'habitat, mais sans forcément axer sur la mort inattendue du nourrisson.*

*Une campagne plus peut-être sur l'environnement général, de l'accueil des nourrissons.*

*MG4 : Je pense que pour tout le monde ça serait profitable. C'est toujours pareil, remettre une petite couche de temps en temps, ça fait du bien...*

*P1 : Je pense que un clip télé bien fait, heu, serait nécessaire, parce que je pense que c'est ce qui marche le mieux, à des heures de grande écoute.*

*P2 : Ca nous permet de récupérer des gens quand même, donc oui, ça serait bien.*

- **Dossier informatique du patient :**

Le dossier informatique est cité comme outils de rappel.

MG1 : *Si tu veux, dans mon dossier médical, à moi, je ne mets pour l'examen du nourrisson, que les choses à... tu ne peux pas marquer un roman, ce n'est pas possible, tu n'as pas le temps. Moi je mets les points à revoir, le couchage, tu vois ce que je veux dire, voilà des trucs importants.*

P3 : *Je vais noter « attention » (montre son ordonnateur) et après j'en reparle aux parents. Parce que ça, ça se note dans le dossier de l'enfant.*

- **Check-list :**

Deux pédiatres utilisent systématiquement une check-list afin de rien oublier. Dans la check-list ils parlent du couchage et font la prévention de la MIN.

P3 : *Il y a l'info fièvre du moins de trois mois, l'info couchage, couleurs des selles, le planning des vaccins et des vitamines, voilà. Normalement, c'est avant de passer à l'examen, parce que sinon j'oublie.*

P4 : *je demande systématiquement, moi, comment va l'appétit, comment il dort, à chaque consultation, et le transit. Ca c'est les trois questions à chaque consultation.*

MG6 : *j'ai l'impression quand même d'en faire de manière systématique, parce que j'ai des espèces de reflexes. (...) qui peuvent paraître répétitifs, mais en fait mais je me dis que pour eux, c'est la première fois qu'ils l'entendent...*

- **Les formations continues :**

Un médecin généraliste a évoqué sa formation au DU de Médecine Générale de l'Enfant comme outil. Cela lui a permis d'être plus à l'aise par la suite pour faire la prévention sur ce sujet.

MG1 : *J'ai appris des choses à ce DU. (DU de médecine Générale de l'Enfant).*

- **L'utilisation de données statistiques :**

Deux médecins généralistes utilisent les données statistiques, de manière verbale, pour avoir un plus grand impact auprès des parents.

*MG5 : Leur expliquer que des stat' et des observations ont montré que...même si avant on aurait pensé différemment...*

*MG1 : Bah moi je leur explique que depuis qu'on a changé quand même la position de couchage de l'enfant, la mort du nourrisson...enfin les courbes...ont...comment dire, il y a une très nette cassure de mort du nourrisson par le fait d'avoir modifié le couchage, quoi.*

Le médecin MG1 souhaiterait un support visuel pour que ce soit plus « parlant » :

*MG1: Non, je n'ai rien, ce n'est que verbal. Il faudrait effectivement que je montre la courbe*

- **Les partenaires médicaux :**

Même si ce n'est pas un outil à proprement parlé, pour certains médecins, les autres acteurs de la prévention primaire sont des référentiels pour faire la prévention.

*MG2 : je m'appuis aussi beaucoup sur la PMI,*

*MG6 : le message est bien passé en maternité*

- **Les affiches dans la salle d'attente :**

*P2 : on a des affiches dans la salle d'attente, j'en ai repris pour en mettre dans la salle d'attente. C'est tout ce qu'on a.*

- **Les documents personnels :**

Un médecin généraliste s'est fait sa propre fiche de prévention.

*MG2 : alors le truc de la plaquette, déjà, c'est que une plaquette égale mille plaquettes, enfin des plaquettes on en a mille. Alors ça c'est... voilà, mais c'est très bien, mais toutes les plaquettes sont très intéressantes, ça je suis complètement convaincu, et passionnante, heu... mais il y en a tellement, qu'après on ne sait plus où on les met, ect, moi, ce qu'il y a c'est que je fonctionne comme ça, mais je fais une fiche World de tout, tout, tout ce qu'il faut faire, tout ce qu'il faut dire et du coup, j'ai plus qu'à imprimer.*

- **Les plaquettes :**

Un médecin généraliste utilise de temps en temps des plaquettes :

*MG3 : c'est beaucoup oral quand même, je montre rarement des plaquettes,*

Un pédiatre s'est procuré des plaquettes internationales, afin que la barrière de la langue ne soit pas un frein pour faire la prévention :

*P2 : j'ai récupéré des affichettes « prévention de la mort subite du nourrisson » et (...) j'en avais récupéré en d'autres langues aussi, en arabe et en bulgare, et du coup, comme j'avais pas mal de patient comme ça, du coup, j'en ai mis en salle d'attente*

- **Les sites internet dédiés :**

*P1 : on a un site aussi, qui s'appelle Mpédia, vers lequel on envoie systématiquement, où ce sujet est abordé.*



#### 4. Le type d'approche

On s'est intéressé à savoir comment ils abordaient le sujet.

Par ordre de fréquence.

- **En faisant de la prévention globale :**

Plusieurs médecins vont faire de la prévention globale sans insister sur tous les facteurs de risque de la MIN. Ils vont parler de « bonnes pratiques » ou de « cohérence d'hygiène ».

*MG4 : Ca fait parti des petites choses comme ne pas les secouer, les choses comme ça, qu'on essaie d'aborder, au moins... pas tout le temps... mais au moins régulièrement quand même..*

*MG7 : Donc je vais aborder plutôt les bonnes pratiques; comment bien porter l'enfant, les positions pour l'endormissement, les positions d'alimentation... voilà... faire attention au reflux. Toutes ces bonnes pratiques alimentaires et de couchage, qui permettent d'être efficace en terme de prévention. (...)*

*Il faut que j'essaie de les faire passer comme...comment dire...comme des bonnes pratiques parentales.*

*MG9 : En fait, si vous voulez, la prévention elle est basée sur la cohérence. Essentiellement sur la cohérence. C'est quoi ? Cohérence d'hygiène de vie, bien évidemment, pas d'excès en rien. C'est à dire : pas de tabac, pas de surchauffage, pas de ect... pas d'excès de doudous dans les lits, pas d'excès de trucs...tout ça. Donc cohérence. Ensuite, les seules indications qu'il y a, c'est quand même l'indication que je viens d'avancer, dormir sur le dos, c'est évident.*

Le médecin MG3 va donner des « conseils d'hygiène global » et sera amené à parler du mode de couchage surtout si le nourrisson présente une crânioplégie :

*MG3 : Et quand je parle de tous ces conseils d'hygiène globale, c'est pour la santé globale de l'enfant. Dans ma tête j'inclue la mort subite du nourrisson mais sans le verbaliser. C'est surtout quand je vois les crânioplégies, ou des choses comme ça, là j'en parle plus.*

- **En réponse à des questions posées par les parents :**

Certains médecins attendent que les parents évoquent le sujet à travers des questions pour en parler.

*MG2 : en même temps j'essaie de répondre aux interrogations des parents qui se portent très rarement sur ce points, ça c'est vrai.*

*MG3 : et je réponds surtout (...) Après, les enfants, quand je les vois au cabinet pour la première fois, j'essaie surtout de répondre aux questions des parents (...) Alors, la mort subite du nourrisson, par exemple, ce n'est pas quelque chose que j'évoque. Ca c'est clair. Heu...s'ils me posent la question, je leur dis : « Bon, vous le couchez comme ça, comme ci »... (...) ça dépend des informations que je reçois en faite. (...) Mais s'ils me posent une question, j'essaie d'y répondre.*

*MG8 : En consultation, de toute façon c'est une inquiétude qui revient avec les mamans, elles posent des questions et on y répond. (...) Si ce n'est pas elles, c'est moi, mais il va venir. (...) Ca vient en fonction du besoin.*

Le pédiatre P5 en parle lorsqu'il sent l'inquiétude du parent vis à vis de ce sujet :

*P5 : Ou qui ne l'amène peut-être pas spontanément, mais qui posent des questions, on voit que c'est une interrogation pour eux et une crainte. Donc dans ce cas, je leur remets l'interrogation...je leur « mets sur la table », je leur dis les mots.*

**INTERVIEWER:** *Vous utilisez le mot « mort subite du nourrisson » ?*

*P5: Oui. Oui, parce que je leur dis : « Ne vous inquiétez pas, enfin, tous les parents pensent à ça. » Tous, ils ont ça en arrière pensé, ils n'osent pas forcément en parler. Mais moi j'en parle dans ce cas. Quand je vois qu'on tourne autour, j'en parle.*

- **Par utilisation du mot « mort » :**

Certains médecins utilisent volontiers le mot « mort » pour capter l'attention des parents et pouvoir ainsi délivrer les messages de prévention.

*MG1 : Oui, mais si elle fait des erreurs la mère, le risque, il faut qu'elle l'entende. Et elle réagira peut-être en entendant ce mot. Ce n'est pas pour créer une angoisse chez la mère,*

*c'est pour la faire réagir, pour faire modifier son comportement. Je ne vais pas mettre le mot mort si tout se passe bien.*

*P1 : je leur dis « il faut que l'enfant soit dans la chambre des parents jusqu'à 6 mois pour prévenir la mort subite » j'ai mis du temps à pouvoir dire : « vous savez que si vous le mettez dans sa chambre, vous prenez le risque de mort subite », j'ai mis du temps à franchir ce truc mais je pense qu'il est franchi maintenant et que j'arrive à le dire.*

*P3 : Peut-être que je ne le dis pas si ils le couchent sur le dos, mais si ils le couchent sur le ventre ou si il y a des mauvaises habitudes, là je dis : « je suis obligée de vous dire, selon les recommandations de Mort Subite du Nourrisson qu'il ne faut pas faire ça. Faites comme vous le pouvez, mais je ne peux pas vous dire autrement que de ne pas coucher sur le ventre. » Si ils font bien, je ne pense pas dire le mot Mort Subite du Nourrisson. Mais si ça ne paraît pas adapté, je le dis, ça c'est sûr.*

*MG8: Si ça peut leur permettre de prendre conscience et d'éviter un accident, c'est gagné d'avance. Non, il ne faut pas avoir peur de certains mots.*

- **Par questionnement directe sur le mode de couchage :**

Certains praticiens font la prévention via la question sur le mode de couchage :

*P1 : Je demande systématiquement comment il dort... (...) Je pose ce genre de question « où c'est qu'il dort ? »*

*P4 : on leur demande comment dort l'enfant, en conseillant, effectivement de bien faire dormir sur le dos, sans couverture ou drap, voilà...d'éviter qu'il y ait des choses qui puissent venir tomber sur le nez, style gros doudous, ect, style gros jouet...*

*MG3 : Ou je leur demande aussi s'ils ont des difficultés particulières. « Est-ce que vous savez comment le coucher, ou autre ? »*

- **De manière indirecte :**

D'autres médecins s'appuient sur un autre élément comme l'allaitement, la présence d'une plagiocéphalie ou une pathologie pour parler du mode de couchage.

*MG6 : J'insiste peut-être un peu moins sur la mort subite, en disant plutôt que c'est plus pratique pour l'allaitement, parce que je n'ai pas non plus envie de les effrayer et qu'ils passent leurs nuits à pas dormir, les yeux grands ouverts au dessus du berceau du bébé, mais je leur dis, voilà, c'est pratique pour eux, que c'est pratique pour tout le monde de l'avoir juste à côté. (...) Moi je parle beaucoup d'allaitement maternel parce que il y a souvent des bébés qui sont allaités, et c'est à ce moment là qu'effectivement je leur parle du couchage.*

*P5 : Notamment parce que je trouve qu'on voit beaucoup de plagiocéphalie qui se constitue dès les premières semaines. Donc je leur demande comment est couché l'enfant, comment ils veillent à ça.*

- **Si présence de facteur de risque :**

*P1 : Je me le marque, et puis on en reparle, je leur explique que s'ils fument dehors, c'est posé sur les vêtements...*

- **Si pathologie de l'enfant :**

Le pédiatre P5, parlera du facteur de risque du tabac si le nourrisson présente une pathologie respiratoire :

*P5 : Après, pour tout ce qui est autres mesures, c'est à dire, le tabagisme parental, c'est un petit peu compliqué. Ca ne vient pas tout de suite, dès les premiers mois. Souvent je n'en parle pas, moi. Ca vient plutôt dans la conversation quand l'enfant a des bronchiolites ou des manifestations respiratoires.*

Le médecin MG6 fait la prévention de la MIN aux premières consultations et fera des rappels sur les facteurs de risque si le nourrisson présente une symptomatologie digestive ou respiratoire :

*MG6 : C'est souvent ces consultations là, de 10j, 1er mois, 2ème mois, après, une fois que ça, c'est passé, si je revois des gamins qui ont des problèmes digestifs, du reflux notamment, je revérifie bien que la position est dorsale et qu'ils sont proclives, là il peut être amené à ce qu'on en rediscute ou alors si je sais que les parents sont fumeurs, j'en remets encore une petite couche, je refais une petite piqure de rappel, ou si les gamins ont un problème respiratoire quelconque je leur redis encore une fois.*

- **Par répétition de l'information :**

Pour plusieurs médecins interviewés, c'est par la répétition qu'ils arrivent à faire passer les messages de prévention. Même s'ils pensent que les parents savent déjà parce que les messages de prévention ont été délivrés à la maternité ou ont été délivrés pour les aînés de la fraterie :

- Systematique :

*Interviewer : Pour vous, ils sont déjà au courant, ils ont déjà eu l'information ?*

*P3 : Oui. Et surtout du mode de couchage, heu.. oui, oui. Après, c'est toujours bien de répéter.*

*MG9 : Je suis dans le verbal, mais je me répète. Je répète plusieurs fois, je suis dans la répétition.*

*P4 : Je demande systématiquement, moi, comment va l'appétit, comment il dort, à chaque consultation, et le transit. Ca ces les trois questions à chaque consultation.*

- Prévention déjà faite à la maternité :

*MG6 : J'essaie déjà de reprendre les choses qui ont déjà été dites je pense en maternité et je m'assure que les parents aient bien en tête, et je repose les mêmes questions, ou je reprecise certaines choses.*

- Déjà dit pour la fratrie :

MG3 : *Mais souvent, c'est vrai, les parents disent: « Ah c'est vrai, j'ai oublié, il n'y a rien qui a changé ? » Voilà, je ne refais pas systématiquement. Mais, souvent, on est obligé de refaire les choses systématiquement, c'est surtout par rapport à la vaccination, parce que le calendrier change, des choses comme ça...*

- **Par énumération des bonnes pratiques :**

P1 : *Mes outils c'est préconiser l'allaitement maternel, préconiser la proximité totale jusqu'à 6 mois entre le bébé et sa mère, heu, c'est à dire le bébé dans la chambre des parents y compris le lit collé au lit de sa mère et qu'elle puisse le prendre, y compris le co-sleeping dans certaines circonstances, mais toujours en cas d'allaitement maternel. Ca c'est la première des choses. Après c'est le décubitus dorsal pour dormir sauf si l'enfant est sur sa mère et puis informer donc les parents du décubitus dorsal, de la chambre pas trop chauffée, 19°, d'aérer la chambre tous les jours, deux fois cinq minutes, désencombrer le nez dès qu'il est enrhumé, heu, pas trop le couvrir et pas de tabagisme du tout, aucun des deux parents y compris pendant la grossesse et heu... voilà, ce sont en gros les recommandations que je donne à tout le monde, après si l'enfant n'est pas... si la recommandation de l'allaitement maternel n'a pas été entendue, bah, je donne quand même toutes les autres recommandation... voilà.*

- **Si antécédent de MIN dans la fratrie :**

Pour le médecin MG9, il fait de la prévention sur la MIN systématiquement s'il y a un antécédent de MIN dans la fratrie, sinon le message ne sera pas systématiquement délivré.

MG9 : *Alors, bien évidemment si vous voulez, s'il y avait eu une mort subite du nourrisson dans un des membres de la famille, si vous voulez...avec une mère déjà sensibilisée qui tombe enceinte, bien sûr que je vais m'y intéresser, mais ce n'est pas systématique.*

- **Via l'allaitement :**

Le pédiatre P2 adapte ses messages de prévention en fonction du mode d'allaitement maternel ou artificiel :

*P2 : Ca dépend pas mal du mode d'allaitement. (...) Et si jamais ils dorment encore dans le lit des parents, bah, si c'est un allaitement maternel et que la maman n'est pas prête à le laisser dans son lit parce qu'il y a besoin, à ce moment là, bah... on fait des conseils sur les couettes, la présence du papa, tout ça, voilà.*

## 5. Les freins

Tous les médecins interrogés expriment au moins un frein à faire la prévention sur la MIN. Voici les freins rapportés par ordre de fréquence.

- **L'oubli :**

*MG3 : Parce que je n'y pense pas. Tout simplement, je n'y pense pas. À le verbaliser.*

*MG5 : le fait qu'on soit pris par le temps fait qu'on est pris par plein de petites choses à faire. Non je ne vais pas dire dans une consult, je n'ai pas le temps de le faire, non.. Non, l'oubli, c'est plus idiot que ça, l'oubli. Parce que ce n'est pas long, ce serait de la mauvaise foi, pendant qu'on rhabille le bébé, qu'on change la couche, qu'on met une autre couche...on a le temps, en 3 secondes, non, pas le temps, c'est de la mauvaise foi. Non, pris par plein de chose, au milieu, en rater dans la check-list, pour avoir trop de trucs, non pas le temps, celui qui dit ça, c'est de la mauvaise foi quand même ! (sourit) C'est court une consult, mais quand même.*

*P1 : c'est vrai qu'il y a peut être des consultations où j'oublie d'en parler.*

- **A priori que les parents savent déjà :**

*INTERVIEWER : Parce que sur le carnet de santé, il y a une page dédiée, est ce que vous l'utilisez ?*

*MG8 : Oui, on la croise, donc on en parle, mais souvent ils l'ont vu, donc...*

P4 : *Oui, je pense que les gens sont quand même assez au point en général. Ils me disent : « Oui, je sais ».*

P5 : *Je sais qu'à la maternité ça a été dit. Qu'il ne fallait pas coucher l'enfant sur le ventre, donc ils le savent en général.*

*(...)*

*Mais ils vont aller chercher pleins de trucs sur internet, écouter les copains, les copines qui ont déjà eu des enfants et tout...Nous demander à nous aussi beaucoup de chose. Donc moi, je ne veux pas non plus en rajouter une couche.*

MG5 : *j'ai l'a priori idiot aussi de penser que 99,9% des gens savent qu'il faut mettre le bébé sur le dos, donc je ne vais pas le dire systématiquement, non, donc je suis capable de totalement l'oublier, j'avoue... parce que ça me semble tellement évident*

- **Manque de connaissance :**

Les médecins généralistes dans l'ensemble témoignent d'un manque de formation sur ce sujet. Et ressentent le besoin de se mettre à jour.

MG8 : *A la fac ? Non pas du tout, pas suffisamment du moins, ça c'est sur. C'est après, c'est ce que tu te formes après.*

Interviewer : *C'est un sujet que vous maîtrisez bien ?*

P4: *Oui, je pense, enfin, à moins qu'il y ait des choses nouvelles, mais heu... moi j'étais resté sur dormir sur le dos, sans oreillers, sans tout ce qui peut étouffer le gamins, quoi.*

*Je ne sais pas, c'est en augmentation la mort subite du nourrisson ?*

Le médecin MG2 se sent moins légitime que les pédiatres pour faire la prévention sur ce sujet, parce qu'il se sent moins bien formé.

MG2 : *on est en semi-rural et il n'a pas beaucoup de pédiatre, ça ne court pas les rues, donc, c'est vrai qu'on fait un peu le boulot des pédiatres...heu...ce qui est, encore une fois très bien, ça me passionne, mais la question, c'est est-ce que on le fait aussi bien qu'eux ? Probablement que non.*

Interviewer : *Et vous avez l'impression d'être bien formé sur ce sujet ?*



MG2 : *Alors, non, non. Très mal. Très mal, parce que moi dans mes études...alors je suis vieux, alors déjà, mais heu... dans mes études... c'est en quelle année le couchage sur le dos, c'est quelle année ?...80...*

INTERVIEWER: *...c'est les années 90.*

MG2: *Donc, moi je suis.. C'était quand même découvert, évidemment, mais, heu.. on commençait vraiment à en avoir conscience par les études, ect. Et, heu.. donc, on devait expliquer, y a pas de soucis, mais, j'ai appris ultérieurement qu'il y avait ...heu... Enfin, nous on nous a appris « faut coucher sur le dos », quoi. Point barre. Mais après, on ne nous disait pas pour les peluches, les machins, les trucs comme ça. Ca c'est plus tard que j'ai découvert ça. Et, heu... et de ce fait... Après non, là pour le coup, je trouve que ça pose la question de la formation continue des médecins, qui intéresse ce sujet et pour laquelle je pense que c'est catastrophique, mais heu... mais, oui, non, ça c'est sur qu'on n'est pas assez formé. Surtout pour un sujet...surtout pour un sujet aussi sensible et surtout pour un sujet aussi simple. C'est à dire, qu'à partir du moment où on a donné les consignes, encore une fois, que les gens les respects ou pas, bon bah voilà... « vous avez ça à faire, vous le faites, vous ne le faites pas.... » Mais en tout cas c'est clair. Voilà.*

MG3 : *en fait, hormis certains facteurs de risque entre guillemets connus, ou pas, moi je pense juste au tabagisme, en particulier. Après je ne sais pas, sur les études, je n'ai pas vu les études, si ça ressort souvent ou pas, je n'en sais rien. Donc je parle un petit peu de façon empirique je dirais... ( rires) Ça et puis, sur le couchage aussi, il y a eu des controverses : quand il fallait le mettre sur le ventre, quand il fallait le mettre sur le dos. Ect...C'était un petit peu flou, donc là dessus, je n'ai sûrement pas lu assez d'études ou de biblio...*

MG4 : *J'ai l'impression qu'on en a beaucoup parlé à un moment, même dans les formations... même s'il y a peu de formation médicale continue dédiée à ça, à ce sujet...*

- **Manque de temps :**

MG1 : *Il faudrait effectivement que je montre la courbe, mais...mais je n'ai pas le temps, j'ai beau prendre une demi-heure, c'est chaud en une demi-heure, tu ne peux pas tout faire, c'est hyper compliqué.*

*(...)*

*Manque de temps, si c'est une frustration, manque de temps, parce que malheureusement, tu as des parents qui posent beaucoup de questions, donc, heu, tu prends du temps à leur répondre*

INTERVIEWER : Vous n'utilisez pas d'outil ou de support ?

P4: *Non. On n'a pas le temps. Déjà, la première consultation elle est hyper longue.*

MG2 : *Alors, c'est vrai que le Dr. R, de manière très intelligente fait des consultations d'une demi-heure pour les nourrissons, et ce que j'aimerais bien faire, mais heu...on n'a pas... enfin, là on est déjà débordé en faisant un quart d'heure et je suis complètement d'accord qu'un nourrisson, encore une fois, comme la personne âgée, ça mériterait plus.*

P2 : *je n'en ai pas de frein à la prévention, la seule chose, où éventuellement je pourrais être un peu mieux, c'est si j'avais un peu plus de temps.*

- **Peut-on tout dire ?**

Des médecins se trouvent en difficultés pour en parler car ils ont peur d'angoisser les parents. Certains évitent d'utiliser le terme « mort inattendue du nourrisson ».

MG9 : *c'est un équilibre qui est difficile à trouver, parce qu'il ne faut pas non plus trop stresser les parents.*

(...)

*Je leur donne des conseils pour l'allaitement, des conseils pour l'endormissement, je leur dis exactement ce que je vous ai dit, sans leur dire c'est pour prévenir de la mort Subite du nourrisson, parce que, attention, là, entre deux et quatre mois, il y a un pic, vous risquez de perdre votre enfant...mais attendez, les gens vont être comme ça, si vous leur dites un truc comme ça !!*

(...)

*Je la fais si vous voulez. Mais, je ne vais pas systématiquement la verbaliser pour ne pas stresser spécialement les gens.*

P5 : *Et je trouve que les angoisser avec un événement qui a quand même très peu de chance de se produire, heu...alors que déjà ils savent que ça existe, tous, et ils ont peur malgré tout. Donc ce n'est pas mon rôle quoi. Je ne trouve pas. Donc j'en parle quand ça vient dans la conversation. Par contre je parle très vite de la plagiocéphalie. Parce que je trouve qu'on en a beaucoup et que il faut faire de la prévention. Et que faire de la prévention de la plagiocéphalie, ça amène à parler du couchage. Donc là, j'en parle. Mais sinon, non, j'en rajoute pas des couche, quoi.*

(...)

*Leur faire peur...comme je vous ai dit, ça ne me fait pas peur d'utiliser le mot « mort subite du nourrisson ». J'appelle les choses par leur nom. Ça ne me fait pas peur de parler de ça. Mais je trouve que les parents sont souvent très stressés au départ, ils ne savent pas trop comment s'y prendre. Donc aller d'emblée parler de la mort subite du nourrisson, je trouve ça un peu dur quoi.*

*MG7 : il y a tellement un poids important, dans le fait de parler de mort, c'est que ça va m'accaparer du temps qui sera utile pour d'autres bonnes pratiques. (...)*

*Donc c'est un thème parmi d'autres. Mais si vous le nommez, avec le poids sous entendu de la mort, heu... tout de suite vous captez une attention au détriment d'autres choses qui sont tout aussi importantes*

*MG2 : Je dis, vous connaissez les règles de couchage, ect, c'est très important pour la santé de l'enfant, ect, pour pas qu'ils fassent des malaises, malaise du nourrisson, ect. Après non, mort, parce que je trouve que c'est un peu violent quoi. On vient de donner la vie, heu, je pense...ne l'étant pas, je ne sais pas trop ce que c'est d'être parent...mais, je pense qu'à partir de là on ne vit plus, à partir du moment où on a peur qu'il arrive quelque chose, ect, si on commence à débiter le mot mort à deux mois... et surtout, je...alors, je n'ai pas l'intime conviction qu'il servira à quelque chose, de le citer...alors on peut toujours se dire, oui, si tu le dis, ils vont être encore plus attentifs, ils ont entendu le mot mort, après si c'est pour les tétaniser, ect, mais ça,..., je suis preneur, si on me montre une étude où il y a écrit que quand on disait mort dans la consultation, que les gens faisaient moins de couchage sur le ventre, bah très bien, je le ferai avec grand plaisir, mais je trouve ça un peu violent quand même! Mais ce n'est pas dogmatique, on peut me faire changer d'avis quoi, mais, heu...mais c'est un mot qui peut faire peur, pour un bébé de un mois, deux mois... Je comprendrais les parents qui se diraient : « attends, je vais à la consultation, où mon bébé va bien et je ressorts avec le mot mort, ect » Evidemment, qu'il y a la plupart qui vont se dire c'est pour mon bien, c'est pour le bien du bébé, ect, mais je pense qu'il y en a quelques uns qui peuvent se dire, ouai « il est un peu olé, olé... »*

- **Trop d'information à délivrer :**

*P4 : Il y a tellement de choses à dire. On nous demande tellement de chose à faire pendant la consult, entre le préventif, le curatif, les vaccins...*

MG2 : *on a tellement de choses à dire, sur, enfin, pas que sur le couchage, mais évidemment sur plein d'autres choses, que ça me paraît très compliqué de tout expliquer bien comme il faut.*

MG7 : *il y a dix milles trucs à aborder...C'est une consultation mais d'une densité phénoménale quoi. (...)*

*Il y a trop de thème important quand vous aborder un jeune enfant (...)*

*On pourrait y passer des heures. (...)*

*Trop de bonnes pratiques à transmettre.*

- **Pas la priorité :**

MG5 : *je ne vais pas le dire systématiquement comme systématiquement je mesure le périmètre crânien, la taille, toutes les courbes, je fais tous bien, je parle des vaccins, de machins, ..., la nourriture...je...ça n'a rien de systématique, non, ça va venir comme ça, plus qu'en ils en parleront.*

Certains médecins, comme le MG6, ont plein de documents pour faire de la prévention, mais pas sur le sujet de la MIN.

MG6 : *A remettre aux parents, oui. J'en ai pas mal, je viens de remettre un truc pour le lavage de nez du nourrisson, pour les chambres d'inhalation, pour tout un tas de truc quand ils sont malades, heu, et la prévention... pour les conseils allaitement, parce qu'on en donne, mais pour ça, on n'en a jamais donné. Je réfléchis, dans le carnet de santé des gamin, quand ils sortent de la maternité, est ce qu'ils ont ce type de papier là, non...non..*

Le médecin MG7 ne fait pas systématiquement la prévention de la MIN car selon lui, il y a des sujets de prévention plus importants.

MG7 : *Et très honnêtement, c'est peu prioritaire parce que l'incidence est faible...est quand même relativement faible.*

*(...)*

*Est-ce que faire de la prévention en systématique pour un truc qui a une incidence extrêmement faible, est-ce que c'est valable ? Est-ce que c'est rentable ? Voilà. Est-ce qu'il ne faut pas mieux faire passer juste des consignes de bonnes pratiques. Si vous faites des bonnes pratiques, vous êtes efficace en prévention*

(...)

*Il n'y a pas une incidence de ce problème là qui me semble suffisamment important pour justifier que ça prenne le pas sur d'autres choses... Mais je peux me tromper, je ne sais pas...*

- **Méconnaissance des informations du carnet de santé :**

*MG1 : Je regarde vite fait mais je n'ai pas lu encore. J'ai vu les courbes, j'ai essayé de voir un petit peu, heu, j'ai regardé les vaccins, c'est plus pratique, c'est beaucoup plus pratique pour nous. Ils sont mieux faits. Mais si tu veux, j'aimerais bien en avoir un...*

*MG5 : si ça se trouve elle y est dans les nouveaux carnets de santé. Dans un carnet de santé, rajouter une ligne, cocher...(hésitation) Elle y est ?*

*Interviewer: Oui, sur les nouveaux oui.*

*MG5: (Rires) Elle y est ? Honte à moi ! J'en n'ai pas là... (cherche un carnet de santé dans sa bibliothèque) C'est vrai ?*

*P3 : Je trouve que c'est utile d'avoir l'item dans le carnet de santé. Peut-être qu'il faudrait que je m'intéresse à savoir qu'elle page, ça peut être bien, peut-être...Il y a une image dans le nouveau carnet de santé ?*

- **Mal à l'aise avec le sujet :**

Certains médecins ne sont pas à l'aise pour aborder le sujet.

*MG7 : très sincèrement, ce n'est pas un sujet qui est facile à aborder, de façon frontale, parce quand on vient d'avoir un bébé, tout beau, tout propre, tout neuf, si on commence à parler de la mort inattendue du nourrisson...ce n'est pas très cool.*

*MG9 : mais je ne vais pas systématiquement mettre le mot de mort subite du nourrisson, hein, je vais donner les règles d'hygiène pour éviter...je ne vais pas dire le mot mort subite, je vais dire les « accidents ».*

*MG3 : Alors, si en plus, enfin, à mon avis...hein..., ca ne regarde que moi, mais si je leur dis : « Bon, par rapport à la prévention... » enfin il faut le dire certainement d'une autre façon. Je ne pense pas qu'il faille le verbaliser Mort Subite du Nourrisson, est-ce qu'il ne faudrait pas lui donner un autre non ? Je ne sais pas. Franchement, je ne sais pas.*

(...)

*Si je sens que la personne est trop anxieuse ou autre, je vais tourner autour du pot. Si on sent que... eux-même évoquent déjà le mot, je vais y aller un peu plus franco, ça dépend.*

*(...)*

*Il faut dédramatiser aussi à mon avis. Enfin, dédramatiser, tout en ... enfin, le bien peut-être l'ennemi du mal.*

- **Incertitude sur les facteurs de risque :**

L'évolution des recommandations a pu susciter des doutes chez certains médecins.

*MG3 : sur le couchage aussi, il y a eu des controverses : quand il fallait le mettre sur le ventre, quand il fallait le mettre sur le dos.*

*(...)*

*Les incertitudes aussi, les études ne disent pas franchement et parce qu'il y a eu des changements, quoi, il faut le coucher comme çà, après, il faut le coucher comme ça. Voilà. C'est des incertitudes liées aux différentes études, peut-être. En fait. On n'a pas quelque chose d'aussi clair.*

## **6. Les attentes de médecins**

Hormis le pédiatre P1, qui n'a aucune attente, tous les médecins souhaitent utiliser des outils. Tous les outils cités existent et sont accessibles aux médecins libéraux en dehors de la campagne télévisée.

- **Plaquettes ou affiches :**

*MG1 : Une plaquette simple, une affiche, tu sais il faudrait vraiment une affiche.*

*P3 : souvent les patients ils attendent dans la salle d'attente, donc moi j'ai des messages « vaccins », « papillomavirus », pourquoi pas... Avec une image de bébé. Comme ça les enfants vont pointer l'image de bébé et les parents le liront. Quelque chose de très visuel.*

*MG3 : oui, un outil, ou un document, quelque chose de rapide, qu'ils puissent voir, peut-être des petits schémas : « quand il est allongé, c'est comme ça, et puis donc il peut se passer ça,*

*et puis donc, il vaut mieux comme ça, d'un autre côté, soyez rassuré si.... » Il faut un document qu'il ne leur fasse pas peur non plus.*

*P1 : Ca m'aiderait peut être pour moi pour savoir si j'ai oublié des choses... mais je ne la remettrais pas aux parents.*

- **Formations :**

*MG2 : des mails ou des sites de référence de formation continue des médecins généralistes pluridisciplinaires, fait soit par l'ordre, soit par la HAS...*

*(...)*

*Pour qu'on y pense déjà et puis après être mieux formés quoi, mieux formés, que ce soit la formation initiale, ou la formation continue. Après... parce que là aujourd'hui, encore une fois on n'en parle pas. On n'en entend pas parler, pardon. Mais après, peut-être que c'est parce que l'enseignement n'est pas fait.*

*MG5 : donc peut être que j'ai des choses à apprendre, mais, oui, j'ai l'impression que ce que je sais, je le sais, je ne sais pas si il y a eu du nouveau depuis.*

*(...)*

*Oui ça m'intéresserait, mais ca serait difficile d'en faire une soirée. Il faudrait mettre avec d'autre chose de prévention, chez l'enfant, pourquoi pas, oui.*

*MG6 : je fais régulièrement des formations pédiatriques. L'année dernière je l'ai faite à Paris, c'est Médecine et Enfance. Ce n'est pas un sujet qui a été récemment évoqué, on en fait à peu près 3-4 par an des formations pédiatriques. Ce n'est pas un sujet qui a été abordé sur les 3-4 dernières formations que j'ai pu faire par exemple.*

- **Campagne télévisée :**

*P1 : je pense que un clip télé bien fait, heu, serait nécessaire*

*(...)*

*Il faut matraquer à une heure de grande écoute.*

- **Courbes :**

MG1 : *Une courbe, disant voilà, le changement de position... une courbe ludique entre guillemets, enfin, pas des courbes médicales, mais des courbes de couleur, tout simplement.*  
(...)

*Je pense qu'une courbe serait parlante, sur la modification du couchage, heu, avant, après.*

P3 : *Peut-être que si les parents me parlent du couchage sur le dos, je devrais peut-être avoir cette petite courbe.*

- **Une étude statistique :**

MG3 : *Oui, des informations plus claires, plus concrètes et plus ou moins inéluctables. Enfin, qu'on puisse dire que ça prouve bien par A plus B que là il y a eu ça, ça c'est passé comme ça, là il y a çï, ça s'est passé comme çï.*

(...)

*Donc peut-être qu'il faut faire des choses, plus randomisées : « non c'est vraiment comme ça qu'il faut le coucher, parce que c'est comme ça que ça se passe, ect... »*

(...)

*Maintenant, est ce qu'on a détecté pourquoi c'était si important ? Et quels étaient les facteurs des faits que ce soit important ? Et si on peut jouer sur ces facteurs là. Si on a vraiment déterminé les facteurs, là ça me paraît important.*

MG5 : *une conférence un jour, avec d'où c'est sorti ces stats et tout, qui est vraiment certain que sur le dos, c'est mieux que sur le coté, qui a sorti ça, pour vraiment savoir...*

- **Documents personnels :**

MG2 : *l'ambition de faire des recommandations à nous et de donner une feuille, (...) enfin, ça serait ça pour moi, donner une feuille au premier ou deuxième mois, avec écrit les consignes de couchage, bien sûr, mais pas que ça, (...) rajouter un dessin, (...) parce que c'est parlant.*



- **Insister sur certains facteurs de risque :**

*P3 : Surtout les histoires de tour de lit, parce qu'il y en a plein qui ne veulent pas en mettre, parce qu'ils ont peur que l'enfant se fracture la jambe. Donc faire des rappels sur ça.*

*(...)*

*Et il y a pas mal de gens qui prescrivent le proclive pour les rhinites et des trucs comme ça, et moi je leur dis : « non, il ne faut pas, après ils dégringolent au fond du lit. C'est plus risqué qui « roule et boule » que pour la respiration.*

- **Vidéo de prévention en salle d'attente :**

*MG1 : tu sais on va avoir le système d'écran dans les salles d'attentes, ça peut être un bon moyen de diffusion.*

- **Aucune :**

*P1 : je n'ai pas d'outils, je ne suis pas très pour les choses toutes faites.*

## **7. La fréquence de la prévention**

À la question : « À quelles consultations faites vous cette prévention ? », le nœud de la « fréquence » est apparu. Il est intéressant de voir les inégalités de pratique. Pour certains, la prévention de la MIN est faite de manière systématique, pour d'autres, c'est fait s'ils détectent des facteurs de risque, alors que d'autres aborderont le sujet que si les parents ont des questions.

- **Systématique**

*P3 : j'ai un déroulé d'examen clinique et un moment donné il y a la section couchage*

*(...)*

*Les parents savent...souvent...mais c'est toujours bien d'en reparler, voilà.*

*MG4 : Bah, j'en parle essentiellement à chaque consultation, pratiquement à chaque consultation du nourrisson, oui, c'est surtout ça...*

P2 : *j'en parle presque à chaque consultation, mais ce n'est pas spécialement mort subite du nourrisson, je demande comment se passe le sommeil, en fait, globalement, c'est pas que axé sur la mort subite du nourrisson, mais après, même plus tard, sur les mauvaises conditions d'endormissement et... les bébés qui s'endorment au sein, au biberon après l'âge de 4-5 mois, voir si l'enfant est calé sur le cycle nyctéméral, donc j'en parle effectivement, je parle du sommeil à chaque consultation, je demande où il dort et comment il dort. Heu... sans dire que c'est spécifiquement pour la mort subite du nourrisson.*

- **Si facteur de risque détecté**

MG3 : *surtout j'insiste, la chose sur laquelle j'insiste en générale, c'est surtout, pour les parents, surtout si je sais qu'ils sont fumeurs, là je ne suis pas très gentille avec eux !*

P1 : *par exemple, parents fumeurs, je me le marque sur mon dossier, et parce que je leur explique...oui ils vont tous fumer dehors, ça c'est clair, sauf que on ne voit jamais personne qui fume dehors, enfin rarement...sauf devant les cafés. Et heu... Donc je me le marque, et puis on en reparle, je leur explique que s'ils fument dehors, c'est posé sur les vêtements...*

P5 : *Non, je ne suis pas sûr de parler suffisamment de tout. Je parle du couchage ça c'est sur. Du tabagisme, vous voyez, je n'en parle pas spontanément chez des tous petits. J'en parle plus quand il y a des affections respiratoires.*

- **Parents cibles**

MG4 : *Je ne fais certainement pas tout bien, non mais j'essaie du moins de leur en parler régulièrement, surtout aux très jeunes parents...*

- **Si questionnement des parents**

MG3 : *Ca c'est clair. Heu, s'ils me posent la question, je leur dis : « Bon, vous le couchez comme ça, comme çi ».*

MG5 : *ça va venir comme ça, plus quand ils en parleront.*

*(...) Je pense que plus de 9 fois sur 10 on en parle, parce que les parents parlent de plein de chose, parce qu'ils me parlent de Babyphone, « argh », moi ça m'agace, je dis ça parce que moi, mon fils, le Babyphone, il se le mettait autour du cou, il avait même faillit acheter un*

*vidéo babyphone pour son fils, non je suis très remonté contre les Babyphones, et chemin faisant on parle de mort subite du nourrisson,*

## **8. Les consultations « clés »**

Il en est également ressorti des « consultations clés », c'est à dire des consultations de suivi au cours desquels la prévention de la MIN est systématiquement réalisée :

- **Pendant la grossesse**

*MG1 : alors moi j'insiste énormément, heu, pendant la grossesse, j'en parle pendant la grossesse, chez les mamans fumeuses notamment. Puisque, je ne sais pas si tu avais vu, moi c'est ce que j'avais vu à la fac, que l'hypothèse des morts inexplicables seraient dues au tabagisme maternel. Et là par contre, j'insiste beaucoup chez les mamans fumeuses, pendant la grossesse. Pour qu'elles prennent conscience...surtout qu'on a les moyens de les aider pour arrêter de fumer et pour qu'elles en prennent conscience. Et je leur explique vraiment le lien qu'il y a entre le tabac et les morts inexplicables.*

*MG3 : je fais quand même la prévention plus orale, déjà pendant la grossesse*

- **Premiers mois de vie**

*MG6 : C'est souvent ces consultations là, de 10j, 1er mois, 2ème mois...*

*MG8 : je fais en fonction de la consultation. Bien souvent, chaque mois, on voit les enfants dans le suivi régulier, donc c'est là où on peut donner les conseils, (...) Non, non, on va aborder le sujet avec chaque famille, avec chaque nourrisson, mais pas à chaque consultation, je ne vais pas leur parler de ça tous les quinze jours si ils viennent tous les quinze jours.*

- **Premières consultations de l'enfant**

*MG3 : C'est la première fois que je vois le bébé. Que je fais de la prévention globale.*

*MG1 : La prévention, en faite, c'est au cours de l'examen, parfois on les voit à 8 jours ou 15 jours, ou après certains parents ne les amènent pas, on ne les voit qu'à 1 mois.*

- **Au deuxième mois**

MG2 : *au deuxième mois, oui.*

## 9. Le moment dans la consultation

Certains médecins organisent leurs consultations avec un temps dédié à la prévention afin de ne pas l'oublier, d'autres le font au fil de la consultation et s'adaptent en fonction du déroulé que prend la consultation :

- **Début**

MG3 : *C'est plutôt quand je suis derrière le bureau. Quand ils arrivent, ils me présentent le bébé...*

- **Fin**

MG2 : *Alors, souvent à la fin. Heu... parce que, alors là c'est mon mode de fonctionnement, je fais tout ce qui est un petit peu, heu...comment dire...somatique...heu...voilà, enfin, auscultation, poids, taille, ect... assez vite au début, heu, en même temps j'essaie de répondre aux interrogations des parents qui se portent très rarement sur ce point, ça c'est vrai. Et, heu..et c'est au moment où je remplis le carnet de santé, donc à la fin de la consultation, et heu... que souvent je m'en rappelle, que je donne les consignes à ce moment là.*

- **Indéterminé**

MG1 : *Je n'ai pas de moment privilégié. Ce n'est pas le début, c'est...ah je dirais, enfin...plutôt au début ou à la fin, mais pas pendant l'examen, quoi.*

MG4 : *c'est plutôt comme ça dans la discussion... après les tétés, après les repas, la façon de les coucher, ect...*

MG5 : *Non, justement. C'est si on vient à parler de ça. Un peu comme la nourriture aussi d'ailleurs. Parce que je n'aime pas du tout dire aux parents, faites tant de tétés, de tant de*

*millilitres, tout les tant et tout...Donc quand on me demande des conseils comme ça, je réponds et chemin faisant, ça n'a rien de systématique donc, ça va plutôt être en plein milieu de la consultation, en discutant, quoi...*

- **Pendant l'examen clinique**

*P2 : Heu... (réfléchit) C'est au milieu de ma consultation... (rires) généralement, quand je demande heu... oui, c'est plutôt au milieu, effectivement, quand je vais examiner l'enfant. Je demande comment est-ce qu'il dort, parce que je fais en même temps la prévention pour la plagiocéphalie du coup. Donc oui, c'est plutôt au milieu de ma consultation.*

*MG9 : je fais déshabiller l'enfant par la mère et je vois comment elle fait. Donc si je regarde comment elle fait, si c'est un véritable bazar, je me dis : « de toute manière, elle ne va pas m'écouter ». Si je vois qu'elle déshabille bien l'enfant et qu'elle est attentive, qu'elle fait attention, que les gestes sont des gestes sûr, si vous voulez, ou bien si c'est une maman qui a déjà cinq ou six enfants, je vais, à ce moment là, pouvoir lui parler pendant qu'elle déshabille l'enfant*

## 10. Les réponses apportées aux parents

Les praticiens réagissent différemment aux réticences des parents à adopter les bonnes pratiques de prévention. Certains seront catégoriques et ne laisseront pas de compromis alors que quatre pédiatres sur cinq vont essayer, en partenariat avec les parents, d'adapter au mieux les mesures de prévention :

- **Absence de compromis**

*MG1 : Parce que j'ai déjà eu des bébés, où les parents me répondent « ils dort sur le ventre ». Ils te répondent « c'est le seul moyen de le calmer ». Bah peut-être, mais vous le faites dormir sur le ventre.*

*(...)*

*Donc après, si tu veux, si les parents le couchent sur le ventre, je le note sur le carnet, je mets « couchage sur le ventre, consignes données », voilà après...la prévention elle est faite, après l'exécution ce n'est pas moi.*

MG6 : « il est dans sa chambre, il fait ses nuits, il se réveille moins, on l'entend moins, on est moins stressé ». Je dis non, il faut qu'il soit au moins jusqu'à 6 mois dans la chambre des parents.

(...) Parfois, il y a des mamans qui me disent « moi, il dort mieux en position ventrale, et quand il dort en position ventral, et bah il ne se réveille pas ». Donc je leur redis que ce n'est pas possible, qu'il faut vraiment... que c'est important.

P1 : Et après quand ils me disent qu'ils l'ont mis dans sa chambre à 1 mois, et bah, on en discute et je leur dis que c'est la recommandation, jusqu'à 6 mois dans la chambre des parents, pour éviter la mort subite du nourrisson, donc après ils font ce qu'ils veulent, c'est leur enfant ! Et je leur dis « facteur de risque n'est pas..heu... éviter un facteur de risque n'est pas une protection totale et prendre des risques n'est pas que le risque va forcément arriver », c'est eux qui choisissent, je les informe des risques qu'ils prennent.

P2 : si il y a des difficultés et que l'enfant préfère dormir sur le ventre, et ben...non ! (rires)  
C'est que sur le dos.

- **Recherche d'une adhésion**

P1 : Si j'ai vu qu'ils n'ont pas entendu ou qu'ils sont récalcitrants, on le reprend en fin de consultation de façon un peu plus spécifique.

(...)

Par exemple, si ils me disent « il dort à plat ventre », heu, je leur dis qu'il ne faut pas dormir à plat ventre, et après on essaie de trouver des solutions et d'en parler plus spécifiquement, j'attends qu'ils soient plus disponible, pour en parler plus spécifiquement quand j'estime qu'il y a un gros facteur de risque.

(...)

J'essaie de faire en sorte qu'ils soient plus sensible au fait qu'il n'y ait pas une température trop élevée, au fait de savoir laver le nez, je montre comment on lave le nez, au fait de ne pas fumer, que d'avoir un appareil qui va détecter quelques chose qui est de toute façon indétectable.

P3 : c'est rare, mais il y en a quand même qui couche sur le ventre, donc je leur dis que normalement ce n'est pas recommandé, que je ne peux pas leur dire le contraire, après ils font comme ils peuvent, parce que parfois les nouveau-nés entre J0 et 1 mois ils sont bien sur le ventre aussi, donc en général souvent les parents me disent qu'ils ne dorment pas,

*donc je leur dis « justement pour bien dormir sur les deux oreilles, tentez le coup, essayez de le positionner sur le dos et ça marchera un jour ».*

*P4 : Des fois, ils me disent : « oui, il est bien sur le ventre ». Dans ce cas là on dit : « Si il est bien sur le ventre, faite le peut-être de temps en temps, mais restez à coté, à surveiller. (...) C'est vrai que des fois, il y a des bébés qui se calment mieux en dormant à plat ventre. Mais dans ce cas là, je dis : « vous ne le quittez pas des yeux, vous restez à coté. »*

*(...)*

*Des fois, les parents nous disent : « Bah, de toute façon c'est lui qui se retourne », plus grand, je ne parle pas des petits, vers 8-9 mois, « c'est lui qui se retourne tout seul et qui dort à plat ventre ». Bah, qu'est-ce que vous voulez, on ne va pas les affoler en disant : « ah, c'est dramatique ». Non, on leur dit : « écoutez, s'il se sent mieux comme ça ». Simplement, moi, je leur dis de faire attention quand il est enrhumé, à ce moment là de bien le surveiller, éventuellement, même de mettre le lit un petit peu...( montre une inclinaison avec sa main) sans qu'il glisse évidemment*

*P5 : Et puis il y a des parents qui disent que l'enfant pleur beaucoup, qu'il est calmé quand il est sur le ventre. Donc là, ça vient forcément dans la discussion. Moi, mon attitude vis à vis de ça, parce qu'il y a des parents qui couchent l'enfant sur le ventre...Donc, je vois en même temps qu'ils sont très culpabilisés, de coucher l'enfant sur le ventre, mais qui ne s'en sortent pas. Donc, je leur dis : « Bon, vous savez ce qu'il en est, ce qu'on vous a dit à la maternité, ce n'est pas moi pédiatre qui vais vous dire que vous pouvez coucher l'enfant sur le ventre. Vous faites au mieux. » Je déculpabilise aussi. J'accepte.*

## **11. Les attentes de parents**

Les médecins rapportent que les parents abordent très rarement d'eux même le sujet.

Le médecin MG3 pense que c'est parce qu'ils n'osent pas en parler. Alors que pour d'autres praticiens, les parents seront en attente de conseils.

*MG1 : Mais les parents ne posent jamais la question de savoir comment on couche les enfants, quoi... (...)Ca, ça n'est jamais venu, jamais, c'est moi qui la pose.*

*MG3 : Les parents n'en parlent pas...enfin, ou ils n'osent pas en parler, ils n'en parlent pas tant que ça.*

MG7 : *Alors, l'autre question que vous n'avez pas posé, c'est combien de gens posent la question sur la mort subite du nourrisson ? En fait très peu. Très très peu. C'est peut-être la encore un sur dix qui va en parler. (...) Mais spontanément, ils n'ont pas d'envie, pas d'attente*

MG8 : *de toute façon c'est une inquiétude qui revient avec les mamans, elles posent des questions et on y répond. (...) Des conseils surtout et de l'écoute. Parce que c'est plutôt ça qu'elles viennent chercher.*

## 12. Les limites de la prévention

Au cours des entretiens est ressorti la problématique des limites de la prévention.

En effet, certains parents ne vont pas être réceptifs aux messages de prévention délivrés. Ce qui est inhérent à tout message de prévention.

Il a également été évoqué les problèmes de compréhension des parents. Des parents pour lesquels il faudra adapter les moyens de délivrance de l'information.

Ou bien faire face aux messages erronés qui peuvent être transmis aux parents, notamment via internet...

- **Intérêt porté par les parents :**

MG2 : *Si ça se trouve il sort de chez moi, il la jette.(en parlant de la plaquette) Mais au moins, j'aurai fait mon boulot, voilà. (...) Si ils rentrent et ils le couchent sur le ventre, bah voilà...*

MG3 : *Mais, après, ce n'est pas tellement dans ce cadre là, mais, chez d'autres, je voyais bien que ça ne passait pas parce que j'avais le bébé ou l'enfant qui « puait » la clope, il n'y a pas d'autre mot. Enfin, je parle surtout du tabac, parce que c'était quand même important.*

MG5 : *Ceux qui sont sensibilisés, ils regardent. Ceux qui auraient besoin de voir, ils ne regardent pas, oui, biensur.*

P1 : *On leur remet des trucs sur l'alimentation, on leur remet des trucs sur les vaccins, on leur remet une ordonnance, on leur remet ...ils ne le reliront pas...*



- **Compréhension parentale :**

MG2 : *c'est toujours pareil, heu, on en parlera toujours mais est-ce que ça va accrocher au niveau des parents, est-ce qu'on est sûr qu'ils auront compris, heu... la gravité de la chose, enfin l'importance des consignes qu'on propose ? Ca c'est une très bonne question, ça c'est comme tous les traitements du monde... (...) le traitement pour le cœur, est-ce qu'ils ont compris que c'était vraiment.. voilà, compliance, heu... voilà, et heu... malheureusement je pense que c'est assez dure ...Alors, c'est assez dur d'avoir un retour des parents sur la compréhension qu'ils ont eu des consignes qu'on a données précédemment, heu, parce que déjà, il faudrait revenir dessus, ce qui n'est pas systématique, parce qu'à ma connaissance...alors, je ne l'ai pas fait en entier (en parlant du nouveau carnet de santé), je ne sais pas si c'est écrit à chaque examen obligatoire du nourrisson, je ne crois pas, voilà...donc déjà, ... et là encore il y a une imperfection. Et puis, après, heu...voilà, est-ce qu'ils ont bien compris, mais bon, on est quand même dans des populations où ce n'est pas toujours simple d'expliquer, il y a souvent beaucoup de choses à expliquer... (...) quasiment tous les jours, j'ai des gens qui ne savent pas lire.*

MG7 : *On peut avoir nous... se faire plaisir, avoir le sentiment d'avoir abordé tout ce qu'il fallait, d'avoir tout bien fait, mais ce qui reste au final... L'expérience montre qu'il faut rester sur des messages très simple. Deux, trois trucs. Voilà. Pas inonder les gens avec dix milles messages. Nous ça nous fait plaisir, mais ce n'est pas efficace.*

- **Réceptivité de l'information :**

MG2 : *enfin, moi je suis intimement persuadé que les gens, enfin, je ne sais pas, vulgairement, faudrait que je me re renseigne, on disait que les patients, ils gardaient 10% des informations qu'on pouvait dire au cours d'une consultation.*

MG7 : *Vous savez, comment un message est reçu, c'est très intéressant de voir ça. Vous savez, c'est assez classique, vous délivrez le même message à quatre personnes, qui sont là devant vous, qui écoutent la même chose, et les quatre ont entendu des choses différentes. Voilà, c'est assez fascinant, alors que le message aura été délivré de façon identique...*

- **Croyances parentales :**

P3 : *Parce qu'avec la plagio on se dit : « ah mince, il ne faut plus les coucher sur le dos ».*



## DISCUSSION

Notre étude montre qu'il existe des outils à disposition des médecins pour faire la prévention primaire sur la mort inattendue du nourrisson. Mais ces outils sont peu utilisés, par manque de temps, par oubli ou par méconnaissance de l'existence de ces outils.

### 1. Confrontations des principaux résultats aux données de la littérature

- **Les outils utilisés :**

L'outil le plus cité dans notre étude est le carnet de santé. Dans le nouveau carnet de santé, le mode de couchage est questionné à trois reprises : pour les examens de la deuxième semaine, du deuxième mois et du quatrième mois. Le fait d'avoir cet item à cocher est un vrai moyen d'y penser pour les médecins et de le faire systématiquement, au moins à ces consultations. (Figure 5)

En revanche la page « son sommeil » avec l'iconographie n'a pas été citée comme outil. Aucun médecin ne l'utilise comme support durant la consultation ou ne renvoie les parents vers cette page, comme le dit le pédiatre P2 : « *Je n'utilise pas de support visuel, et je ne redis pas de regarder le carnet de santé. C'est vrai que je devrais faire ça, un peu plus.* »

Or cette page peut être un bon outil « visuel » pour des parents qui auraient des difficultés de compréhension ou qui ne savent pas lire. Une étude réalisée récemment montre que les illustrations du carnet de santé de l'enfant français ne sont pas accessibles à tous les parents. Deux caractéristiques : être père ou être parent ne sachant pas lire le français augmentait significativement le risque de ne pas trouver six des items de prévention attendus à travers les illustrations. (22)

Une des pédiatres interviewée utilise des plaquettes en d'autres langues, pour pouvoir transmettre les messages de prévention à toutes les familles. Ces plaquettes sont disponibles sur le site « Naître et Vivre ».

C'est aussi notre rôle d'inciter les parents à s'approprier le carnet de santé, qui est source d'information pour eux. En 2011, le Cemka Eval a évalué auprès de 300 parents comment ils utilisaient le carnet de santé (ancien carnet de santé). Cette étude a montré que 73,2% des parents interrogés avaient lu les conseils concernant le sommeil et le conseil s'était avéré utile dans 81,9% des cas. (23)

Les parents pensent globalement à apporter le carnet de santé pour la consultation, mais celui-ci est souvent sous-utilisé par les praticiens. (24) Nous n'avons pas retrouvé d'étude comparant les médecins généralistes et les pédiatres sur l'utilisation du carnet de santé.

Par ailleurs, plusieurs médecins pensent que les parents ont lu le carnet de santé et donc qu'ils connaissent déjà les modalités de couchage. Dans un travail de thèse sur « Les recommandations du carnet de santé pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson sont-elles lues et mises en application ? Enquête chez 150 mères venant d'accoucher. », il est montré que 65,4% des parents avaient lu les recommandations concernant le couchage de l'enfant dans le carnet de santé. Les parents devaient répondre à un questionnaire. La recommandation de la position de couchage dorsale avait été retenue à 100%, le non partage du lit à 88,6%, l'absence de couette, d'oreillers, autres ( peluches...) à 18,6% et l'absence de tabac à 1,4% seulement. (25)

Ce qui montre bien que tous les axes de prévention doivent être revus par la suite, lors du suivi du nourrisson.

Les campagnes de prévention nationales sont également vues comme des outils. En effet, pour certains, la campagne de prévention leur permet d'y penser et aussi d'avoir un référentiel pour en parler en consultation. Pour d'autres, les médias ont un tel impact sur la population, que cela va interpeller les patients, qui seront peut-être plus intéressés par le sujet et qui amèneront d'eux même le sujet en consultation.

Pour un médecin (MG4), il est sous entendu aussi que cela lui permettrait de remettre à jour ses connaissances sur ce sujet.

Dans le canevas, la question de l'intérêt d'une nouvelle campagne de prévention est directement posée, « que pensez-vous d'une nouvelle campagne nationale de prévention » ce qui peut constituer un biais.

Deux médecins généralistes utilisent les statistiques. Ils souhaiteraient utiliser un support visuel ce qui serait plus « parlant ». Parmi des patients qui peuvent être un peu perdu entre les conseils apportés par la génération de leurs grands-parents, qui avaient appris qu'il fallait coucher sur le ventre, l'évolution de la courbe en fonction du mode de couchage permet d'appuyer notre discours sur l'impact du décubitus dorsal sur la survenue de la MIN. (Figure 6)

Un seul pédiatre a mis une affiche sur le mode de couchage en salle d'attente. Les autres médecins ont souvent beaucoup d'affiches, mais pas sur ce sujet.

Une étude menée en 2001 a étudié la présence de message de prévention en salle d'attente de pédiatres libéraux et l'impact que cela avait sur les patients. (26)

Sur quatre vingt et une salles d'attente de pédiatre, soixante-quatorze (91%) étaient pourvues de messages. Les messages sur le mode de couchage étaient présents dans 58% des salles d'attente. (figure 7) Cet item était classé dans la catégorie « assez fréquent », au même titre que la fièvre, la bronchiolite, la diarrhée et les allergies. Les auteurs s'étonnaient de la faible fréquence de message sur le mode de couchage délivré en salle d'attente. Ils l'expliquent par le fait que ces conseils sont déjà donnés à la maternité, abordés lors de la première consultation et présents dans les pages de prévention du carnet de santé. La présence de ces messages en salle d'attente a conduit 14 % des parents à en parler spontanément à leur pédiatre.

Le MG1 et le P1 ont également évoqué le projet de mettre une télévision dans leur salle d'attente pour diffuser des messages de prévention.

Le problème soulevé par le pédiatre P1, c'est qu'il y a souvent trop d'affiches en salle d'attente. *« Oui, il faut mettre des pictogrammes, mais vous avez vu ma salle d'attente ? Toutes les affiches qu'il y a ? (...) Trop d'info tue l'info. »*

Un médecin généraliste utilise des documents personnels, qu'il peut s'approprier et modifier au cours du temps et surtout qui est stocké dans son ordinateur et donc plus facile d'utilisation qu'un tas de feuille parmi d'autres.

Pour deux pédiatres et un médecin généraliste, la prévention de la mort subite du nourrisson fait partie de leurs check-lists. Ce qui leur permet d'être systématique et de ne pas l'oublier.

Un pédiatre envoie vers des sites dédiés, comme Mpédia. En effet, il s'agit d'un site internet à destination des parents. Il y a un onglet MIN qui explique ce que c'est et comment l'éviter. (27) Des sites internet référencés peuvent être des outils « attractifs » pour la nouvelle génération de parents « connectés ».

Le dossier informatique du patient a également été cité à trois reprises comme outil, au titre de rappel pour la prochaine consultation. En effet, sur de nombreux logiciels, il est possible de créer des notes avec des alertes.

Un des objectifs du protocole standardisé de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2007 sur la prise en charge de la MIN est l'élaboration d'actions prioritaires dans le domaine de la prévention, visant à réduire le nombre de décès de nourrissons.(6) Mais dans ce protocole aucune référence sur les outils à utiliser pour les professionnels de santé n'est répertoriée.

Nous avons mis dans les outils les partenaires médicaux. Et effet, pour certains praticiens, les partenaires médicaux ou paramédicaux sont perçus comme des « ressources » pour faire de la

prévention. Mais pour d'autre, cela peut constituer un frein, car en pensant que la prévention a déjà été faite, ils ne vont pas la faire. C'est souvent des praticiens qui ne se sentent pas à l'aise avec ce sujet et qui préfèrent déléguer cette mission de prévention à d'autres professionnels. Encore faut-il être sûr que l'information a ou va être délivrée et comme le dit le pédiatre P3 : *« c'est toujours bien de répéter. »*

L'étude NOECORD montre que dans l'ensemble, les maternités insistent sur la position « sur le dos » pour le couchage. Un mois après la sortie de l'hôpital, 87 à 92% des parents respectent cette consigne, 7 à 11% des parents pratiquent le « co-bedding » (nourrisson dans le lit parental), 50 à 65% partagent la chambre parentale (ce qui est recommandé).

L'analyse statistique de ces données en multi-variable suggère que le message délivré par la maternité a une influence forte sur le comportement des parents.

En ce qui concerne le co-bedding, il est noté des différences significatives entre les maternités qui prônent l'allaitement et celles dont la préoccupation majeure est la prévention de la MIN. En effet, seuls 0,6% des parents issus de maternité « prévention MIN » pratique le « co-bedding » contre 4% des parents issus de maternité « favorisant » l'allaitement.

Cette étude met en évidence que ce qui est dit en maternité a un impact fort à 1 mois, d'une part, et que la politique d'allaitement influence le couchage des nourrissons d'autre part. Cette dernière remarque suggère qu'il y a un besoin de réflexion avec les groupes de soutien à l'allaitement pour le promouvoir, sans pour autant nuire aux conseils de couchage. (28)

Cela pose donc la question de la place de chaque professionnel qui va prendre en charge le nourrisson durant ses premiers mois de vie. Est-ce plus au pédiatre, au médecin de PMI ou au médecin généraliste de faire la prévention sur ce sujet ? Ils sont trois acteurs de la prévention primaire, donc tous autant légitimes à transmettre ces messages de prévention. Mais lorsque plusieurs professionnels prennent en charge un patient, le risque est que l'information ne soit pas donnée. Soit parce qu'il est supposé par le professionnel qu'elle a déjà été donnée soit parce qu'un des intervenants peut imaginer qu'un des autres intervenants est plus légitime à donner l'information.

- **Les freins à faire la prévention primaire de la MIN :**

De nombreux freins à faire de la prévention sur la MIN ont été retrouvés, mais l'absence d'outil pour faire cette prévention n'a jamais été citée.

Les plus fréquemment cités sont l'oubli, l'a priori que les parents savent déjà et le manque de formation.

Une thèse de médecine générale montre que sur 227 médecins généralistes ayant répondu à un questionnaire, seulement 13% d'entre eux délivrent systématiquement une information concernant la MSN aux futures mamans et parents d'enfants de moins de 2 ans. Cette information était donnée dans 68% des cas pendant les visites pédiatriques obligatoires des 6 premiers mois. Les 3 conseils les plus fréquemment donnés étaient par ordre de fréquence : le décubitus dorsal dans 98% des cas, dormir dans un lit dégagé (pas d'oreiller, couette ou doudou) pour 49% des médecins et une température de la chambre < 20° pour 34% des médecins. Les trois principaux freins à l'information cités par les médecins généralistes étaient : le manque de supports écrits pour 65% des médecins, le manque de formation pour 41% des médecins et le manque de temps pour 30% des médecins. (29)

Dans notre étude, le manque de temps est aussi largement évoqué. Avec des consultations qui sont très chronophages car il y a beaucoup d'informations à donner. Le pédiatre P4 n'utilise pas d'outil pour faire la prévention, car elle estime que l'utilisation d'un outil pendant la consultation pour faire la prévention lui prendrait trop de temps.

Cependant, certains médecins n'hésitent pas à bloquer des créneaux de consultation plus longs pour les premières consultations de nourrisson.

Dans une étude menée par le DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), sur « les emplois du temps des médecins généralistes », les médecins déclarent une durée moyenne de consultation au cabinet d'un peu moins de 18 minutes. Cette durée est cependant très différente selon les médecins, 47 % déclarent un temps de 15 minutes et 30 % de 20 minutes. La durée de consultation est significativement plus élevée pour les généralistes en secteur 2 (22 minutes). (30)

Un autre travail sur « l'activité et l'emploi du temps des médecins libéraux » montre que les médecins généralistes ont un temps de consultation entre 5 et 20 minutes et pour les pédiatres libéraux la durée de consultation est d'environ 15 min.

Nous n'avons pas demandé de manière systématique le temps de consultation des médecins interviewés. Mais cela aurait pu être une donnée intéressante.

Les consultations obligatoires du 8<sup>ème</sup> jour, du 9<sup>ème</sup> mois et du 24<sup>ème</sup> mois, avec rédaction du certificat médical, ont une tarification valorisée. Il faudrait peut-être revaloriser les premières consultations du nourrisson qui prennent plus de temps.

Par ailleurs, il a été retrouvé chez certains médecins le manque d'intérêt porté sur ce sujet. Nous avons l'impression qu'ils n'ont pas pris conscience de l'importance de taux de décès « évitables » et du rôle qu'ils ont à jouer pour prévenir ces décès. Parce que pour certains, cela semble abstrait, ils ne se sentent pas concernés, comme le retranscrit le MG9 : *« Je n'ai pas eu de mort subite du nourrisson depuis que je suis installé. Depuis 30 ans. Jamais à gérer. »*

Nous avons pu remarquer que certains médecins, aussi bien médecins généralistes que pédiatres, n'étaient pas à l'aise avec ce sujet, et avaient des difficultés à dire que c'était pour prévenir de la « mort inattendue du nourrisson » par crainte de faire peur aux parents. En effet, les parents viennent en consultation avec leur nouveau-né bien portant, et il n'est pas forcément facile de prononcer le mot « mort » dans ce contexte. Par ailleurs, de nombreux médecins ont l'impression d'être anxiogènes en disant que c'est pour prévenir de la mort inattendue du nourrisson et préfèrent faire de la prévention globale. Mais on peut se demander si le message passe bien alors qu'il n'est pas directement verbalisé. Certains médecins utilisent le mot « mort » lorsque des parents sont réticents à appliquer les pratiques de prévention.

D'autres disent ne pas avoir peur des mots et utilisent très facilement l'entité « Mort Inattendue du nourrisson », car ils pensent qu'ils vont mieux sensibiliser les parents.

Cela soulève la question de peut-on tout dire en consultation? Est-ce que pour avoir un impact plus fort de sensibilisation, il ne vaut mieux pas verbaliser la problématique « Mort Inattendue du nourrisson » plutôt que de « tourner autour du pot », comme disent certains médecins interviewés, en faisant de la prévention globale.

- **La formation des médecins libéraux :**

Ce qui est revenu, à plusieurs reprises, c'est le manque de formation. Un médecin a évoqué son incertitude sur les facteurs de risque. Un autre pense que ce n'est pas la priorité : *« Et très honnêtement, c'est peu prioritaire parce que l'incidence est faible...est quand même relativement faible. »* Ce qui montre qu'il n'a pas connaissance des chiffres actuels de MSN qui auraient pu être évitées et qu'il n'a pas pris conscience du rôle qu'il peut jouer en tant que médecin généraliste. Dans l'enquête nationale des MIN de 2007-2009, l'étude des contextes de couchage montrait : un partage du lit dans 16% des cas (18% des moins de 6 mois), un couchage dans un lit adulte ou



dans un canapé dans 28% des cas, un couchage sur un matelas mou dans 16% des cas, un couchage ventral dans 39% des cas, un objet avait été retrouvé près du visage de l'enfant dans 57% des cas et la pièce était à une température supérieure à 25°C dans 13 % des cas. Autrement dit, 35% des MIN, survenues chez les nourrissons de moins de 6 mois, dormaient dans un environnement non approprié de cette étude.

Au total, sur 220 MIN des moins de 1 an inclus dans cette étude, 63 enfants présentaient un facteur accessible à la prévention ayant pu contribuer au décès : température de la pièce, mode de couchage, lit ou literie. Plusieurs facteurs de ce type étaient souvent associés, notamment le couchage ventral avec des couvertures ou un oreiller dans le lit, ou encore le partage d'un lit adulte sous une couverture ou une couette. (3)

Par ailleurs, même si ce n'est pas le but de notre étude d'évaluer les connaissances des médecins, les médecins interviewés ont montré des lacunes concernant leurs connaissances sur les facteurs de risque de la MIN. Alors qu'on peut supposer que les médecins qui ont accepté de participer sont plutôt « sensibilisés » par rapport au sujet, peu de médecins connaissent bien tous les facteurs de risque.

Peu savent les recommandations de l'American Academy of Pediatrics (13). Le couchage sur le dos est à chaque fois cité, tout comme la température de la chambre à 19°C. En effet les études sont unanimes sur le mode de couchage sur le dos. Une enquête menée en Seine-Maritime a comparé la position du couchage des enfants en 1988 et 1995. La fréquence de la position ventrale est passée, dans ce département, de 55 % en 1988 à 8 % en 1996, et parallèlement le nombre de décès subits du nourrisson a décliné de 45 en 1988 à 26 en 1994, puis 12 en 1995.(31) Mais seulement un petit nombre des médecins interviewés parlent de la literie, qui est aussi un facteur essentiel. Selon les recommandations de l'American Academy of Pediatrics (13), l'enfant doit dormir dans un lit adapté à son âge, avec un matelas ferme et ayant les bonnes dimensions par rapport au lit. Couettes, coussins, couvertures et tout objet, d'une manière générale, doivent être bannis du lit du nourrisson afin de prévenir tout risque d'enfouissement et d'obstruction des voies aériennes, notamment en cas de retournement. L'enfant doit être dans sa turbulette ou gigoteuse sans aucun objet dans son lit. Les draps et les couvertures ne sont pas recommandés pour couvrir l'enfant. Si une couverture est utilisée, elle doit être attachée de manière à ce que l'enfant, touchant le fond du berceau avec ses pieds, la couverture ne lui arrive pas plus haut que la poitrine.

Quelques médecins évoquent le tabagisme pendant la grossesse. En effet, le tabagisme pendant la grossesse ressort dans presque toutes les études épidémiologiques comme un facteur de risque important. Une méta-analyse publiée en 2013 portant sur 35 études cas-contrôle (31040 cas et 6 millions de témoins), montre une augmentation significative de MSN chez les

nourrissons dont la mère a fumé pendant la grossesse et/ou fume en post-natal OR = 2,25, 95% [2,03- 2,50] si tabagisme prénatal et OR= 1,97, 95% [1,77-2,19] en post-natal. (32)

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque démontré : son éradication pourrait prévenir un tiers des MSN. (16)

Fumer en présence de l'enfant est un facteur de risque indépendant du tabagisme pendant la grossesse dans quelques études, bien que la distinction des deux soit méthodologiquement difficile.

Il est également recommandé que le lit ou le couffin soit placé dans la chambre des parents, près de leur lit pendant les six premiers mois de vie, ce qui facilite l'allaitement et le contact. Les nourrissons ne doivent pas partager leur lit avec d'autres enfants. Il faut également éviter de dormir avec un enfant sur un canapé ou dans un fauteuil.

Les campagnes de prévention, suite à la Conférence internationale de consensus de 1994 (33) préconisant le couchage sur le dos avec de meilleures conditions de literie et d'environnement, ont largement contribué à la forte baisse des taux à la fin des années 1990.

De même concernant le risque de plagiocéphalie mis en avant par certains. La prévention de la plagiocéphalie positionnelle est pourtant possible et repose avant tout sur la mise en place d'un environnement favorisant l'activité motrice spontanée qui permet une variation des postures engagées par l'enfant (tapis d'éveil avec des jeux au sol, respect du mouvement de l'enfant, portage encouragé). (34)

La prévention doit également se faire auprès de tous les professionnels de la petite enfance. Dans l'enquête nationale des MIN de 2007-2009, la très grande majorité des décès avait eu lieu au domicile (72,5%), mais 8,7% des décès survenaient chez l'assistante maternelle. (3)

Il est également mis en avant dans notre étude un manque de formation et d'information sur les outils à disposition des médecins et des parents. En effet, le carnet de santé, qui pourtant est l'outil le plus cité, ne semble pas être bien maîtrisé. Depuis avril 2018, une nouvelle version du carnet de santé est distribuée, avec la mise à jour des données scientifiques et l'ajustement des courbes stauro-pondérales. Comme le dit le MG1 : « *ils ne nous en envoient même pas, c'est nul quoi.* », les praticiens découvrent bien souvent la nouvelle version devant le patient, ils n'ont pas le temps de se l'approprier. Même s'il est consultable sur internet, une version papier pourrait être envoyée à tous les médecins généralistes et pédiatres.

Médecins généralistes et pédiatres libéraux sont, pour la plupart, au courant qu'il y a la case « sommeil » à remplir à J15, M2 et M4. Mais très peu ont pris connaissance de la page dédiée au

« sommeil » avec l'iconographie et ne l'utilisent pas en consultation pour faire de la prévention ou ne renvoient pas les parents vers cette page.

D'autre part, tous sont unanimes pour dire qu'ils n'ont pas été bien formés pendant l'externat. Les pédiatres ont plutôt le sentiment d'être bien formés, comme le dit le pédiatre P2 : « *Parce qu'avant, on n'est pas très formé, mais en tout cas effectivement, dans la partie pédiatrie (...), on en entend beaucoup parler, oui.* » contrairement aux médecins généralistes, qui sont plutôt formés sur ce sujet par des conférences ou en passant le Diplôme Universitaire de Médecine générale de l'enfant, au cours duquel cet item est étudié.

Mais c'est un sujet qui est peu abordé pendant les formations continues de médecins généralistes, comme le dit le MG6 : « *C'est pas un sujet qui a été abordé sur les 3-4 dernières formations que j'ai pu faire par exemple.* »

Actuellement, à la faculté de médecine de Bordeaux, il y a des cours dispensés sur la MIN aux externes. Au cours du Diplôme d'Etude Spécialisé de médecine générale, il n'y a pas de cours sur la MIN. Elle peut être évoquée lors du Module 4 pendant le cours sur « La santé du nourrisson, le l'enfant et de l'adolescent. ». Au cours de l'internat de Diplôme d'Etude Spécialisé de pédiatrie, il y avait un cours dédié à la MIN lors des « mardis pédiatriques », mais qui n'est plus dispensé depuis un an, suite à une réorganisation des cours.

Par ailleurs, il peut y avoir d'autres moyens de se former. En participant, par exemple, au Congrès National des Centres de Référence de la MIN, qui a lieu chaque année, ou en participant à des formations comme le propose l'Hôpital mère-enfant Lyon Sud avec des ateliers de prévention à destination des parents et aussi des professionnels de la santé et de la petite enfance. (35)

Les autres nœuds nous paraissent intéressants pour comprendre comment la prévention de la MIN est réalisée par les médecins généralistes et les pédiatres libéraux actuellement, mais n'ont pas été exploités car ils ne répondent pas à notre question de recherche.

## 2. Les limites et biais de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais.

Tout d'abord un biais de sélection. L'échantillon n'est pas représentatif de la population de médecin généraliste en France. En effet, le pourcentage moyen de consultations pédiatriques dans notre échantillon de médecins généralistes est de 23% environ. Or, un médecin généraliste a en moyenne 13% de consultations pédiatriques selon une étude du DRESS. (36)

Le premier médecin généraliste que j'ai sollicité fait beaucoup de pédiatrie puis elle m'a orientée vers d'autres médecins généralistes qui avaient aussi beaucoup de suivi de nourrisson, même si je ne voulais pas sélectionner les interviewés en fonction de leurs pratique.

Les médecins rencontrés via les pages jaunes avaient un pourcentage de pratique pédiatrique moins important.

D'autre part, la taille de l'échantillon est faible du fait que nous sommes rapidement arrivés à la saturation des données, notamment pour les pédiatres.

Il y a également un biais de méthode. Par rapport à la question sur l'intérêt d'une nouvelle campagne de prévention. En effet, une de mes questions était orientée sur l'intérêt d'une nouvelle campagne de prévention et ressort finalement comme outil.

Par ailleurs, la difficulté était de garder une objectivité durant la réalisation de l'entretien face aux réponses apportées par les interviewés et ne pas orienter mes relances.

Nous devons également prendre en compte le biais de l'environnement : il y a eu deux entretiens durant lesquels le médecin interviewé a répondu au téléphone, et un entretien durant lequel la secrétaire est rentrée dans le bureau pour demander des documents au médecin interviewé. Ce sont des « coupures » dans le déroulé de l'entretien, qui peuvent déstabiliser à la fois l'interviewé comme l'interviewer. Et peut donc induire une perte d'information.

### 3. Perspectives

C'est un sujet sensible, où plusieurs acteurs peuvent intervenir. Est-ce que tous ces acteurs peuvent faire la prévention sur ce sujet ? Sont-ils tous suffisamment formés et sensibilisés de la même manière ?

Le carnet de santé est un bon outil pour faire la prévention et il sert de lien entre ces différents professionnels. On peut supposer que s'ils l'utilisent et notent sur le carnet si les consignes de prévention ont été données ou s'il y a des points à revoir, en plus des cases à cocher aux examens du 8<sup>ème</sup> jours, 2<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois, l'information ne sera pas oubliée. Et le praticien qui a les parents en face de lui sera si la prévention a été faite, ce qui ne l'empêchera pas de reprendre les consignes déjà données.

Une campagne d'information nationale sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs peut également être un bon moyen pour sensibiliser les futurs parents, les parents et les professionnels de santé. Et peut également être un moyen de mettre en avant les outils à disposition pour trouver les consignes de bonne pratique.

Toutes les structures qui accueillent les nourrissons doivent également être sensibilisées.

Dans les services de PMI, nous vérifions que les règles de couchage soient respectées, en plus du respect des règles d'hygiène par rapport au tabac dans les structures d'accueil individuel et collectif du nourrisson.

## CONCLUSION

Nous nous étions posé la question de l'intérêt de créer une nouvelle plaquette pour faire la prévention de la MIN. Or, les résultats montrent qu'il existe déjà beaucoup d'outils.

Le carnet de santé est un bon outil grâce à ses rappels à des consultations clés, et à la présence d'une illustration qui permet d'appuyer nos messages de prévention.

Outre le manque de connaissances des outils pour faire la prévention de la MIN, les médecins rapportent également le manque de temps ou l'oubli de cet item durant ces premières consultations du nourrisson, qui sont très denses en terme de délivrance d'information. D'autres peuvent être en difficulté pour aborder ce sujet délicat qui est souvent source d'angoisse pour les parents. Les médecins se confrontent alors souvent aux limites de la prévention, qui peuvent être des difficultés de compréhension ou des difficultés d'adhésion aux mesures de prévention délivrées.

Les professionnels amenés à prendre en charge le nourrisson dans le suivi des premiers mois sont nombreux : pédiatres, médecins généralistes, puéricultrices ou médecins de PMI. Ces professionnels doivent être d'une part sensibilisés sur le rôle qu'ils ont à jouer, mais aussi formés sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs ainsi que sur les différents outils à leur disposition pour faire la prévention sur ce sujet, qui représente un enjeu majeur de santé publique. Cela peut être fait par le biais de formations continues ou par l'intermédiaire de campagnes de prévention.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Beckwith JB. Defining the Sudden Infant Death Syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 mars 2003;157(3):286-90.
2. Galland BC, Elder DE. Sudden Unexpected Death in Infancy: Biological Mechanisms. Paediatr Respir Rev. déc 2014;15(4):287-92.
3. InVS. Les morts inattendues des nourrissons du moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. [Internet]. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts\\_nourrissons/morts\\_inattendues\\_nourrissons.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf)
4. Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. Arch Pédiatrie. 1 sept 2011;18(9):1028-32.
5. Fleming P, Blair P, Bacon C, Berry P. Sudden Unexpected Death in Infancy. The CESDI SUDI Studies 1993-1996. The Stationary Office, London; 2000.
6. Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de Mort Inattendue du Nourrisson (moins de 2 ans)[Internet]. Février 2007. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_mort\\_inattendue\\_nourrisson.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf)
7. Sénécal J, Roussey M, Bouvier-Colle M-H, Hatton F, Paclot C. À propos de la mort subite du nourrisson. Population. 1998;53(4):841-6.
8. Bouvier-Colle MH, Hatton F. Mort subite du nourrisson : aspects épidémiologique, histoire et statistiques. MT Pédiatrie.1998 vol 1(3)253-60.
9. Wester P. Observatoire national de la mort inattendue du nourrisson (OMIN) [Internet]. CHU de Nantes. [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/observatoire-national-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson-omin--60183.kjsp?RH=1442586693326>
10. Aouba A, Péquignot F, Bovet M, Jouglu E. Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. BEH 2008. (2-4):18-21.
11. Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, Berry PJ, Rudd PT, Stewart A, et al. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. BMJ. 14 juill 1990;301(6743):85-9.
12. Tursz A, Briand-Huchet E, Revel C. De la mort subite du nourrisson à la mort inattendue du nourrisson. Arch Pédiatrie. mai 2007;14(5):417-20.
13. American Academy of Pediatrics. Take force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics. 1 nov 2005;116(5):1245-55.
14. Naud J. Malaise et mort inattendue du nourrisson : deux entités différentes. Arch

Pédiatrie. 1 sept 2015;22(9):1000-4.

15. Kinney HC, Thach BT. The Sudden Infant Death Syndrome. *N Engl J Med*. 20 août 2009;361(8):795-805.
16. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *The Lancet*. 3 nov 2007;370(9598):1578-87.
17. Naître et Vivre. Mesures de prévention de la mort subite et mort inattendue du nourrisson [Internet]. [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/mesures-prevention-min/>
18. Fleming P, Blair P. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child*. oct 2006;91(10):799-801.
19. McVea KLSP, Turner PD, Pepler DK. The Role of Breastfeeding in Sudden Infant Death Syndrome. *J Hum Lact*. 1 févr 2000;16(1):13-20.
20. SFMG. Prévention quaternaire [Internet]. 2013[cité 3 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/845/fichier\\_prevention\\_quaternaire-1f37d.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/845/fichier_prevention_quaternaire-1f37d.pdf)
21. Pretorius KA, Mackert M, Wilcox GB. Sudden Infant Death Syndrome and Safe Sleep on Twitter: Analysis of Influences and Themes to Guide Health Promotion Efforts. *JMIR Pediatr Parent*. 7 sept 2018;1(2):e10435.
22. Dumez J, Trombert-Paviot B, Bois C. Carnet de santé de l'enfant : les illustrations des conseils aux parents sont-elles compréhensibles ? *Sante Publique (Bucur)*. 19 juill 2019;Vol. 31(2):195-202.
23. CEMKA EVAL. Evaluation auprès des parents du carnet de santé [Internet]. Avril 2012 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_l\\_evaluation\\_du\\_carnet\\_de\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_aupres\\_des\\_parents.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_parents.pdf)
24. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. *Arch Pédiatrie*. 1 mai 2003;10(5):403-9.
25. Pupin Alexandre. Les recommandations du carnet de santé pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson sont-t-elles lues et mises en application ? Enquête chez 150 mères venant d'accoucher. Thèse de Médecine Générale, Paris: Université Paris Est Créteil; 2016.
26. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ? *Arch Pédiatrie*. 1 janv 2005;12(1):10-5.
27. MPédia. MIN, le sommeil et la Mort Inattendue du Nourrisson [Internet]. Novembre 2016 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-min-mort-inattendue-du-nourrisson/>



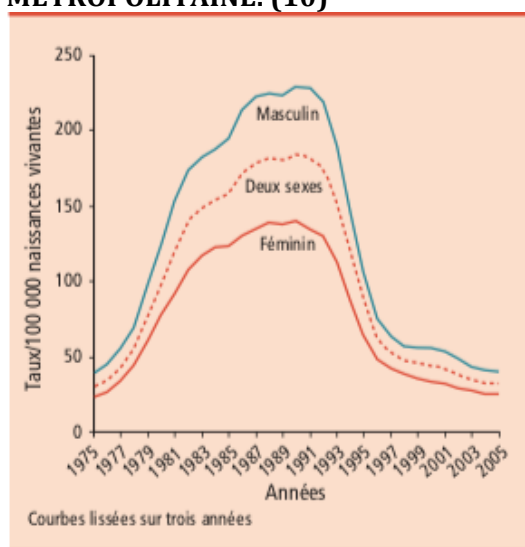
28. Rozé JC. Etude NEOCORD, étude chez 9000 nouveaux-nés à terme dans la région grand ouest. 3<sup>ème</sup> Congrès de l'ANCReMIN. 25 septembre 2015; CHU de Nantes
29. Pavet P-H. Mort inattendue du nourrisson: enquête de pratiques auprès des médecins généralistes de Nantes et son agglomération sur la prévention et l'information délivrée aux familles concernant la Mort Inattendue du Nourrisson. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2016.
30. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. mars 2012;797:1-9.
31. Pellerin M.-A., Dubois-Get A., Mallet E. Incidence de la mort subite du nourrisson et évolution du mode de couchage en Seine Maritime. Arch Fr Pédiat. 1996;3:610-1.
32. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. Leg Med. 1 mai 2013;15(3):115-21.
33. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant Sleep Position and Risk for Sudden Infant Death Syndrome: Report of Meeting Held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda, MD. Pediatrics. 1 mai 1994;93(5):814-9.
34. Patural H, Harrewijn I, Cavalier A, Levieux K, Farges C, Gras Legen C. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. Arch Pédiatrie. nov 2007;241(11):1057-9.
35. Prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson [Internet]. Hospices Civiles de Lyon. [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: [www.chu-lyon.fr/fr/prevention-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson](http://www.chu-lyon.fr/fr/prevention-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson)
36. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. Prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et des visites. Etudes et résultats. Aout 2007;588:1-8.

## ANNEXES

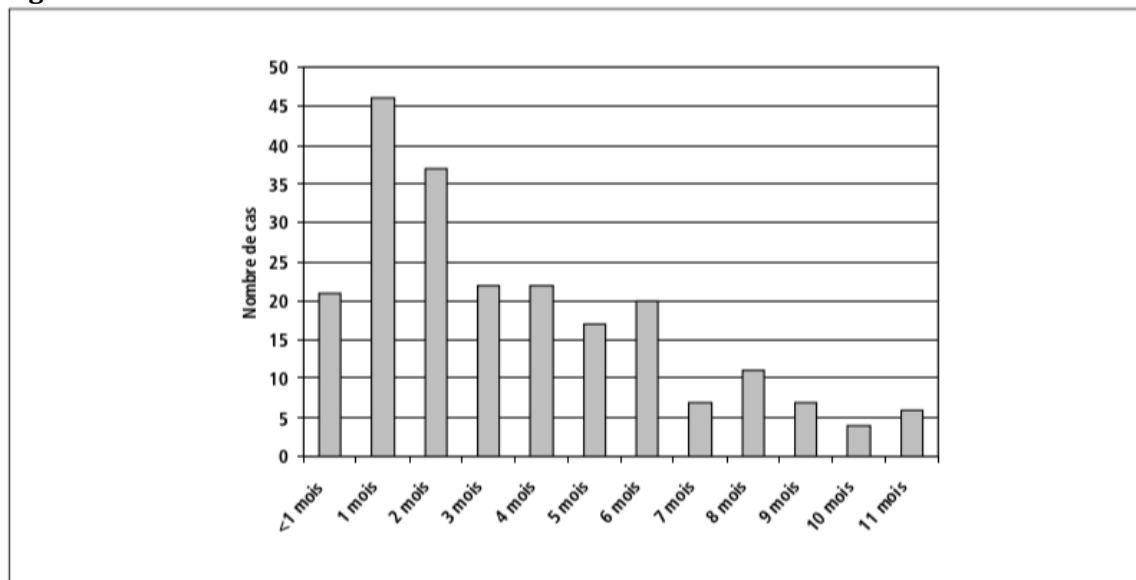
**Tableau 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MSN ENTRE 1990 ET 1996 (7)**

Année	Nombre de décès	Taux pour 1 000 naissances
1990	1 369	1,8
1991	1 464	1,9
1992	1 291	1,7
1993	1 133	1,6
1994	880	1,24
1995	538	0,74
1996	451	0,61

**Figure 1- EVOLUTION DES TAUX DE DECES DE MSN ENTRE 1975 ET 2005 EN FRANCE METROPOLITAINE. (10)**



**Figure 2 : REPARTITION DES MIN DE MOINS DE 1 AN PAR AGE ENTRE 2007 ET 2009. (3)**



**Tableau 2 – EFFECTIF, PART ET TAUX DE DECES SELON L'AGE ET LE SEXE. FRANCE METROPOLITAINE. ANNEE 2005 (10)**

	Deux sexes			Masculin			Féminin			Ratio M/F
	Effectif	%	Taux*	Effectif	%	Taux*	Effectif	%	Taux*	
Période néonatale précoce (0-6 jours)	5	2,0	0,6	4	2,6	1,0	1	1,1	0,3	3,8
Période néonatale tardive (7-27 jours)	15	6,1	1,9	7	4,5	1,8	8	8,8	2,1	0,9
Période post-néonatale (28-364 jours)	227	91,9	29,3	145	92,9	36,6	82	90,1	21,7	1,7
Ensemble	247	100,0	31,9	156	100,0	39,4	91	100,0	24,1	1,6

\* Taux de décès pour 100 000 naissances vivantes

**Tableau 3- EFFECTIF ET PART DE DECES PAR MSN DANS LA MORTALITE INFANTILE. FRANCE METROPOLITAINE. ANNEE 2005 (10)**

	Deux sexes				Masculin				Féminin			
	Effectif MSN	Total décès	Part*	Taux** de MI	Effectif MSN	Total décès	Part*	Taux** de MI	Effectif MSN	Total décès	Part*	Taux** de MI
Période néonatale précoce (0-6 jours)	5	1 194	0,4	154,2	4	653	0,6	164,7	1	541	0,2	143,1
Période néonatale tardive (7-27 jours)	15	599	2,5	77,3	7	349	2,0	88,0	8	250	3,2	66,1
Période post-néonatale (28-364 jours)	227	976	23,3	126,0	145	577	25,1	145,6	82	399	20,6	105,5
Ensemble	247	2 769	8,9	357,6	156	1 579	9,9	398,4	91	1 190	7,6	314,8

\* Part de décès par MSN dans la mortalité infantile \*\* Taux de mortalité infantile pour 100 000 naissances vivantes

**Tableau 4- TAUX \* DE DECES DE LA MSN ET DES AUTRES CAUSES DE LA MORTALITE INFANTILE SELON L'AGE ET LE SEXE. ANNEE 2005 (10)**

Codes CIM 10	Pathologies	Deux sexes				Sexe masculin				Sexe féminin			
		0-6 jours	7-27 jours	28 jours et +	< 1 an	0-6 jours	7-27 jours	28 jours et +	< 1 an	0-6 jours	7-27 jours	28 jours et +	< 1 an
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	0,3	1,0	6,5	7,7	0,3	0,8	6,8	7,8	0,3	1,3	6,1	7,7
C00-D48	Tumeurs	0,8	0,0	1,8	2,6	0,5	0,0	2,5	3,0	1,1	0,0	1,1	2,1
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,3	0,1	1,4	1,8	0,3	0,3	1,8	2,3	0,3	0,0	1,1	1,3
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,2	1,3	3,1	5,6	0,5	1,5	3,0	5,0	1,9	1,1	3,2	6,1
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens	0,9	4,0	10,3	15,2	1,5	5,6	9,8	16,9	0,3	2,4	10,8	13,5
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	0,6	1,2	4,8	6,6	1,0	1,0	5,6	7,6	0,3	1,3	4,0	5,6
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	0,0	0,6	4,0	4,6	0,0	0,5	5,0	5,6	0,0	0,8	2,9	3,7
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	0,1	0,3	3,5	3,9	0,0	0,0	4,0	4,0	0,3	0,5	2,9	3,7
P00-P96	Certaines infections de la période périnatale	103,2	45,3	26,5	175,0	112,0	53,2	29,3	194,5	93,9	37,0	23,5	154,5
Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	34,9	18,9	21,0	74,8	35,3	20,9	22,5	78,7	34,4	16,7	19,6	70,6
R95	Syndrome de mort subite du nourrisson	0,6	1,9	29,3	31,9	1,0	1,8	36,6	39,4	0,3	2,1	21,7	24,1
R96-R99	Causes inconnues ou non précisées	10,3	0,9	3,9	15,1	11,6	0,8	4,5	16,9	9,0	1,1	3,2	13,2
R00-R94	Autres causes mal définies	0,5	1,0	2,1	3,6	0,3	1,3	3,0	4,5	0,8	0,8	1,1	2,6
V01-Y89	Causes externes de blessure et d'empoisonnement	0,5	0,8	7,9	9,2	0,5	0,5	11,1	12,1	0,5	1,1	4,5	6,1
A00-Y89	<b>Total</b>	<b>154,2</b>	<b>77,3</b>	<b>126,0</b>	<b>357,6</b>	<b>164,7</b>	<b>88,0</b>	<b>145,6</b>	<b>398,4</b>	<b>143,1</b>	<b>66,1</b>	<b>105,5</b>	<b>314,8</b>

\* Taux de mortalité pour 100 000 naissances vivantes

Figure 3 : PAGE DÉDIÉE AU SOMMEIL DANS LE NOUVEAU CARNET DE SANTÉ



### 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, poufs 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.**



Figure 4 : AFFICHE DE CONSEILS POUR LA PREVENTION DE LA MSN, PAR L'ASSOCIATION NAITRE ET VIVRE. 2019

# Je fais dodo sur le dos

**Naître et Vivre**

**Des conseils simples**

- Toujours sur le dos pour dormir
- Dans un lit à barreaux,
- Sur un matelas bien ferme, dans une turbulette de taille adaptée,
- Sans oreiller, ni couette, ni couverture, ni tour de lit, ni peluches.
- Si possible dans la chambre des parents
- Sans tabac, ni avant ni après la naissance.
- Température ambiante 18-20°C.

**Sur le dos : une mode ?**

Non, une sécurité ! De très nombreuses études scientifiques depuis 1990 ont prouvé que cela réduit fortement le risque de mort inattendue du nourrisson. Les dangers de la position ventrale sont établis car dans cette position il y a un risque d'enfouissement, de gêne de la régulation thermique et un risque de confinement respiratoire.

**Quand il se retourne tout seul ?**

C'est qu'il grandit... On peut alors le laisser choisir sa position, en restant très vigilant sur l'environnement de couchage : literie, doudou... jusqu'à 1 an.

**Attention au lit parapluie !**

Utilisez ce lit, pour un usage occasionnel, avec seulement le matelas fin d'origine. Un matelas surajouté rend ce lit dangereux : l'enfant risque de se coincer entre la paroi souple et le matelas, et de s'y étouffer.

**Pourquoi pas sur le côté ?**

C'est trop instable : le bébé bascule facilement sur le ventre. Les objets de maintien sont dangereux car ils entravent les mouvements spontanés de l'enfant.

**Et s'il a des soucis digestifs ?**

Certains bébés ont des « coliques » vers 2-3 mois et sont plus à l'aise sur le ventre ou dans les bras pour s'endormir : pensez à retourner doucement votre bébé sur le dos en installant dans son lit. En cas de régurgitations sur le dos, l'inhalation est évitée par un réflexe naturel. Si votre bébé a des rejets douloureux, parlez-en à votre pédiatre.

**Et s'il fait plus chaud que 20°C ?**

Il faut l'habiller selon la saison et la température de la pièce. Un simple body peut suffire pour dormir en été.

**Sur le dos, son crâne ne risque-t-il pas de s'aplatir ?**

On peut éviter la plagiocéphalie par des moyens simples :

- Laisser l'enfant bouger librement dans son lit et à l'éveil, ce qui lui permet de varier les points d'appui du crâne ;
- L'inciter à tourner la tête plus souvent du côté opposé à un aplatissement débutant en déplaçant le mobile ou le lit ;
- Installer régulièrement bébé sur le ventre à l'éveil, ce qui développera sa capacité à réagir quand il se retournera tout seul dans son lit.

**Naître et Vivre**  
 5 rue La Pérouse,  
 75116 Paris  
 01 47 23 05 08  
 contact@naître-et-vivre.org  
 www.naitre-et-vivre.org

Tous droits réservés Naître et Vivre © 2018

**Figures 5 : ITEM « POSITION DE COUCHAGE ADAPTÉE » DANS LE NOUVEAU CARNET DE SANTÉ AUX EXAMENS DE LA DEUXIÈME SEMAINE, DU DEUXIÈME MOIS ET DU QUATRIÈME MOIS**

EXAMEN DE LA DEUXIÈME SEMAINE

Poids :     g    Taille :     cm    PC :     cm

Alimentation :    allaitement maternel     au biberon     mixte

Position de couchage adaptée :    non     oui

**Examen clinique**

Fréquence cardiaque au repos	<input type="text"/>	Réaction aux stimuli sonores	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Fréquence respiratoire au repos	<input type="text"/>	Fémorales perçues	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Vigilance normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hépatomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Spénomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Hernie inguinale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Mobilité normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Ictère	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Fosses lombaires libres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine :		Hanche droite normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
.....		Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Organes génitaux : .....		Pied droit normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		Pied gauche normal	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Autres anomalies : .....

.....

.....

**Échelle colorimétrique des selles**

Demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant.

1	2	3	4	5	6	7

Numéro :



## EXAMEN AU COURS DU DEUXIÈME MOIS

Surveillance médicale

À deux mois, votre bébé :

- commence à faire des vocalises ;
- sourit bien, fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire, vous regarde dans les yeux.

### Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.  
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Alimentation : allaitement maternel  au biberon  mixte

Si vous allaitez et pensez reprendre votre travail, des aménagements sont possibles.

Position de couchage adaptée : non  oui

Echelle colorimétrique des selles remplie (cf. page 11) : non  oui

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



Si vous êtes fatigué(e), épuisé(e), si vous vous sentez triste, anxieux ou anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé(e), de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, un psychologue ou un spécialiste de la petite enfance.



### Examen médical

Date :  par  mois  années Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cornées transparentes              | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Strabisme                  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Globes oculaires de taille normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge     | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pupilles normales                  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |   |   |

- Réagit : suscite, arrête son activité
- |           |   |
|-----------|---|
| à la voix | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| au bruit  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

#### Développement

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sourire réponse   | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suit des yeux                               | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Émet une réponse vocale à une sollicitation | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
|  |   | <input type="checkbox"/> Sur le ventre, soulève tête et épaules      | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

22

23



## EXAMEN AU COURS DU QUATRIÈME MOIS

Surveillance médicale

À quatre mois, votre bébé :

- réagit quand on lui tend les bras ;
- tourne la tête quand on l'appelle.

Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer.

### Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et continuer les vaccinations.  
Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Alimentation : allaitement maternel  au biberon  mixte

Position de couchage adaptée : non  oui

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup.

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

Parlez-en avec votre médecin.



### Examen médical

Date :  par  mois  années Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cornées transparentes              | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Strabisme                  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Globes oculaires de taille normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Si oui, pris en charge     | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pupilles normales                  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire normale | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lueurs pupillaires présentes       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |   |   |

- Réagit : suscite, arrête son activité
- |           |   |
|-----------|---|
| à la voix | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| au bruit  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

#### Développement

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maintenu assis, tient sa tête droite     | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vocalise  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Joue avec les mains                      | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sourire réponse   | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tourne la tête pour suivre un objet      | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rit aux états   | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Attrape un objet qui lui est tendu       | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sur le ventre, - soulève tête et épaules | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |  |   |
| <input type="checkbox"/> - s'appuie sur les avant-bras            | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |  |   |

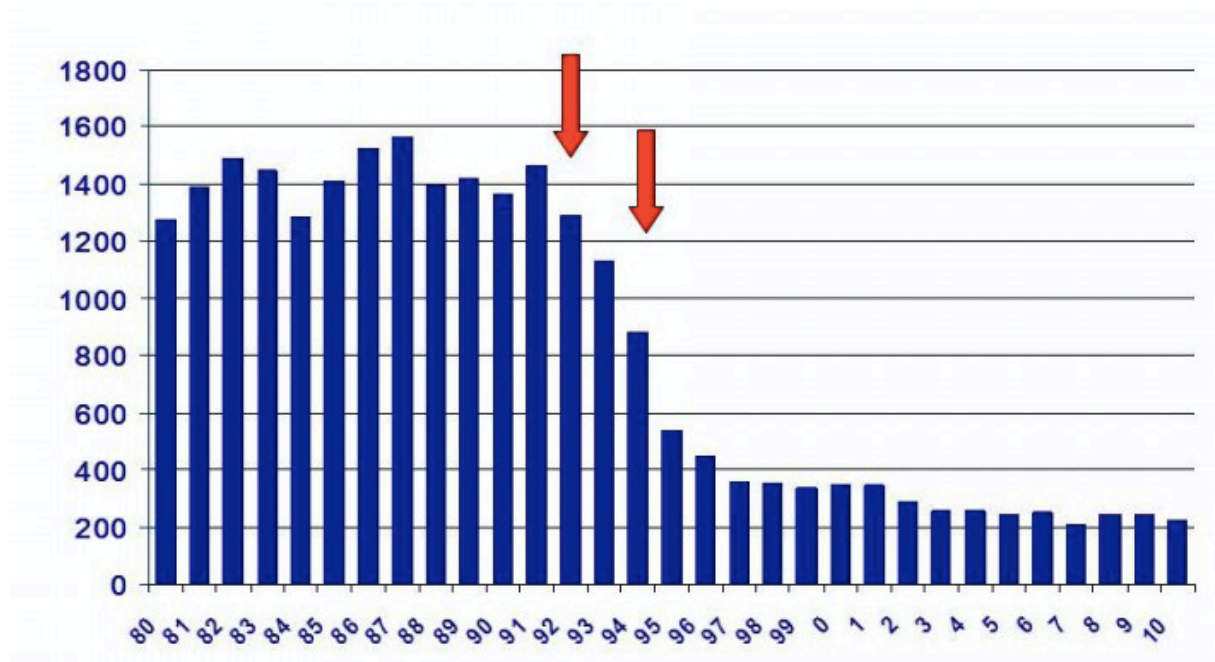
Examen somatique et synthèse de la consultation (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

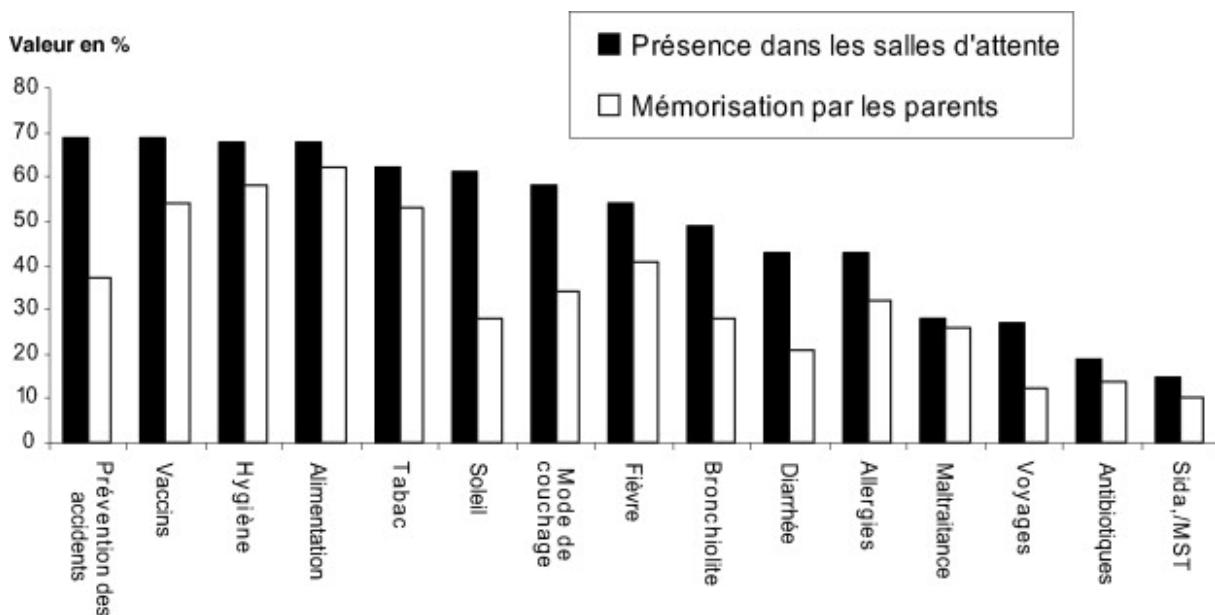
28

29

**Figure 6 : NOMBRE DE MSN (0 -1AN) EN FRANCE (Source INSERM)**



**Figure 7 : PRÉSENCE ET MÉMORISATION DES MESSAGES D'EDUCATION POUR LA SANTE DANS LES SALLES D'ATTENTE.**





## **Canevas d'entretien individuel semi-dirigé :**

**Présentation : Je suis Emeline Collomb, médecin généraliste remplaçante en libéral depuis novembre 2018, et je travaille également à mi-temps en PMI.**

1) Pouvez-vous vous présenter et décrire vos conditions d'exercice?

- Age,
- sexe,
- MG/Pédiatre, si MG % de consultation de pédiatrie,
- Milieu d'exercice : rural / semi-rural/ urbain ?

2) Comment faites vous la prévention de la MSN ?

- Utilisez-vous des outils ? Lesquels ?
- Est-ce suffisant ?
- Les maîtrisez vous ?

3) A quelles consultations faites vous cette prévention ?

- A quel moment de la consultation ?
- Il y a-t-il des consultations où vous faites systématiquement de la prévention ?
- Dans une famille, refaites vous de la prévention pour un nourrisson, si vous aviez déjà fait une prévention MSN pour les aînés ?
- Est-ce que vous pensez en faire assez ?

4) Comment vous sentez vous avec ce sujet ?

- Vous sentez-vous à l'aise avec les parents?
- Vous sentez vous bien formé sur ce sujet?

5) Quels sont, selon vous, les freins à faire la prévention de la MSN en médecine de ville ?

6) Que pensez-vous d'une nouvelle campagne de prévention de MSN ?

7) Avez-vous des commentaires à ajouter ?

**Exemples de questions de relance:** *Avez-vous un exemple ? Pourriez-vous préciser ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Qu'entendez-vous par... ? Qu'est-ce que vous en avez pensé ? Vous m'avez dit tout à l'heure... C'est à dire ? A votre avis, ce serait dû à quoi ?*

## 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.

## **Etat des lieux des méthodes de prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson par les médecins généralistes et pédiatres libéraux en Gironde de octobre 2018 à juin 2019 :**

### **Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.**

**Introduction :** La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) est définie comme « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». C'est un enjeu majeur de santé publique. En effet, c'est la première cause de mortalité chez les nourrissons de 1 mois à 1 an. Le taux de MIN stagne autour de 500 par an en France dont une centaine pourraient être évités. Les médecins généralistes et les pédiatres libéraux sont des acteurs essentiels de la prévention primaire de la MIN. Notre question de recherche est de savoir comment les médecins généralistes et les pédiatres libéraux utilisent les outils à leur disposition pour faire la prévention de la MIN. L'objectif principal de ce travail est de montrer la diversité des moyens utilisés par les médecins généralistes et pédiatres libéraux pour faire la prévention primaire de la MIN. L'objectif secondaire est d'identifier leurs freins à faire de la prévention sur ce sujet.

**Matériel et Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Neuf médecins généralistes et cinq pédiatres libéraux, exerçant en Gironde, ont été interviewés. Les résultats ont été analysés en binôme par le logiciel NVIVO 12®.

**Résultats :** Les médecins utilisent le carnet de santé, les données statistiques, des documents personnels, des affiches pour faire la prévention de la MIN. Ils comptent aussi sur les campagnes nationales de prévention et sur les formations continues pour les aider à faire cette prévention. Les freins cités sont : l'oubli, l'a priori que les parents savent déjà, le manque de connaissance, le manque de temps.

**Conclusion :** Il existe de nombreux outils à disposition des médecins libéraux pour faire la prévention primaire de la MIN, mais ces outils sont peu utilisés car ils sont mal maîtrisés ou méconnus. La formation des professionnels de santé sur ces outils est donc primordiale.

**Mots-Clefs :** mort inattendue du nourrisson, prévention primaire, outils

---

## **State of the art of prevention methods for Sudden Unexpected Death in Infancy by general practitioners and liberal pediatricians in Gironde from october 2018 to june 2019 :**

### **Qualitative study by semi-directed individual interviews.**

*Introduction :* Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) is defined as "any sudden death in an infant that nothing in his or her antecedents predicted". It is a major public health issue. Indeed, it is the first cause of death in one-month-old to one-year-old infants. The rate of SUDI remains around five hundred a year, a hundred of which could be avoided. General practitioners and liberal pediatricians are key players in primary prevention for SUDI. The main objective of this work is to show the diversity of the means used by general practitioners and liberal pediatricians to perform primary prevention of SUDI. The secondary objective is to identify their blocking points for prevention on this topic.

*Materials and Methods :* We carried out a qualitative study by doing semi-directed individual interviews. Nine general practitioners and five liberal pediatricians, practicing in Gironde, were interviewed. The results were analyzed in pairs by NVIVO 12 © software.

*Results :* Doctors use health booklets, personal documents, posters to perform prevention of SUDI. They also rely on national prevention campaigns and on-going trainings to help them perform this prevention. The blocking points mentioned are: forgetfulness, a priori that parents already know, lack of knowledge, lack of time.

*Conclusion :* There are many tools available to liberal doctors to perform primary prevention of SUDI, but these tools are little used because they are either poorly mastered or not well known. Training of health professionals on these tools is therefore essential.

*Key Words :* unexpected infant death, primary prevention, tools