HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et le syndrome du bébé secoué lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité auprès des sages-femmes libérales de l'agglomération de Voiron et Grenoble

Manon Ménétrier

To cite this version:

Manon Ménétrier. Évaluation des pratiques professionnelles respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et le syndrome du bébé secoué lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité auprès des sages-femmes libérales de l'agglomération de Voiron et Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03048633

HAL Id: dumas-03048633

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03048633

Submitted on 9 Dec 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.

Département de Maïeutique
UGA SECTEUR SANTÉ Université Grenoble Alpes

UGA BU Université Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RESPECT DE LA REALISATION DE LA PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ET LE SYNDROME DU BEBE SECOUE LORS DES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE AUPRES DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE L'AGGLOMERATION DE VOIRON ET GRENOBLE

Par : MENETRIER Manon

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 17 juin 2020

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

Année 2020

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RESPECT DE LA REALISATION DE LA PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ET LE SYNDROME DU BEBE SECOUE LORS DES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE AUPRES DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE L'AGGLOMERATION DE VOIRON ET GRENOBLE

Par : MENETRIER Manon

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 17 juin 2020

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

Année 2020

RESUME

Objectifs : En premier, évaluer le respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Puis calculer le taux de conformité des pratiques professionnelles pour la réalisation de ces deux préventions, évaluer s'il y a une différence de pratique entre la prévention de la mort inattendue du nourrisson versus la prévention du bébé secoué et déterminer les raisons pour lesquelles ces bonnes pratiques ne seraient pas, ou mal, abordées.

Méthode : Étude transversale d'évaluation des pratiques professionnelles. Étude réalisée par observation de sages-femmes libérales pendant une séance de préparation à la naissance et à la parentalité de l'agglomération de Voiron et de Grenoble, en Isère.

Résultats : Une observance globale de 83,3% concernant la prévention de la mort inattendue du nourrisson et de 50% pour la réalisation de la prévention du bébé secoué. Il existe une différence statistiquement significative entre la réalisation de la prévention de la mort inattendue versus le bébé secoué.

Conclusion : Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la littérature pour la prévention du bébé secoué, cela constitue le principal axe d'amélioration. En revanche, les résultats pour la prévention de la mort inattendue sont supérieurs que ceux de la littérature. Les résultats ont été transmis aux sages-femmes libérales.

Mots clés :

Évaluation des pratiques professionnelles – Mort inattendue du nourrisson – syndrome du bébé secoué – Préparation à la naissance et à la parentalité – Sages-femmes libérales.

ABSTRACT

Objectives: First, assess compliance with the good practices on the prevention of sudden unexpected death in infant and shaken baby syndrome, during birth preparation and parenting sessions. Then calculate the compliance rate of professional practices for the realization of these twice preventions, evaluate if there is a practice difference between unexpected death prevention versus the prevention of the shaken baby and identify the reasons why these good practices would not be discussed.

Material and Methods: Cross-sectional study for professional practices assessment. Study carried out by observing liberal midwives during a session of birth and parenthood preparation in perimeter of Voiron and Grenoble, in ISERE.

Results: An overall compliance of 83.3% regarding the prevention of unexpected baby death and 50% for the achievement of the prevention of the shaken baby. There is a significant statistic difference between the prevention of unexpected death versus the shaken baby.

Conclusion: The results obtained are like to those of the literature for the prevention of the shaken baby, this is the main area of improvement. On the other hand, the results for the prevention of the unexpected death are superior to those in the literature. Results were shared with liberal midwives.

Keywords: Assessment of professional practices – Sudden unexpected death in infant – Shaken baby syndrome – Birth and parenthood preparation – Liberal midwives

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier les membres du jury :

- Mme Claudine MARTIN, Sage-femme enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Présidente du Jury.

- Mr le Pr Thierry DEBILLON, PU PH en réanimation néonatale et néonatalogie, HCE / CHU de Grenoble, Co-président du Jury.

- Mme Catherine VERRECCHIA, Sage-femme coordinatrice, CH de Saint-Julien-en-Genevois, Membre invité du jury.

- Mme le Dr Anne-Pascale MICHARD-LENOIR, Pédiatre au CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire.

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique – UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Co-directeur.

Je remercie plus particulièrement :

- Le Dr Anne-Pascale MICHARD-LENOIR, Pédiatre à l'Hopital Couple enfant – CHU Grenoble-Alpes, Directrice de ce mémoire,

  Pour avoir dirigé ce mémoire, pour ses conseils et son enthousiasme.

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique – UFR de Médecine – UGA, Co-directeur de ce mémoire,

  Pour son implication, sa disponibilité et sa réactivité.

- Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-femme Coordinatrice au CH de Voiron.

  Pour m'avoir transmis la mailing liste des sages-femmes libérales.

- Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Référente de notre promotion,

  Pour son encadrement durant ces années d'études.

- Les Sages-femmes observées qui m'ont permis de réaliser cette étude.

Je remercie personnellement :

- Ma famille et mes proches,

  Pour leur amour, leurs encouragements, leur aide pour ce mémoire et leur soutien sans failles durant mes études.

- Mes amies de promotion,

  Pour ces années passées à leurs côtés, leur joie de vivre et leur sympathie.

Table des matières

ABREVIATION 8

I. INTRODUCTION 9

II. MATERIELS ET METHODES : 12

1. Lieu d'étude : 12
2. Type d'étude : 13
3. Période d'étude : 13
4. Population, critères d'inclusion et d'exclusion : 13
5. Recueil de données : 13
6. Taille de l'échantillon : 15
7. Référentiel : 15
8. Méthodes statistiques : 15

III. RESULTATS : 16

1. Représentativité de l'étude : 16
2. Objectif principal : Réalisation de la prévention de la MIN et du SBS : 17
3. Objectif secondaire n°1 : Taux de conformité des pratiques professionnelles pour la réalisation de ces deux préventions : 18
4. Objectif secondaire n°2 : Différence de pratiques concernant les préventions de la MIN et du SBS : 20
5. Objectif secondaire n°3 : Description des raisons de la non-réalisation de la prévention des deux sujets lors de l'entretien de débriefing : 21
6. Axe d'amélioration de la prévention de la MIN et du SBS : 22

***IV.* DISCUSSION 24**

1. Limites et biais de l'étude : 24
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature : 25
3. Perspectives et axes d'amélioration : 35

***V.* CONCLUSION : 42**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : 44

ANNEXES : 48

RESUME : 56

ABREVIATIONS

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SFL : Sage-Femme Libérale

HAS : Haute Autorité de Santé

TCNA : Traumatismes Crâniens Non Accidentels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

CRFTC : Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

SDC : Suite de couche

CH : Centre Hospitalier

ANCReMIN : Association nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson

INED : Institut national d'études démographiques

CSP : Code de Santé Publique

I. INTRODUCTION

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est la première cause de décès au-delà de la période néonatale. Il s'agit d'un décès brutal d'un enfant (< 2 ans) qui n'était pas connu comme porteur d'une pathologie grave. On estime à 400 le nombre d'enfants qui décèdent chaque année de manière inattendue et, pour la plupart, ces morts seraient évitables si l'application des conseils de couchages simples et efficaces était respectée. [1]

Quant au syndrome du bébé secoué (SBS), la haute autorité de santé (HAS) estime qu'il y a, au minimum, 200 enfants concernés chaque année. Le SBS est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. [2]

La mortalité infantile en France est stable depuis une dizaine d'année à 3,6 pour 1000 naissances selon l'INED [3], la première cause étant les accidents domestiques. Nous allons nous intéresser à ces décès évitables.

La disparition brutale et tragique, ainsi que l'apparition de séquelles neurologiques et d'handicaps de centaines de nourrissons chaque année, constituent un réel problème de santé publique. La mort inattendue du nourrisson et le syndrome du bébé secoué en sont la cause.

Le rôle des professionnels de santé, dans la prévention, est primordial pour réduire le nombre de décès, notamment celui de la sage-femme dont l'exercice comporte « la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la PNP ainsi qu'à la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins post-natals en ce qui concerne la mère et l'enfant » selon l'article L4151-1 du CSP.

Nous allons plus particulièrement nous intéresser au rôle de la sage-femme dans la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente, actuellement, vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. La PNP doit permettre, à chaque femme et chaque couple, un véritable questionnement sur la parentalité en répondant à des besoins de prévention, d'information et d'éducation. L'enquête périnatale de 2016 estime que la participation à la PNP est de 78% chez les primipares, ce qui est en augmentation par rapport à 2010, où la participation était de 74%. Chez les multipares, le taux de participation y est estimé à 28,6%. [4]

La HAS a défini des objectifs généraux pour les PNP, au cours des différentes séances. Des thèmes comme la sécurité de l'enfant ou la MIN et le syndrome du bébé secoué devront être évoqués. [5]

De par ses compétences, la sage-femme est un interlocuteur privilégié dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson et dans la prévention du syndrome du bébé secoué.

Lors des conseils de sortie à la maternité, beaucoup de femmes et de couples semblaient découvrir les recommandations concernant le couchage du nouveau-né et sur le syndrome du bébé secoué.

En conséquence, notre hypothèse était basée sur le fait que lors des séances de PNP, ces deux thèmes n'étaient pas correctement abordés.

Le but de notre étude était de déterminer si la mort inattendue du nourrisson et le syndrome du bébé secoué étaient abordés lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité

L’objectif principal de cette étude était d’évaluer le respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité auprès des sages-femmes libérales de l’agglomération Voironnaise et Grenobloise.

Nos objectifs secondaires étaient d’évaluer le respect des bonnes pratiques d’après les recommandations de la HAS concernant ces deux préventions quand elles étaient faites ; et de voir s’il existe une différence d’applications des pratiques qui concernent la mort inattendue du nourrisson et celles qui concernent le syndrome du bébé secoué, et enfin déterminer les raisons pour lesquelles ces bonnes pratiques ne seraient pas abordées.

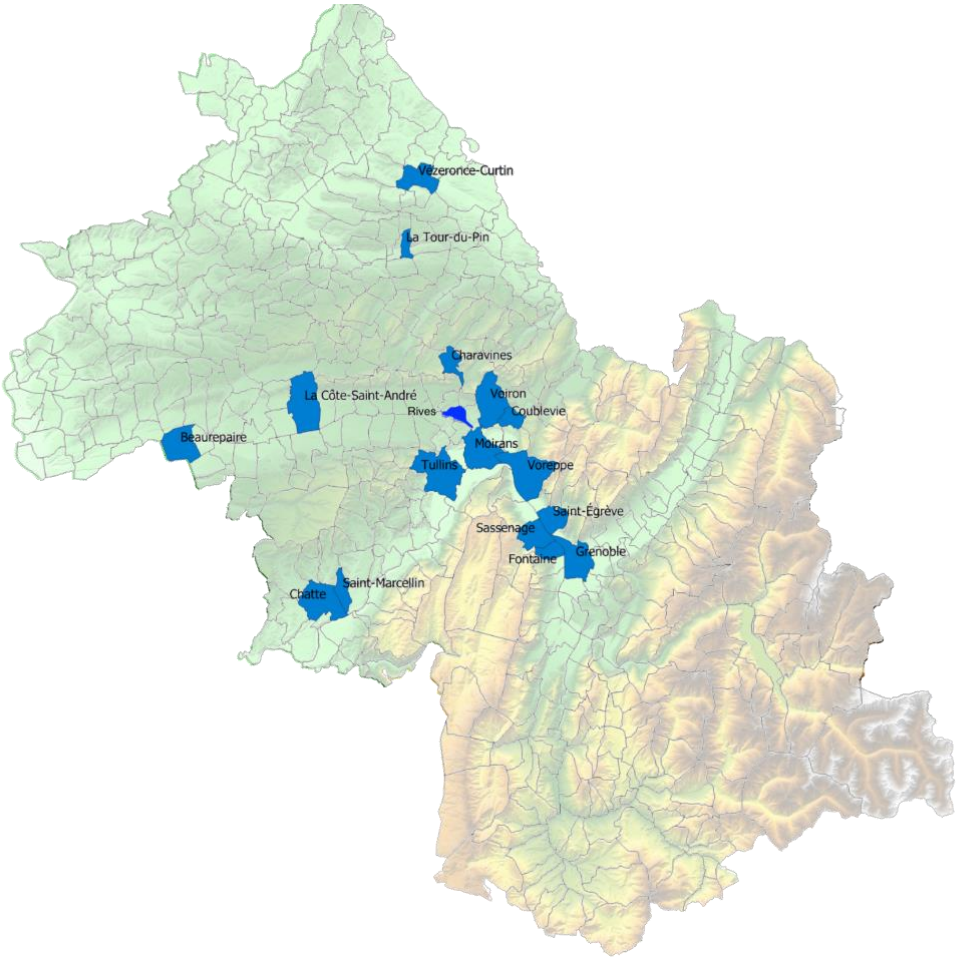
II. MATERIELS ET METHODES

1° Lieu d'étude :

L'étude devait se dérouler initialement sur Voiron et ses environs (en Isère). Cette maternité ne proposant pas de préparation à la naissance et à la parentalité, nous avons donc contacter les cabinets de sages-femmes libérales des communes environnantes. (Beaurepaire, la Côte St André, Tullins, St Marcellin, Chatte, Vezeronce-Curtin, la Tour du Pin, Moirans, Coublevie, Voiron, Voreppe, Charavines, Rives).

Puis, par manque de sage-femme libérale dans cette zone géographique, l'étude s'est étendue à l'agglomération de Grenoble, pour le peu d'observations restantes (Grenoble, Sassenage, Fontaine, St Egrève).

Carte de l'Isère avec les villes en bleu où les observations ont été effectuées :



2° Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale d'évaluation des pratiques professionnelles auprès des sages-femmes libérales de l'agglomération de Voiron et de Grenoble, en Isère. Cette étude a été réalisée par observation directe des sages-femmes libérales à leur cabinet, pendant une séance de cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), pendant la période d'observation.

3° Période d'étude :

L'étude a été réalisée sur une période de 5 mois à partir d'août 2019 jusqu'à mars 2020.

4° Population, critères d'inclusion et d'exclusion :

Les sages-femmes libérales, incluses dans cette étude étaient des sages-femmes pratiquant des cours de PNP de type classique se trouvant dans l'agglomération Voironnaise et Grenobloise, en Isère lors de la période d'observation et acceptant ma présence.

Les sages-femmes libérales échographistes ou faisant des PNP non classiques comme de l'haptonomie, chant prénatal, piscine ont été exclues de l'étude.

Les sages-femmes libérales ainsi que les femmes enceintes ou couples ne souhaitant pas être observés ont été, également, exclus.

5° Recueil de données :

La cadre de la maternité du CH de Voiron nous a permis d'avoir accès à la mailing liste des SFL de l'agglomération de Voiron. Par ailleurs, elle a diffusé un mail d'informations à toutes les SFL, ce qui nous a permis d'obtenir un meilleur taux d'acceptation pour notre étude.

Les sages-femmes libérales (SFL) n'ont pas été informées du sujet exact de l'étude. Dans la mesure où leur accord était nécessaire, un formulaire de consentement leur a été distribué avant le début des observations. (Cf. Annexe I)

Lors des observations, ni intervention, ni participation lors des séances de PNP n'ont étés effectuées par l'observateur.

La majorité des données ont été recueillies par une observation directe des pratiques professionnelles lors des séances de PNP, et à partir de questions directes à la sage-femme libérale, une fois le cours de PNP terminé.

Les données ont été recueillies dans une grille d'évaluation sur Excel (Cf. Annexe II), établie à partir des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sur les thèmes à aborder pendant les cours de PNP. Une seule observation par sage-femme libérale a été effectuée.

Les données, concernant la prévention de la mort inattendue du nourrisson étaient :

- Matelas ferme
- Matelas adapté à la taille du lit
- Éviter les oreillers
- Éviter les duvets
- Éviter les édredons
- Préférer les surpyjamas / turbulettes
- Préconiser pour dormir la position dorsale au cours des 6 premiers mois
- Éviter les positions latérales
- Température de la pièce à 19°C
- Éviter le tabagisme

Pour le bébé secoué :

- Respect de son rythme de sommeil
- Avertir les parents du danger de secouer
- Mettre l'enfant en sécurité dans son lit
- Se faire aider

- En parler, demander conseil

Le critère de jugement principal était le taux de réalisation de prévention de la mort inattendue et du syndrome du bébé secoué lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Les taux de conformité des pratiques professionnelles pour la réalisation de ces deux préventions
- S'il existe une différence de pratiques concernant la prévention de la mort inattendue et le syndrome du bébé secoué.
- Description des raisons de ne pas avoir réaliser la prévention des deux sujets lors de l'entretien de débriefing

6° Taille de l'échantillon :

Lors d'un audit clinique de pratique, d'après la HAS, il est établi que l'échantillon doit contenir au minimum 30 observations.

7° Référentiel :

L'audit a été élaboré à partir des recommandations professionnelles de la HAS sur « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) » daté de 2005 (Cf. Annexe II et III)

8° Méthodes statistiques :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel de statistique R4web. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes et/ou la médiane, la distribution des variables qualitatives par le test de Fisher.

III. RESULTATS

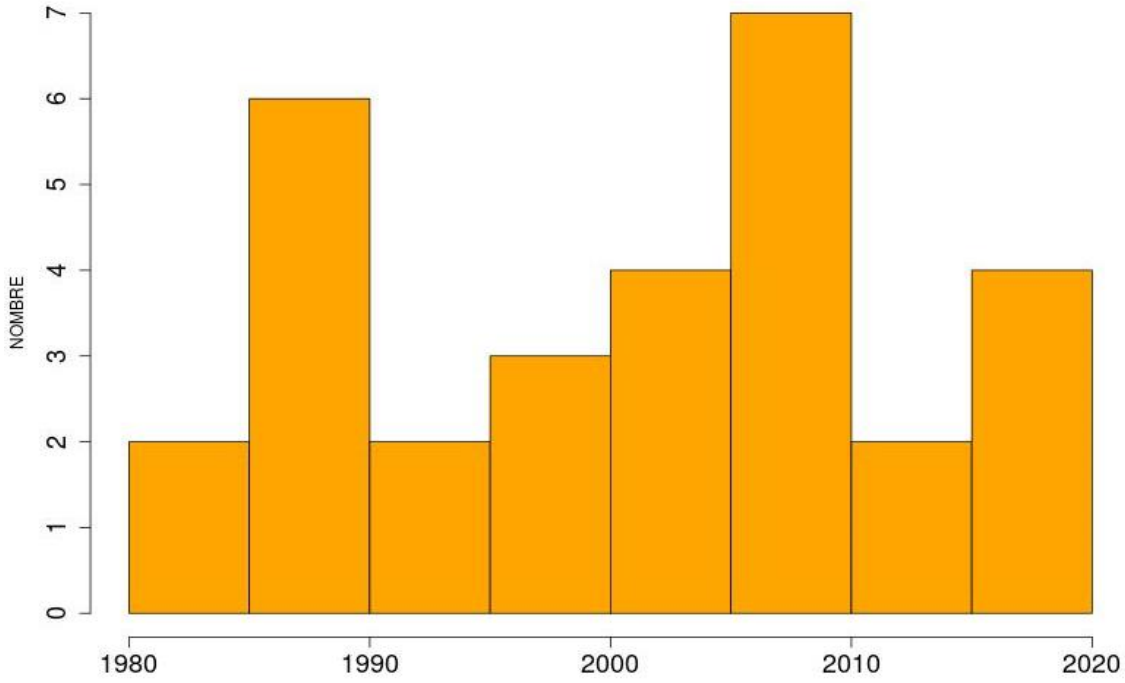
1. Représentativité de l'étude

Un total de 30 observations a été effectué sur la période d'étude. L'échantillon d'analyse était constitué de 28 (93,3%) sages-femmes libérales, ainsi que 2 (6,7%) sages-femmes remplaçantes (tableau 1). Les années d'obtention de diplôme se répartissaient depuis 1982 jusqu'à 2019. La médiane d'année d'obtention était 2002-2003 (histogramme 1).

Tableau 1 : Effectif des sages-femmes observées

Effectif	n(%)
○ Sage-femme libérale	28 (93,3%)
○ Sage-femme remplaçante	2 (6,7%)

Histogramme 1 : Répartition des années de diplômes des sages-femmes



Année de diplôme

La HAS conseille de parler de la prévention de la MIN et du SBS dans des séances « type » comme l'accueil du nouveau-né 2 (6,7%) ou sécurité de l'enfant. Parmi les observations de

séance, aucune SFL n'a fait une séance sur la sécurité de l'enfant. La majorité des séances ciblées 28 (93,3%) étaient autres que celles proposées par la HAS propices pour parler de prévention.

Parmi ces autres séances, on avait 1 (3.3%) qui portait sur le bain et le change, 1 (3.3%) sur l'allaitement, enfin une séance sur la fratrie (3, 3%). Trois (10%) des cours ciblés étaient sur la puériculture et également sur le bébé. Deux (6,7%) sur le rythme du bébé, 4 (13,3%) sur le retour à la maison, pour finir 13 (43.3%) étaient une séance sur les suites de couche.

(cf. tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des séances observées

Séances	N(%)
Accueil du nouveau-né	2 (6,7%)
Sécurité de l'enfant	0 (0%)
Autres :	28 (93,3%)
- Bain et change	1 (3,3%)
- Retour à la maison	4 (13,3%)
- Suite de couche	13 (43,3%)
- Puériculture	3 (10%)
- Séance Bébé	3 (10%)
- Allaitement	1 (3,3%)
- Fratrie	1 (3,3%)
- Rythme du bébé	2 (6,7%)

2. *Objectif principal : réalisation de la prévention de la MIN et du SBS*

Parmi les 30 observations de séance de PNP, la prévention sur la mort inattendue du nourrisson a été abordée 25 fois (83,3%), dans 5 cas (16,7%) elle n'a pas été évoquée. (cf. tableau 3) Tandis que la réalisation de la prévention du syndrome du bébé secoué a été effectuée dans 50% (15) des séances (cf. tableau 4).

Tableau 3 : Réalisation de la prévention de la MIN lors d'un cours de PNP

	Effectifs n	%
Oui	25	83,3%
Non	5	16,7%

Tableau 4 : Réalisation de la prévention du SBS lors d'une séance de PNP

	Effectifs n	%
Oui	15	50%
Non	15	50%

3. ***Objectif secondaire n°1 : Taux de conformité des pratiques professionnelles pour la réalisation de ces deux préventions.***

a) Critères de la prévention de la mort inattendue du nourrisson durant une séance de PNP.

Tableau 5 : Conformité des critères de prévention de la MIN lors de la PNP (n= 25)

Critères n(%)	Oui
Matelas ferme	13 (52%)
Matelas adapté à la taille du lit	6 (24%)
Éviter les oreillers	19 (76%)
Éviter les duvets	22 (88%)
Éviter les édredons	23 (92%)
Préférer les turbulettes	22 (88%)
Dormir sur le dos pendant les 6ers mois	25 (100%)
Éviter les positions latérales	14 (56%)
Température de la chambre à 19°C	21 (84%)
Éviter le tabagisme	17 (68%)

n : effectif

Parmi les critères établis par la HAS pour la prévention en anténatal de la MIN, les sages-femmes (25) réalisant la prévention ont toutes préconisé aux parents de faire dormir leurs enfants sur le dos pendant les 6 premiers mois. Par ailleurs seulement 6 (24%) sages-femmes ont conseillé d'avoir un matelas adapté à la taille du lit (cf. tableau 5).

Elles ont toutes abordé d'autres éléments entrants dans la prévention de la MIN (cf. tableau 6). En effet les SFL ont conseillé d'aérer la chambre où le bébé dort (56%), de ne pas mettre un tour de lit (64%), de ne pas avoir de réducteur de lit (12%), de ne pas avoir de doudou dans le lit (12%), de dormir dans un lit à barreau (20%) et s'il s'agit d'un lit parapluie, il faut qu'il ait

les quatre pans filets (4%), dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois (36%), sans faire de co-spleeping (24%). Quatre pourcents des sages-femmes ont conseillé d'avoir une sucette pendant la nuit, de faire également attention qu'il n'y ait pas d'animaux dans la pièce (12%).

Tableau 6 : Autres éléments de la prévention de la MIN évoqués par les SFL, ne figurant pas dans les critères anténatals de la HAS

Autres éléments n= 25	n(%)
Aérer la chambre	14 (56%)
Pas de tour de lit	16 (64%)
Pas de réducteur de lit	3 (12%)
Sucette facteur protecteur	1 (4%)
Pas de co-sleeping	6 (24%)
Dormir les 6ers mois dans la chambre des parents	9 (36%)
Pas d'animaux dans la chambre	3 (12%)
Lit parapluie avec quatre pans ouverts (filet)	1 (4%)
Préférer un lit à barreau	5 (20%)
Pas de doudou	3 (12%)

n : effectif

b) Critères de la prévention du syndrome du bébé secoué pendant une séance de PNP

Tableau 7 : Conformité des critères de prévention du SBS lors de la PNP (n= 15)

Critères n(%)	Oui
Respect de son rythme de sommeil	8 (53,3%)
Avertir les parents du danger de secouer	15 (100%)
Risque de séquelles neurologiques	10 (66.7%)
Mettre l'enfant en sécurité dans son lit	11 (73,3%)
Se faire aider	13 (86,7%)
En parler, demander conseil	11 (73,3%)

n : effectif

Toutes les sages-femmes réalisant la prévention ont averti du danger de secouer un enfant (15) (cf. tableau 7). Deux sages-femmes (13,3%) ont parlé d'autres éléments pour la prévention

du SBS, en particulier de faire attention dans la situation de jeu avec l'enfant, par exemple de ne pas le lancer (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Autre élément de la prévention du SBS évoqué par les SFL, ne figurant pas dans les critères anténatals de la HAS

Autre élément n=2	n (%)
Ne pas lancer un bébé (situation de jeu)	2 (100%)

n : effectif

c) Autres moyens de prévention que l'oral pendant la séance de PNP

Certaines sages-femmes utilisent d'autres moyens de prévention que l'oral, notamment des affiches qui se trouvent dans la salle d'attente (26,7%), des flyers (10%), des livrets distribués en fin de séance (6,7%). Pendant la séance de PNP quelques sages-femmes ont utilisé le carnet de santé comme support (16,7%). (Cf. tableau 9)

Tableau 9 : Supports de prévention de la MIN et du SBS utilisés par les SFL n=30

Support	n(%)
Flyer libre-service	3 (10%)
Livret	2 (6,7%)
Affiche	8 (26,7%)
Carnet de santé	5 (16,7%)

n : effectif

4. Objectif secondaire n°2 : Différence de pratiques concernant les préventions de la MIN et le SBS.

Le syndrome du bébé secoué n'a été abordé que lorsque la sage-femme parle de la mort inattendue du nourrisson.

Il existe une différence statistiquement significative concernant la prévention de la mort inattendue du nourrisson par rapport au syndrome du bébé secoué pendant un cours de préparation à la naissance et à la parentalité (p= 0,042 avec intervalle de confiance à 95%). (Cf. tableau 10)

Tableau 10 : Comparaison de la réalisation de la prévention de la MIN avec le SBS (test de Fisher)

	MIN n= 30	SBS n= 30	p-value
Prévention effectuée durant la PNP	25 (83,3%)	15 (50%)	0,042

		SBS. Abordé	
		Non	Oui
MIN. Abordé	Non	5 (100%)	0 (0%)
	Oui	10 (40%)	15 (60%)

5. *Objectif secondaire n°3 : Description des raisons de la non-réalisation de la prévention des deux sujets lors de l'entretien de débriefing.*

Parmi les raisons de ne pas avoir abordé la MIN pendant un cours de PNP, on a trouvé le manque de temps pour 20% (1) des SFL, le fait que cela ne soit pas une priorité pour 20% (1) et que les parents soient déjà informés également pour 20% (1). 40% (2) des sages-femmes ne savent pas qu'il s'agit d'une recommandation de la HAS.

Les SFL ne l'abordent pas dans 40% (2) des cas parce que la maternité la plus proche propose des séances de puériculture où les thèmes sont abordés, enfin dans 40% (2) des cas, le thème de la mort inattendue est abordé dans une autre séance de préparation à la naissance et à la parentalité. (cf. tableau 11)

Quant aux raisons de n'avoir pas réalisé la prévention du bébé secoué, on retrouve le manque de temps pour 13,3% (2), idem pour le fait que les SFL n'osent pas en parler, ou que la maternité propose des séances où le thème est abordé. 6,7% (1) des sages-femmes ne trouvent pas nécessaire d'en parler, et qu'il ne s'agit pas d'une priorité.

Quarante pourcents (6) des SFL ne l'abordent pas en PNP parce qu'elles en parlent en post-partum. Quarante pourcents (6), également, des SFL ne savent pas qu'il s'agit d'une recommandation de la HAS.

Enfin on retrouve 33,3% (5) des SFL pour lesquelles il s'agit d'un sujet tabou. Pour finir, 20% (3) d'entre elles abordent le sujet du syndrome du bébé secoué dans une autre séance de PNP (cf. tableau 12)

Tableau 11 : Explications de la non réalisation de la prévention de la MIN n= 5

Explications	N(%)
Manque de temps	1 (20%)
Pas une priorité	1 (20%)
Parents déjà informés	1 (20%)
Ne sait pas qu'il s'agit d'une recommandation de l'HAS	2 (40%)
La maternité propose des séances de puériculture où les thèmes sont abordés	2 (40%)
Abordé dans une autre séance	2 (40%)

Tableau 12 : Explication de la non réalisation de la prévention du SBS n= 15

Explications	N(%)
Manque de temps	2 (13,3%)
Pas une priorité	1 (6,7%)
En parle en post-partum	6 (40%)
Ne semble pas nécessaire d'en parler	1 (6,7%)
N'ose pas	2 (13,3%)
Sujet tabou	5 (33,3%)
Ne sait pas qu'il s'agit d'une recommandation de l'HAS	6 (40%)
La maternité propose des séances de puériculture ou les thèmes sont abordés	2 (13,3%)
Abordé dans une autre séance	3 (20%)

6. *Axe d'amélioration de la prévention de la MIN et du SBS.*

Lors du débriefing à la fin de la séance de PNP, sur comment pourrait-on améliorer la prévention pour la MIN et le SBS, les sages-femmes ont dit qu'il fallait sensibiliser,

déculpabiliser les parents, qu'il n'y a pas de sujet tabou (31,6%), qu'il fallait en parler en pré et en post-natal, instaurer des groupes de soutien à la parentalité (52,6%).

Les SFL pensent que la prévention serait plus efficace s'il n'y avait pas de mauvaises publicités dans les magasins de puériculture (36,8). Les SFL pensent que la prévention serait plus efficace s'il n'y avait pas de mauvaises publicités dans les magasins de puériculture (36,8), sont favorables au lancement de nouvelles campagnes de sensibilisation et souhaitent l'amélioration de la diffusion de l'information dans les médias (26,3%). (Cf. tableau 13)

Tableau 13 : Axe d'amélioration de la prévention pour la MIN et le SBS (11 données manquantes)

Axe d'amélioration n= 19	N(%)
Déculpabiliser-sensibiliser-pas de tabou	6 (31,6)
En parler en pré et post natal- groupe de soutien à la parentalité (lieu parental)	10 (52,6)
Attention, mauvaises informations diffuser dans les magasins du puériculture (mauvaise pub)	7 (36,8)
En parler plus dans les médias-diffuser plus d'informations - faire des campagnes de prévention	5 (26,3)

IV. DISCUSSION :

1. *Limites et biais de l'étude* :

a. Type d'étude :

Le choix de l'étude par observation a été réalisé pour éviter un biais déclaratif présent lorsqu'on recueille les données par questionnaire. Afin de prévenir un refus de participation de la part des SFL et des patients, on a d'une part, demandé l'aide de la cadre de l'hôpital de Voiron afin qu'elle puisse informer de ce mémoire les SFL, d'autre part, il y a eu la mise en place d'un formulaire explicatif de la démarche. Le sujet précis de l'étude n'a pas été dévoilé aux sages-femmes libérales. L'étude a été présentée comme un audit observationnel autour de la PNP. Plus précisément, une séance puériculture ou suite de couche ont été ciblées selon l'organisation des séances et suivant les SFL. Concernant les futurs parents, notre présence lors du cours de préparation à la naissance et à la parentalité était très bien acceptée. Grâce au formulaire de consentement et aux explications au début des séances, il n'y a eu aucun refus de parents qui, dans la plupart du temps, étaient informés de notre venue en amont de la séance.

Il n'y a pas de biais de confusion, c'est à dire que l'on peut dire que l'effet observé n'est pas lié à un autre facteur [6]. Cependant, il peut y avoir un biais relatif dû à l'observation, le fait d'avoir la présence d'un observateur a pu influencer la pratique du professionnel appelé effet Hawthorne. Nous l'avons constaté plusieurs fois, certaines sages-femmes étaient stressées à l'idée d'être observées et ont révisé le contenu de la séance, avant de faire le cours, pour ne rien oublier. Cela a pu augmenter le taux de conformité pour les deux thèmes. Il existe également un autre biais, c'est l'effet Halo où l'observateur a tendance à être influencé par une impression générale de l'audité, il est absolument nécessaire de rester impartial durant les observations, même lorsque des erreurs d'informations sont transmises aux futurs parents. Pour ce biais l'observateur a su rester impartial. [7]

b. Population étudiée :

La taille de l'échantillon des sages-femmes libérales observé étant de 30, donc égal aux 30 cas recommandés par la HAS lors d'un audit clinique, on peut donc dire que les résultats sont représentatifs des pratiques des SFL dans l'agglomération Voironnaise et Grenobloise. Une seule observation par sage-femme libérale ayant été effectué il n'y a donc pas eu d'erreur dans les taux de conformité des pratiques mesurés. De ce fait l'étude peut être le reflet probable de l'ensemble des pratiques professionnelles étendu à toute l'Isère

c. Validité externe de l'étude :

L'étude est transversale dans une zone géographique étendue d'une partie de l'Isère, les résultats peuvent être extrapolés aux autres régions.

2. Analyse des résultats et comparaisons avec la littérature :

a. Prévention de la MIN et du SBS.

Dans notre étude, la réalisation de la prévention pour la MIN est de 83,3%, sachant que les 16,7 % des sages-femmes qui n'ont pas réalisé la prévention, l'ont fait dans une autre séance pour 40% d'entre elles, l'observateur n'avait pas ciblé la bonne séance. Tandis que pour le SBS, la réalisation de la prévention était faite seulement dans 50% des cas, les SFL n'ayant pas réalisé la prévention, l'ont fait dans une autre séance dans 20% des cas. Les sages-femmes ont donc une bonne connaissance des recommandations concernant la prévention de la MIN (même si 40% des SFL qui ne la réalisent pas ne savent pas que celle-ci fait partie des recommandations), en revanche ce n'est pas le cas pour le SBS.

Une étude a été réalisée par Lucie Dif, en 2018, sur la pratique des sages-femmes sur la prévention de la MIN. Celle-ci montre que seulement 43% des SFL faisaient systématiquement de la prévention pendant la PNP dans le Puy-de-Dôme [8]. Ce résultat est deux fois inférieur aux résultats de notre étude.

L'un des objectifs secondaires était de déterminer s'il y avait une différence de pratique entre la prévention de la MIN et le SBS. Ici, nous avons trouvé qu'il existait une différence statistiquement significative (p-value= 0,042 avec intervalle de confiance à 95%), on remarquait également que le syndrome du bébé secoué n'était abordé que lorsque la prévention sur la mort inattendue était effectuée.

En 2019, la HAS réaffirme l'importance de la prévention sur le SBS. Les professionnelles de santé sont des acteurs essentiels en donnant des conseils aux parents sur la façon de gérer les pleurs d'un bébé. Les résultats de notre étude sont en accord avec le rappel de la HAS. [9]

La HAS a défini l'intérêt de la PNP. « L'objectif global des séances de préparation à la naissance est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive. Les séances de préparation à la naissance représentent une opportunité pour chaque femme enceinte ou chaque couple de développer les connaissances et les aptitudes nécessaires pour promouvoir la santé du nouveau-né et du nourrisson, en particulier les soins essentiels ainsi que les pratiques parentales à l'égard de l'enfant à élever. ». La prévention est donc essentielle. [10]

Dans notre étude, on a remarqué que certaines SFL utilisaient d'autres supports de prévention, il y a eu notamment dans les salles d'attentes des affiches, des flyers, en fin de la séance, quelques-unes d'entre elles distribuaient des livrets qui reprennent toutes les

informations de prévention dites pendant la séance. Enfin des SFL appuyaient leurs propos en utilisant le carnet de santé et incitaient les futurs parents à bien regarder quand ils se posent des questions.

Les affiches, les flyers etc. dans les salles d'attentes sont également des moyens de prévention précieux. Assathiany et al. (2004) a montré que certains messages étaient mémorisés, surtout si les parents étaient déjà venus. La lecture des affiches amenait 14% de la population à questionner spontanément le pédiatre. [11]

b. Critères généraux de la prévention de la MIN pendant une séance de PNP

- Matelas ferme et adapter à la taille du lit

Le matelas ferme fait partie des recommandations de la HAS. Les SFL l'ont conseillé à 52%. Cela permet le maintien du bébé sans se déformer, contrairement au matelas mou ou à mémoire de forme qui sont susceptibles de créer des creux et augmenter le risque d'enfouissement, ou de rouler sur le ventre et peut conduire à un risque d'asphyxie. Également, le matelas doit être adapté à la taille du lit, seulement 24% des SFL en ont parlé, on comprend bien le risque d'avoir un matelas plus petit que le lit avec la possibilité que le matelas se retourne sur le bébé avec un risque étouffement. Mais le taux de conformité est assez bas pour ces deux items. [12]

Les SFL ont aussi évoqué d'autres éléments qui ne font pas partie de recommandations de la HAS pendant la PNP mais entrant dans la prévention de la MIN. Pas de tour de lit. Si le bébé dort dans un lit parapluie, mais cela doit rester occasionnel, il faut qu'il y ait 4 filets. Il faut utiliser ces lits uniquement avec le petit matelas qui est fourni avec. Surtout ne jamais installer de matelas supplémentaire dans ces lits. En effet, les parois de ces lits sont souples et lorsque l'enfant s'y appuie, elles se déforment et le bébé peut glisser entre la

paroi et le matelas ajouté. Il se retrouve alors coincé entre le matelas et la paroi sans pouvoir respirer librement. [13]

Il faut également préférer un lit à barreau. Tous ces éléments sont recommandés pour éviter le risque d'étouffement. Il faut que le bébé dorme dans un lit où l'air puisse circuler. Elles ont également parlé de ne pas mettre de réducteur de lit comme le cocoonababy, il y a un risque d'asphyxie (confinement) si le cocon se renverse, un risque d'hyperthermie, la thermorégulation est mal assurée car le cocon est très enveloppant et enfin un risque d'hyper flexion cervicale qui peut obstruer les voies aériennes supérieures.

Il y a 4 scénarios possibles pour obstruer les voies aériennes supérieures (VAS), le visage couvert, le nez pincé, le menton contre la poitrine et enfin une pression sur/contre la poitrine (être comprimé).

- Les règles d'or pour coucher un enfant en sécurité

Dans le lit du bébé, il ne doit y avoir qu'une turbulette adaptée à sa taille, des SFL ont précisé sans oreillers, ni duvet et édredons. Le bébé doit dormir sur le dos les 6 premiers mois a été dit à tous les parents. Les SFL ont dit d'éviter de les mettre sur le côté, parce qu'il y a un risque qu'il se retourne sur le ventre et d'étouffement. La position couchée sur le ventre est un facteur de stress exogène de la physiologie respiratoire dans la MIN. Cela va du stress thermique à la compression ou effondrement des voies respiratoires, à la respiration de gaz expirés. Dans l'ensemble, les taux de conformité sont très satisfaisants pour la prévention du couchage d'un bébé. [14]

Plusieurs études qui se sont intéressées aux éléments qui pourraient augmenter le risque de MIN, ont montré que le couchage ventral ou les positions latérales étaient des facteurs de risques majeurs de MIN (odds ratio 8,7 à 45,48). Les mécanismes mis en jeux sont l'obstruction mécanique des voies aériennes, ce qui crée un étouffement. Il en est de même pour tous les

objets présents dans le lit du bébé, comme les couvertures, les oreillers, les doudous, les tours de lit, etc. ainsi que le couchage sur des surfaces molles (risque 67 fois supérieur).
Tous ces éléments augmentent le risque d'enfouissement du visage de l'enfant.

Concernant le couchage sur le dos, contrairement aux idées reçues, cela n'augmente pas le risque de régurgitation même en cas de reflux gastro-œsophagien avéré et, du fait de la position antérieure des voies aériennes, diminue même le risque d'inhalation.

Enfin, il est maintenant reconnu que la position proclive dorsale lors du sommeil est, non seulement, inutile pour limiter les reflux mais peut également compromettre la liberté des voies aériennes de l'enfant s'il glisse vers le bas du lit. [15][16][17][18][19]

- Température de la chambre

A propos de la température de la chambre, il faut que le bébé soit en neutralité thermique, c'est à dire une température où le bébé ne développe pas de mécanismes pour lutter contre le froid ou contre la chaleur. Il est donc nécessaire, pour cela, d'adapter la température de la pièce. Dans notre étude, les résultats sont très satisfaisants avec un taux de conformité de 84%, concernant une température de la chambre autour de 18°C.

En effet, plusieurs études ont montré un lien entre la thermorégulation au cours du sommeil et les phases de sommeil. Les contraintes thermiques peuvent être susceptibles de modifier les phases de sommeil chez le nouveau-né. Dans un environnement froid, le bébé aura un sommeil agité avec un éveil plus précoce, contrairement à un environnement chaud où le bébé dormira profondément en phase de sommeil calme et plus longtemps, pouvant aller jusqu'à la MIN par le dysfonctionnent des mécanismes de contrôles centraux qui sont impliqués dans la respiration.

Le bébé sera dans un tel sommeil profond qu'il peut s'arrêter de respirer, d'où l'importance de la neutralité thermique pendant le sommeil des bébés. [20]

Dans l'étude Avon, il a été remarqué que les nourrissons qui décèdent subitement et de façon inattendue étaient plus susceptibles d'avoir été couchés dans une pièce où le chauffage était laissé la nuit et sous un peu plus de literie. Ces résultats ont été récemment confirmés dans une étude de Tasmanie, dans laquelle les nourrissons décédés ont été trouvés dans une pièce plus chaude et / ou plus fortement enveloppés. [21]

Ces études fournissent de bonnes preuves des interactions récurrentes entre la thermorégulation et le contrôle respiratoire.

- Le tabagisme

Il existe un lien entre le tabac et la MIN. Les résultats de l'étude sont satisfaisants avec un taux de conformité de 68 %. Les SFL ont parlé du tabagisme passif en post-natal, que toute personne fumeuse devait avoir un vêtement dédié pour aller fumeur dehors et l'enlever en rentrant et devait bien se laver les mains.

En France, on estime environ 20% le nombre femmes enceintes fumeuses. Le risque de décéder de la MIN est plus élevé chez les bébés dont la maman fumait étant enceinte et qui sont également exposés secondairement au tabagisme passif. Le risque augmente en fonction du nombre de fumeurs dans le ménage, du nombre de cigarettes fumées (OR = 3,4 lorsque la mère fume 1 à 9 cigarettes par jour et OR = 3,7 pour une consommation de 10 cigarettes et plus par jour) et de la proximité entre le ou les fumeurs et le bébé. [22][23]

Lors du sommeil normal de l'enfant, il existe des micro-éveils spontanés se manifestant par une accélération du rythme cardiaque, une augmentation de la pression artérielle et une stimulation de la respiration. Ces micro-éveils sont activés par de nombreux stimuli.

Le tabagisme maternel perturbe les micro-éveils spontanés et induits par les stimuli, des enfants dormant pourtant dans les conditions de couchage recommandées, c'est-à-dire sur le dos. Il existe donc, chez ces enfants, une diminution de la réponse aux stimuli dangereux qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital. [24]

Mitchell et Milerad ont analysé, pour l'OMS, près de 50 études et ont trouvé une grande homogénéité des résultats. Le tabagisme maternel pendant la grossesse multiplie par un facteur 2 à 3 le risque de MIN, indépendamment du poids de naissance.

L'exposition anténatale à la nicotine a des conséquences sur la maturation et la différenciation du tissu pulmonaire et son innervation. Ce qui pourrait expliquer une éventuelle relation de risque entre tabac et MIN.

Le tabagisme passif est responsable in-utéro d'anomalies morphologiques pulmonaires (hypoplasie pulmonaire, diminution de la quantité d'élastine, augmentation des dépôts de collagène, altération de la structure alvéolaire) et de troubles fonctionnels (diminution de la compliance, augmentation des résistances des voies aériennes, hyperréactivité bronchique). Enfin, il induit une perturbation de la commande de la respiration, remplissant ainsi tous les critères pour favoriser la mort subite du nourrisson. [25]

En France, le tabagisme passif est responsable de la mort prématurée de 3 000 personnes par an.

Enfin, l'allaitement maternel n'est pas un facteur protecteur de mort subite chez les femmes fumeuses, à la différence des femmes non- fumeuses. Il semblerait même qu'il soit un facteur aggravant.

En 2018, en France, l'exposition au tabac pendant la grossesse est considérée comme le deuxième facteur de risque de MIN. On estime qu'un tiers des MIN serait évitable en l'absence de tabagisme maternel anténatal. [26]

c. Critères généraux de la prévention du SBS pendant une séance de PNP

Les sages-femmes qui ont fait la prévention du SBS ont amené le sujet en douceur, en parlant du respect de rythme de sommeil (53,3%) et des pleurs pour arriver à « il ne faut pas secouer un bébé » dit par toutes les SFL (100%) et enfin amené des solutions, en se faisant aider (86,7%), le mettre en sécurité dans son lit (73,3%), en parler, demander des conseils (73,3%). Même si seulement 50% des SFL ont abordé le SBS pendant le cours de PNP, les résultats des taux de conformité sont satisfaisants à l'exception peut-être pour le respect du rythme du sommeil. Un bébé qui est coupé dans ses phases de sommeil sera plus susceptible de pleurer. Il faut apprendre aux parents à repérer les différentes phases de sommeil d'un nourrisson et préparer les parents aux pleurs d'un bébé. Si les parents ont vérifié la couche, l'ont nourri, consolé, l'ont habillé en fonction de la température et que le bébé pleure toujours, s'ils sont désemparés par la situation, il faut coucher l'enfant en sécurité dans son lit et le laisser pleurer, il ne faut pas oublier que le pleur est le seul moyen d'expression d'un bébé.

Les résultats de notre étude sont en accord avec une étude qualitative réalisée par Marine Hemon en 2017 sur la réalisation par les sages-femmes libérales de la prévention du syndrome du bébé secoué en île de France. La conclusion de l'étude était « les sages-femmes ressentent des difficultés à réaliser une prévention au sujet du SBS » [27]

d. Explication de la non-réalisation de la prévention

- Mort inattendue du nourrisson

Un des objectifs secondaires de notre étude était de comprendre pourquoi la prévention n'était pas réalisée. Parmi les sages-femmes qui n'ont pas réalisé la prévention (16,7%), on

retrouve comme explication le manque de temps, que ce n'est pas une priorité, que les parents sont déjà informés. Quarante pourcents des SFL qui ne réalisent pas la prévention ne savent pas qu'il s'agit des recommandations de la HAS. Certaines sages-femmes ne l'ont pas abordé parce que la maternité propose des séances de puériculture où la MIN est abordée (40%).

Parmi les MIN,70% dues à un couchage inadapté, cette prévention est indispensable, il est essentiel que toutes les SFL en parlent systématiquement pendant la PNP. [28]

- Syndrome du bébé secoué

Parmi les freins de la prévention du SBS pendant la PNP, on a retrouvé le manque de temps et que, en conséquence, une partie des SFL ne le classe pas dans les priorités ou que les sages-femmes ne savent pas qu'il s'agit d'une recommandation de la HAS. En effet, l'objectif de la PNP est de préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives. Le SBS entre dans la partie "comprendre les comportements habituels de l'enfant, faire face aux pleurs de l'enfant". La Sécurité Sociale prend en charge un entretien individuel précoce plus sept autres séances de PNP. Durant celles-ci, la SF doit parler de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, de la famille, du séjour en maternité, de la mère et la femme, le développement de l'enfant et ses acquisitions, les soins nourriciers de l'enfant, la sécurité de l'enfant, etc. Il y a aussi deux consultations postnatales jusqu'au 12ème jour de l'enfant. Les recommandations de la HAS sont très nombreuses, mais toutes sont importantes et aucune ne devrait être oubliée. La solution la plus évidente serait d'augmenter le nombre de séances disponibles, mais c'est une solution plus coûteuse et qui demanderait du temps à mettre en place. Il serait, peut-être, intéressant de développer certains thèmes (développement de l'enfant et ses acquisitions, la diversification alimentaire et refaire un point sur la sécurité etc.) dans les premiers mois de vie de l'enfant pour les rendre plus concrètes et mieux développer les compétences de l'enfant, de permettre aux parents d'échanger avec la sage-

femme ainsi qu'avec les autres parents, pour développer, au mieux, les compétences parentales. Cela permettrait d'alléger le contenu des séances prénatales pour les centrer sur les sujets essentiels (grossesse, accouchement, retour à la maison, alimentation, pleurs, et couchage du bébé). La réorganisation des thèmes au cours des séances pourrait être une solution rapide et gratuite en attendant l'allongement du nombre de séances en allongeant la limite de prise en charge par la Sécurité Sociale au-delà du 12ème jour de l'enfant.
Il serait, également, souhaitable d'inciter davantage les SF et les parents à participer aux séances post-natales. [5]

Pour beaucoup de sages-femmes libérales, le SBS est tabou (33,3%). Dans le mémoire de Marine HEMON, elle retrouve dans son étude que plusieurs sages-femmes émettent l'idée que c'est tabou dans la société, ce qui ajoute une difficulté pour aborder le sujet. Les SFL craignent de faire peur aux futurs parents en parlant de ce sujet alors qu'ils n'ont pas encore d'enfant, cela explique les 40% des SFL qui en parlent en post-partum, notamment dans les visites à domicile, dans des situations plus concrètes. Mais si on apprend aux parents, pendant la PNP, comment gérer les pleurs d'un bébé, on peut leur éviter des situations stressantes, parce qu'ils vont pouvoir mettre en œuvre les conseils qu'ils ont reçus par la sage-femme durant la PNP. [27]

Dans les explications de la non réalisation de la prévention du SBS, il y a 13,3% des SFL qui n'en parlaient pas dans leurs séances parce que la maternité propose des ateliers de puériculture gratuits où le SBS est abordé, elles incitent donc les femmes enceintes à y participer.

3. Perspectives et Axes d'amélioration

L'audit clinique permet d'identifier des axes d'amélioration pour optimiser, perfectionner la qualité de prévention. La mort inattendue et le syndrome du bébé secoué sont des enjeux de santé publique, et ils méritent que la prévention soit bien réalisée, notamment pendant la préparation à la naissance et à la parentalité.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le respect de la réalisation de la prévention de la MIN et du SBS lors de la PNP. La prévention concernant la MIN est satisfaisante, même s'il y a des axes à améliorer. Par ailleurs les pratiques concernant la prévention du SBS sont moins satisfaisantes et constituent le principal axe d'amélioration.

La communication des résultats aux sages-femmes libérales s'inscrit dans la démarche de l'audit clinique afin de sensibiliser les professionnelles de santé sur les points forts ainsi que sur les axes d'améliorations. Les SFL auront un retour par mail des résultats de l'étude, ainsi qu'une proposition d'aide pour améliorer la prévention, notamment comment aborder les sujets sans faire peur aux parents, également un rappel des recommandations de la HAS pour la PNP.

a. Comment améliorer l'accès aux bonnes informations pour contrer le marketing

La dernière campagne officielle de prévention pour la MIN remonte à 1994 (P. Douste-Blazy), suivie en 1998 de la campagne de B. Kouchner. De 1999 à 2001, des mouvements de moindre envergure ont suivi. Il n'y a pas eu d'action publique de prévention depuis ce jour. Dans notre étude, 26,3% des SFL pensent qu'il est nécessaire de refaire des campagnes de sensibilisation pour que l'information soit plus efficace sachant que toutes les femmes ne participent pas aux PNP. Pour les SFL, passer par les médias semblent le plus efficace, notamment par la télévision, pour toucher le plus grand nombre de personnes.

Selon les sages-femmes libérales, il faut sensibiliser, déculpabiliser les parents, qu'il n'y ait pas de sujet tabou (31,6%), qu'il fallait en parler en pré et en post-natal, instaurer des groupes de soutien à la parentalité (52,6%).

Une étude de Noemié Fara montre la même chose, il faut une information multiple et en continu dans le parcours de parentalité pour une prévention efficace. [29]

Lors de l'enquête de l'institut de veille sanitaire (2007-2009) sur la prévention de la mort inattendue, InVS aimerait que la direction générale de la consommation et de la répression des fraudes se saisisse du sujet, et qu'elle mette en place une réglementation, notamment sur les photos publicitaires ou promotionnelles pour ne jamais montrer de nourrissons dormant sur le ventre ou le coté, sur un oreiller ou une couette, à l'image de ce qui a été fait pour lutter contre le tabagisme ou, à minima, émettre un avertissement. [1]

Pour faire face aux images contraires aux recommandations, l'ANCReMIN souhaite organiser une veille nationale visant à supprimer les publications d'images et de messages contraires aux recommandations.

Un décret existe sur la prévention des risques résultant de l'usage des articles de puériculture (l'article 4 du décret n° 91-1292 du 20 décembre 1991). [30]

De nombreux articles, qui figurent sous le terme générique « articles de puériculture » dans le langage commun, n'entrent pas pour autant dans le champ d'application du décret. Ces articles doivent satisfaire à l'obligation générale de sécurité prévue par le code de la consommation qui prescrit que les produits doivent présenter la sécurité à laquelle on peut légitiment s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes. Les produits exclus du décret « puériculture » sont notamment les articles de literie (draps, couvertures, matelas) ;

équipements pour le transport des enfants dans les voitures particulières (lits-autos, sièges autos, rehausseurs, harnais pour voiture)

C’est également ce qui ressort de notre étude, les SFL pensent que la prévention serait plus efficace s’il n’y avait pas de mauvaises publicités dans les magasins de puériculture (36,8%).

L'absence de contrôle réel publicitaire ou commercial permet la diffusion massive d'informations contraires aux recommandations de la HAS. En effet, la grande majorité des publicités pour des articles de puériculture mettent en scène des nourrissons dans des positions de sommeils à risques ou en présence d'objets fortement déconseillés. De même, les parents peuvent être convaincus de l'utilité d'objets comme le cale-bébé ou le cocon vantés par des arguments commerciaux mais qui peuvent s'avérer dangereux.

Il est primordial d'accroître la transmission des recommandations de la HAS auprès des parents d'une part, mais aussi de contrôler, restreindre voire interdire les publicités qui vont à l'encontre des gestes appris lors des PNP. [31]

Quant au SBS, il y a eu, en France, différentes campagnes de préventions, mais qui n'ont été mises en place que récemment. La première était en 2005. Le Centre de Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) lance une campagne nationale de prévention intitulée « Il ne faut jamais secouer un bébé. Secouer peut tuer ou handicaper à vie ». Depuis 2006, un message de prévention destiné aux parents a été intégré au carnet de santé « secouer peut le laisser handicapé à vie ». En 2011, la HAS a publié des recommandations à la suite d’une audition publique organisée par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) de 2009. En 2017, la HAS et la SOFMER ont élaboré conjointement l’actualisation de ces recommandations. Elles recommandent « d’organiser, régulièrement, des campagnes de prévention grand public afin de sensibiliser le plus grand nombre à ce syndrome encore mal connu ». Elles proposent également « qu’au moment de la sortie de maternité, les

jeunes parents soient informés systématiquement sur les pleurs du nourrisson, la possibilité d'en être exaspérés et les conséquences irréparables d'un acte de secouement ». On peut également trouver sur le site de la HAS, des vidéos de prévention. [32] [33]

b. Mise en place généralisée de groupes de soutien à la parentalité ?

Après la sortie de la maternité, les jeunes parents sont livrés à eux-mêmes. En effet, il y a un vide entre les visites de la sage-femme à la sortie de la maternité et la visite post-natale qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement. Les séances de suivi postnatal sont indépendantes des consultations médicales dont la mère ou l'enfant pourraient avoir besoin par ailleurs. Il s'agit d'actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers, ou en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent. Ces séances sont peu connues et peu valorisées. [5]

c. Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile ?

Ces réseaux sont utilisés aux Pays-Bas et permettent, pendant 30 jours, d'avoir une aide sur mesure à domicile et ainsi d'assurer la continuité des soins et l'éducation aux soins de puériculture. [34]

Dans notre étude 52,6 % des SFL interrogées pensent qu'il faudrait créer des cours de soutien à la parentalité en post-natal. Un certain nombre de sages-femmes utilisaient le temps de la visite post-natale et de la rééducation de périnée pour parler de la prévention, notamment du syndrome de bébé secoué pour 40% des SFL.

Dans une étude de Sophie Hamelin, on retrouve que 58% des sages-femmes pensent qu'il serait intéressant de créer une séance dédiée à la parentalité. [35]

Dans l'étude « parenthood education in Swedish antenatal care : perceptions of midwives and obstetricians in charge », on retrouve que des séances parentales seront sûrement quelque chose à développer avec un plus large éventail de sujets que ce qui est actuellement organisé. Le fonctionnement des séances en Suède étant proche du nôtre, on pourrait l'apparenter à notre système. [36]

D'après notre étude, on sait que si la prévention n'est pas réalisée ce n'est pas du à un manque de connaissance, cette proposition faisait partie du questionnaire mais n'a jamais été citée. La difficulté est de savoir comment aborder les questions de la MIN et du SBS à un moment où les parents n'ont aucune envie d'entendre parler de choses horribles.

Il serait intéressant de faire une plaquette d'informative à destination des SFL pour leur rappeler de faire ces préventions et de les aider à les réaliser

d. Pour la mort inattendue du nourrisson, il faut parler du couchage et tout ce que cela englobe, c'est à dire :

- Le respect des rythmes du sommeil, expliquer aux parents les différentes phases de sommeil, pour ne pas réveiller un bébé qui dort en phase agitée alors qu'on pourrait croire qu'il est réveillé. Cela perturbe son sommeil, à force l'enfant sera de plus en plus fatigué et risque de dormir dans un sommeil beaucoup plus profond voir irréversible.
- Informer de la dangerosité du co-sleeping et de l'allaitement, bien évidemment cela semble pratique que l'enfant allaité dorme dans le lit parental, mais expliquer le risque d'étouffement du bébé entre les deux parents, avec la couette, les oreillers, la chaleur, écraser par les parents etc. Rappeler qu'il est conseillé que l'enfant dorme les 6 premiers mois dans la chambre de ses parents mais dans son propre lit à barreaux.
- Le peau à peau a plein d'effets bénéfiques, autant pour l'enfant que pour les parents, l'enfant est en couche contre le ventre des parents, il faut en revanche faire attention à

la positon de l'enfant car s'il est en position ventrale, il peut avoir un risque hypoxie, de confinement, d'obstruction des voies aériennes supérieures, donc le peau à peau, oui, mais avec le nez dégagé et des parents vigilants (être éveillé lors du peau à peau). [37]

- Il faut informer des effets délétères du tabac. La grossesse semble un moment propice pour arrêter de fumer. Il faut aborder le sevrage avec le couple et éventuellement pouvoir les amener à une consultation d'addictologie. L'accompagnement du sevrage du tabagisme fait partie des compétences des sages-femmes [38]
- La prévention de la plagiocéphalie. Le fait que le bébé dorme sur le dos n'augmente pas le risque de plagiocéphalie, il faut que l'enfant soit libre dans ses mouvements, pour cela lors de l'éveil il faut l'installer à plat sur une surface ferme et mettre des jouets autour de lui. Si le bébé tourne la tête toujours du même côté, il faut attirer son attention du côté opposé. Il ne faut pas le mettre dans une coque (sauf pour le transport) ni dans un pouf ou un cocon parce que cela empêche l'enfant de bouger librement.
- Informer sur les accidents de la vie courante, ne jamais laisser l'enfant sans surveillance, attention aux animaux de compagnie, jamais dans la chambre de l'enfant il faut sécuriser l'environnement de vie de l'enfant. La suffocation est la 1ère cause de mortalité chez les moins de 1 an devant la noyade, l'intoxication et enfin les chutes.

e. Pour le syndrome du bébé secoué, il faut parler de la parentalité et informer sur les pleurs.

- Pourquoi un bébé pleure ? Le pleur est le seul moyen d'expression d'un bébé. Un bébé en bonne santé peut pleurer plusieurs heures par jour (souvent en fin de journée), pendant les premiers mois de vie. Le bébé veut nous dire quelque chose, soit il a faim, il a sommeil, il a chaud ou froid, sa couche est sale, il y a trop de bruit, trop de monde, ou il veut un câlin. Les pleurs traduisent un besoin, auquel on doit essayer de répondre.

On peut proposer du lait ou de l'eau au bébé, vérifier s'il n'a pas chaud ou froid, l'emmener dans un endroit calme, le promener, le bercer doucement, le masser.

- Supporter les pleurs d'un bébé est difficile, que faire quand cela devient insupportable ? Même si vous avez « tout bien fait », votre bébé pourra continuer à pleurer. On doit coucher l'enfant en sécurité dans son lit, sur le dos, sortir de la pièce pour reprendre notre calme, demander à quelqu'un de prendre le relais, faire une pause.
- Il faut en profiter pour aborder les violences au sens large y compris les violences conjugales. Les cris ou le secouement d'un enfant entraînent un risque de séquelles neurologiques à vie ou de décès.

Pour pouvoir parler de tous ces éléments, il est nécessaire d'avoir une séance dédiée au tout petit et à la parentalité pendant la PNP et également que les sages-femmes aient connaissance des recommandations de la HAS pour la PNP.

V. CONCLUSION

Nous avons répondu à l'objectif principal de notre étude qui était d'évaluer le respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité d'après les recommandations de la HAS. Les résultats diffèrent en fonction des critères observés et ainsi qu'entre les deux thèmes évalués.

Nos résultats montrent que, quand la prévention du syndrome de bébé secoué est effectuée, elle est généralement bien faite. Elle reste, cependant, insuffisamment abordée par les SFL. Quant à la prévention de la mort inattendue du nourrisson, on peut conclure qu'elle est bien effectuée. Cependant, le critère « avoir un matelas adapté à la taille du lit » n'est dit que dans 24% des observations.

Il faudrait travailler à l'amélioration de la transmission des recommandations de la HAS vers les SFL pour une actualisation plus régulière afin que ces recommandations primordiales puissent être intégralement suivies. Nous pourrions également envisager la création d'une plaquette informative spécifique à la MIN et au SBS à destination des SFL afin de faire tomber ces tabous et les aider à aborder ces sujets délicats.

Enfin et surtout, il parait nécessaire d'accroître le nombre de séances de PNP pour pouvoir aborder tous les thèmes dans de bonnes conditions.

Il serait aussi intéressant de faire une étude sur ce que les parents retiennent réellement des cours de PNP. Notre étude montre bien que la prévention est plutôt correctement réalisée. Cependant, beaucoup de parents, en suite de couche (SDC) semblent découvrir ou redécouvrir ces préventions. Il serait également intéressant d'inciter les futurs parents à assister à la PNP. Il reste 22% des primipares qui n'y assistent pas. Il est essentiel de faire une prévention tout au

long de la grossesse, pendant les suites de couches et en post-partum, pour que les principes de précautions soient bien intégrés par les parents et permettent aux couples n'ayant pas fait de PNP d'avoir l'information soit en suite de couche et/ou en post-partum. Il s'agit d'un enjeu de santé publique pour lequel les sages-femmes sont donc largement concernées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Bloch J, Denis P, Serra D. Enquête nationale sur les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Arch Pédiatrie. Mai 2011 ;18(5) :H178-9. Disponible sur : http://archive.francesoir.fr/sites/default/files/pdf/morts_inattendues_nourrissons.pdf

2. Haute Autorité de Santé - Bébé secoué : une forme mal connue de maltraitance aux conséquences irréparables. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1095926/fr/bebe-secoue-une-forme-mal-connue-de-maltraitance-aux-consequences-irreparables

3. Mortalité infantile [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/mortalite-infantile/

4. Enquête nationale périnatale rapport 2016. INSERM et la DREES. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

5. HAS. Recommandations professionnelles préparation à la naissance et à la parentalité-2005. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

6. Chabal, S et CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Avril 2014. Disponible sur : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

7. Audit en Hygiène Hospitalière - PDF. Disponible sur : https://docplayer.fr/76583447-Audit-en-hygiene-hospitaliere.html

8. DIF, L. Prévention de la mort inattendue du nourrisson connaissances et pratiques des sages-femmes du Puy-de-Dome.pdf [Mémoire de diplôme d'état de Sage-Femme]. École de Sages-Femmes Clermont-Auvergne 2018. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945753/document

9. HAS. Réaffirme l'importance de sa recommandation sur le diagnostic de syndrome du bébé secoué. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3136556/fr/la-has-reaffirme-l-importance-de-sa-recommandation-sur-le-diagnostic-de-syndrome-du-bebe-secoue

10. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf

11. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo L.D, Chevallier B - 2005 - La salle d'attente du pédiatre lieu d'éducation pour la santé ? .pdf. Disponible sur: https://www-em-premium-com.gaelnomade-1.grenet.fr/showarticlefile/29274/main.pdf

12. Co-naître. Prévention MIN: Académie Américaine de pédiatrie AAP 2016 : recommandations mises à jour . Co-naître. Disponible sur : http://www.co-naitre.net/actualites/prevention-de-la-mort-inopinee-du-nourrisson-aap-octobre-2016/

13. Naitre et vivre. Ressources MIN : sur le couchage. Naître et Vivre. Disponible sur : http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/affichettes-coucher-sur-le-dos/

14. Garcia AJ, Koschnitzky JE, Ramirez J-M. The physiological determinants of Sudden Infant Death Syndrome, Respir Physiol Neurobiol ;189(2). Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812300/

15. Li D-K. Infant Sleeping Position and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in California, 1997-2000. Am J Epidemiol. 1 mars 2003 ;157(5) :446-55. Disponible sur : https://academic.oup.com/aje/article/157/5/446/76635

16. American Academy of Pediatrics. SIDS and Other sleep- related infant Deaths: updated 2016 recommendations for a Safe infant sleeping environment. Disponible sur : https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/5/e20162938.full.pdf

17. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. PLoS ONE. 19 sept 2014 ;9(9). Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/

18. Rechtman LR, Colvin JD, Blair PS, Moon RY. Sofas and Infant Mortality. Pediatrics [Internet]. 1 nov 2014 ;134(5): e1293-300. Disponible sur: https://pediatrics.aappublications.org/content/134/5/e1293

19. Blair PS, Mitchell EA, Heckstall-Smith EM, Fleming PJ. Head covering- a major modifiable risk factor for sudden infant death syndrome: a systematic review. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Peter_Fleming4/publication/5401494_Head_covering_-_A_major_modifiable_risk_factor_for_Sudden_Infant_Death_Syndrome_a_systematic_review/links/5624e4a908ae70315b5e39b9/Head-covering-A-major-modifiable-risk-factor-for-Sudden-Infant-Death-Syndrome-a-systematic-review.pdf

20. Bach V, Telliez F, Chardon K, Stephan-Blanchard E, Libert J-P, Leke A. Thermorégulation au cours du sommeil et de la veille chez le nouveau-né. Médecine Sommeil. avr 2010;7(2):55-62. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1769449310000361?via%3Dihub

21. Fleming PJ, Levine MR, Azaz Y, Wigfield R, Stewart AJ. Interactions between thermoregulation and the control of respiration in infants: possible relationship to sudden infant death. Acta Paediatr. 1993 ;82(s390) :57-9. Disponible sur : https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1651-2227.1993.tb12878.x

22. CNCOF, SFT. Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. Disponible sur RPC-CNGOF-tabagisme-grossesse.pdf.

23. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health. disponible sur https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/Supplement_3/1007.full.pdf

24. Bosdure E, Dubus JC. Les effets du tabac chez l'enfant. Disponible sur : https://www.em-consulte.com/showarticlefile/145812/index.pdf

25. Mitchell E.A., Thompson J.M., Zuccollo J., MacFarlane M., Taylor B., Elder D, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide case control study N Z Med J 2017; 130: 52-64. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28571049

26. Pidoux O. Prévention de la mort inattendue du nourrisson en 2015. Les entretiens de Bichat. 2015 Octobre : 290 - 293. Disponible sur : http://doxa.u-pec.fr/theses/th0725384.pdf

27. Hemon M. La prévention du syndrome du bébé secoué par les sages-femmes libérales : étude qualitative auprès de 19 sages-femmes libérales d'Île-de-France [Mémoire de diplôme d'état de Sage-Femme]. École de Sages-Femmes Hopital Foch Université de Versailles 2017. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103737/document

28. CNNSE ; commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Mort inattendue du nourrisson une remobilisation est nécessaire: évitons l'évitable 2013. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_10_2013_MIN_Briand_Huchet_CNNSE_par_6.pdf

29. Fara N. prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques : enquête chez les mamans du réseau de périnatalité Loire-Nord Ardèche. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-Femme]. Faculté de médecine et de maïeutique Lyon sud 2016. disponible sur https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=88d52b6c-2483-40db-a912-74332b63a6c7%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9ZnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=bul.453208&db=cat06264a

30. Légifrance. Avis relatif à l'application du décret n° 91-1292 du 20 décembre 1991 relatif à la prévention des risques résultant de l'usage des articles de puériculture. Disponible https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035840916&categorieLien=id

31. Brandi L. Joyner, BS,Carmen Gill-Bailey, BA and Rachel Y. Moon, MD.Infant sleep environments depicted in magazines targeted to women of childbearing age. PEDIATRICS Volume 124, Number 3, September 2009 e417. Disponible sur : https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/124/3/e416.full.pdf

32. HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement Actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_argumentaire_syndrome_bebe_secoue.pdf

33. SOFMER. Syndrome du Bébé secoué Synthèse bibliographique Septembre 2011. Disponible sur: http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2016/09/HAS.-bb_secoue_audition_publique_synthese_bibliographique_sofmer.pdf

34. Hermange M-T. Périnatalité et parentalité. Bull Académie Natl Médecine nov 2006 ;190(8) :1761-73. Disponible sur: https://www.reforme-enfance.fr/documents/rapphermange.pdf

35. Hamelin S. La prise en charge de la parentalité durant les séances de prépration: le cas des sages-femmes d'Auvergne. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-Femme].Ecole de Sages-Femmes Clermont-Ferrand 2012. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767824

36. Ahldén I, Göransson A , Josefsson A, Alehagen S. Parenthood Education in Swedish Antenatal Care: Perceptions of Midwives and Obstetricians in Charge. J Perinat Educ. 2008 Spring; 17(2): 21–27. Disponible sur https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409158/

37. HAS. Accueil du nouveau-né en salle de naissance 2018 disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance

38. Légifrance. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131

ANNEXES :

Annexe I : Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement libre et éclairé

Madame, monsieur,

Je suis étudiante sage-femme, actuellement en 5 année (Manon Menetrier) et je dois réaliser, dans le cadre de ma formation, un mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. L'étude, que je réalise, a pour but d'observer les pratiques professionnelles autour de la préparation à la naissance et à la parentalité.

C'est pourquoi je sollicite, votre collaboration en tant que professionnel(le) dans ce domaine ainsi que votre autorisation à assister à une séance de PNP.

Par avance merci de votre aide.

Manon Menetrier

Je soussigné(e) : (Nom, prénom de la sage-femme) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Autorise madame Manon Menetrier, étudiante sage-femme, à assister à un cours de PNP afin de lui permettre de collecter des informations nécessaires pour l'élaboration de son mémoire de fin d'étude.

Aucune donnée patiente ne sera collectée, les informations recueillies seront strictement anonymes et les données n'auront qu'un usage statistique.

Date : Signature :

Annexe II : Grille de recueil

Date		
Sage-femme remplaçante	choix	
Année de diplôme de la SF		
Prévention standard pour la MIN	Oui : 1; Non : 0	Commentaire
La mort inattendue du nourrisson est-elle abordée ?	Choix	
Matelas ferme	Choix	
Matelas adapté à la taille du lit	Choix	
Éviter les oreillers	Choix	
Éviter les duvets	Choix	
Éviter les édredons	Choix	
Préférer les surpyjamas/ turbulettes	Choix	
Préconiser, pour dormir, la position dorsale au cours des 6 premiers mois	Choix	
Éviter les positions latérales	Choix	
Température de la pièce à 19°C	Choix	
Éviter le tabagisme	Choix	
Est-ce que la SFL aborde d'autres éléments rentrant dans le thème de la mort inattendue du nourrisson ?	Choix	
Prévention standard du syndrome du bébé secoué	Oui : 1; Non : 0	Commentaire
Le syndrome du bébé secoué est-il abordé ?	Choix	
Respect de son rythme de sommeil	Choix	
Avertir les parents du danger de secouer	Choix	
Risque de séquelles neurologiques redoutables	Choix	
Mettre l'enfant en sécurité dans son lit	Choix	
Se faire aider	Choix	
En parler, demander conseil	Choix	
Est-ce que la SFL aborde d'autres éléments rentrant dans le thème du syndrome du bébé secoué ?	Choix	

Quel type de séance a été ciblé ?	Choix	
Nombre de personnes présentes	Choix	
Nombre de futurs papas présents		
Quel autre moyen que l'oral est utilisé pour l'information de la prévention ?	Choix	
Selon vous pourquoi le sujet du bébé secoué n'est pas abordé lors de la séance ?		Commentaire
Manque de temps	Choix	
Manque de moyens	Choix	
Manque de connaissance	Choix	
Pas une priorité	Choix	

Parents déjà informés	Choix	
Pas dans ses fonctions	Choix	
En parle en post-partum	Choix	
Ne semble pas nécessaire d'en parler	Choix	
N'ose pas	Choix	
Sujet tabou	Choix	
Ne sait pas qu'il s'agit d'une recommandation de l'HAS	Choix	
La maternité propose des séances de puériculture où les thèmes sont abordés	Choix	
Abordés dans une autre séance	Choix	
Selon vous pourquoi le sujet de la mort inattendue n'est pas abordé lors de la séance ?		Commentaire
Manque de temps	Choix	
Manque de moyens	Choix	
Manque de connaissance	Choix	
Pas une priorité	Choix	
Parents déjà informés	Choix	
Pas dans ses fonctions	Choix	
En parle en post-partum	Choix	
Ne semble pas nécessaire d'en parler	Choix	
N'ose pas	Choix	
Sujet tabou	Choix	
Ne sait pas qu'il s'agit d'une recommandation de l'HAS	Choix	
La maternité propose des séances de puériculture ou les thèmes sont abordés	Choix	
Abordés dans une autre séance	Choix	
Sources d'informations sur le syndrome du bébé secoué ?		Commentaire
Campagne d'information	Choix	
Formation initiale	Choix	
Revue professionnelle	Choix	
Exercice professionnel	Choix	
Sources d'informations sur la mort inattendue du nourrisson ?		Commentaire
Campagne d'information	Choix	
Formation initiale	Choix	
Revue professionnelle	Choix	
Exercice professionnel	Choix	
Comment pourrait-on améliorer la prévention pour ces deux thèmes ?		

Annexe III : Recommandation de la HAS sur le PNP

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

4. Faire face, décider (suite)	
Comprendre les comportements habituels de l'enfant Faire face aux pleurs de l'enfant	*Protéger le sommeil de l'enfant dès la naissance* est essentiel pour préserver sa santé : - environnement calme - respect de son rythme de sommeil • Pendant les premières semaines de vie, les phases de sommeil s'intègrent dans des cycles courts (3-4 heures). Ce n'est que progressivement que les périodes de sommeil nocturne vont s'allonger avec environ 8 heures de sommeil nocturne vers 3 mois, 10 heures vers 6 mois. • Avertir les parents *du danger de secouer un enfant* parce qu'il pleure beaucoup, pour le calmer, sous l'emprise de l'énervement (risque de séquelles neurologiques redoutables) Manières de faire face à une agitation de l'enfant : - mettre l'enfant en sécurité dans son lit - se faire aider - en parler, demander conseil • La survenue de *cris excessifs* – « coliques du nourrisson » – est fréquente (notamment en fin d'après-midi et le soir) Ils sont calmés par l'alimentation et sont isolés (absence de troubles digestifs objectifs et prise pondérale correcte). Ils régressent spontanément vers 3 mois. La consultation médicale s'assurera de l'adaptation du régime alimentaire, de la normalité de l'examen clinique, et rassurera les parents.
Comprendre la prévention des risques pour l'enfant	*La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite* : • choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit • éviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les surpyjamas ou les turbulettes • préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée • limiter la température de la pièce à 19 °C • éviter le tabagisme autour de l'enfant. *Les circonstances d'accidents le plus fréquemment observées avant l'âge de la marche : le change (chute de la table à langer), le bain et le transport en voiture (siège auto homologué et installation correcte*).

Annexe IV : plaquette nationale de la MIN

Protégez-moi de l'aplatissement de ma tête

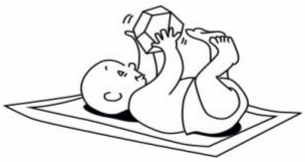
Dormir sur le dos ne favorise pas l'aplatissement de ma tête à condition que je sois libre de tous mes mouvements.

Pour faciliter mes mouvements

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

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

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



Protégez ma santé en respectant mon environnement

Favorisez l'allaitement maternel

Ne fumez pas en ma présence

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

Protégez-moi des infections

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

Contactez mon médecin si :

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

SAMU 15
ou 112 par téléphone portable

Illustrations : P. Delestre - Mise en page : Direction de la Communication - CHRU de Montpellier - G. Faugier - 07/15

Protégez-moi !

Les règles d'or de ma première année

web

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
ANCReMIN
Naître et Vivre
Groupe des Rédacteurs
www.chu-montpellier.fr / Naître et Vivre : 01 47 23 05 08 - www.naitre-et-vivre.org

Protégez-moi
tout au long de ma journée

Ne me laissez jamais seul

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

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

Soyez attentif

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

Ne me secouez pas

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

Protégez-moi
lors de mes déplacements

Pour mes promenades

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

Pour le transport en voiture

Je dois être attaché :

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

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

www.securite-routiere.gouv.fr

En écharpe ou porte bébé

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

- Je suis en position verticale, la tête soutenue.

Protégez mon sommeil
en prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson

Dès la naissance, je dors uniquement sur le dos tant que je ne me retourne pas tout seul

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

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

Je dors dans mon lit de bébé, rigide à barreaux

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

Je dors seul dans mon lit

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

L'hiver, je dors dans une pièce entre 18 et 20°c. Quand il fait chaud, on me découvre.

Annexe V :

Vous avez fait de votre mieux, il pleure toujours…

Les pleurs persistants peuvent être inquiétants, irritants et même insupportables.

1. Que faire pour bébé ?

- Passez le relais, confiez bébé.
- Si vous êtes seul, dans l'immédiat : couchez le bébé **sur le dos, dans son lit** et quittez la pièce. **Votre bébé peut continuer à pleurer, il est en sécurité. Vous avez fait ce qu'il faut pour lui, même si vous n'arrivez pas toujours à calmer votre enfant.**

2. Et pour vous ?

Pour se changer les idées, diminuer la tension !

- Changer de pièce.
- Respirer calmement.
- Boire un verre d'eau.
- Appeler un proche, un ami.
- …

À chacun ses solutions !

Quelles sont les vôtres ?
Quelles personnes peuvent vous soutenir ?

- ……………………………………………………………
……………………………………………………………
- ……………………………………………………………
……………………………………………………………
- ……………………………………………………………
……………………………………………………………

Vous pouvez trouver du soutien auprès :

- De vos **proches, personnes de confiance** (famille, amis, voisins).
- Des **professionnels de santé** : puéricultrices de PMI, sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes.
- **Urgences pédiatriques ou le 116-117 ou le 15**
  > les week-ends, les nuits ou les jours fériés.
- **Allo parents bébé N° 0800 00 3456**
  > du lundi au vendredi de 10h à 21h.
- Des associations, structures (lieux d'accueil enfants parents) existent. Les professionnels de santé, la PMI, la CAF peuvent vous orienter :

Si vous êtes amenés à faire garder votre bébé, parlez des pleurs avec les personnes à qui vous le confierez (en leur montrant cette plaquette par exemple).

Ce document est le fruit d'un travail collaboratif pluriprofessionnel associant des professionnels des maternités et services de néonatalogie de la région, les PMI, CAF et l'ARS.

Qu'est ce que le Réseau Sécurité Naissance "Naître Ensemble" des Pays de la Loire ?

Les 23 maternités des Pays de la Loire, avec les 13 services de néonatologie et tous les professionnels de la périnatalité, sont organisées pour proposer aux mères et aux couples la sécurité optimale dans le respect des choix des lieux d'accouchement et des projets de naissance.

Coordination :
Réseau Sécurité Naissance - 3 rue Marguerite Thibert - 44200 Nantes
Tél : 02 40 48 55 81 - E-mail : coordination@reseau-naissance.fr
www.parents.reseau-naissance.fr

20180226 • Conception et réalisation : Kromi • www.kromi.fr • Crédits photos : Fotolia

réseau sécurité naissance — NAÎTRE ENSEMBLE

ars — Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Accompagner les pleurs du bébé en bonne santé

> Cette plaquette aborde les pleurs du bébé et les émotions qu'ils entraînent chez l'adulte. Elle a pour but de vous aider à savoir comment réagir.

Le Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

réseau sécurité naissance — NAÎTRE ENSEMBLE

Tous les bébés pleurent c'est normal.

Un bébé en bonne santé peut pleurer plusieurs heures par jour (souvent en fin de journée), pendant les 1ers mois de vie avec un pic autour de 2 mois.

Courbes des pleurs

Pourquoi bébé pleure ?

Les pleurs sont un moyen d'expression. Un bébé peut pleurer sans raison identifiable et de façon prolongée. **Ce ne sont pas des caprices.**

Comment apaiser bébé ?

Observez-le pour apprendre à répondre à ses besoins, vous pouvez lui parler calmement ou chanter, le bercer doucement, lui proposer à boire, vérifier s'il n'a pas chaud ou froid, lui changer sa couche, l'emmener dans un endroit calme, le promener, le porter, lui masser le ventre ou le dos, lui proposer le sein ou une tétine…

Rien ne sert de tout faire en même temps, une action à la fois.

Même si vous avez "tout bien fait" votre bébé pourra continuer à pleurer.

Parfois, vous vous sentez énervés, fatigués, incompétents, stressés, impatients, voire déprimés. **Vous avez besoin de repos, n'hésitez pas à demander de l'aide.**

Ne restez pas seuls parlez en !

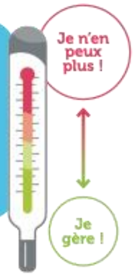
Thermomètre des émotions

La colère est une émotion normale, tous les parents la ressentent face à un événement hors de contrôle. En cas de pleurs inconsolables, savoir **gérer ses émotions** est primordial. Prendre du recul et évaluer **son niveau de colère** est un bon exercice.

À quel moment je dois m'éloigner de mon bébé ?

À quel moment je peux revenir auprès de lui ?

Où est-ce que je me situe ?

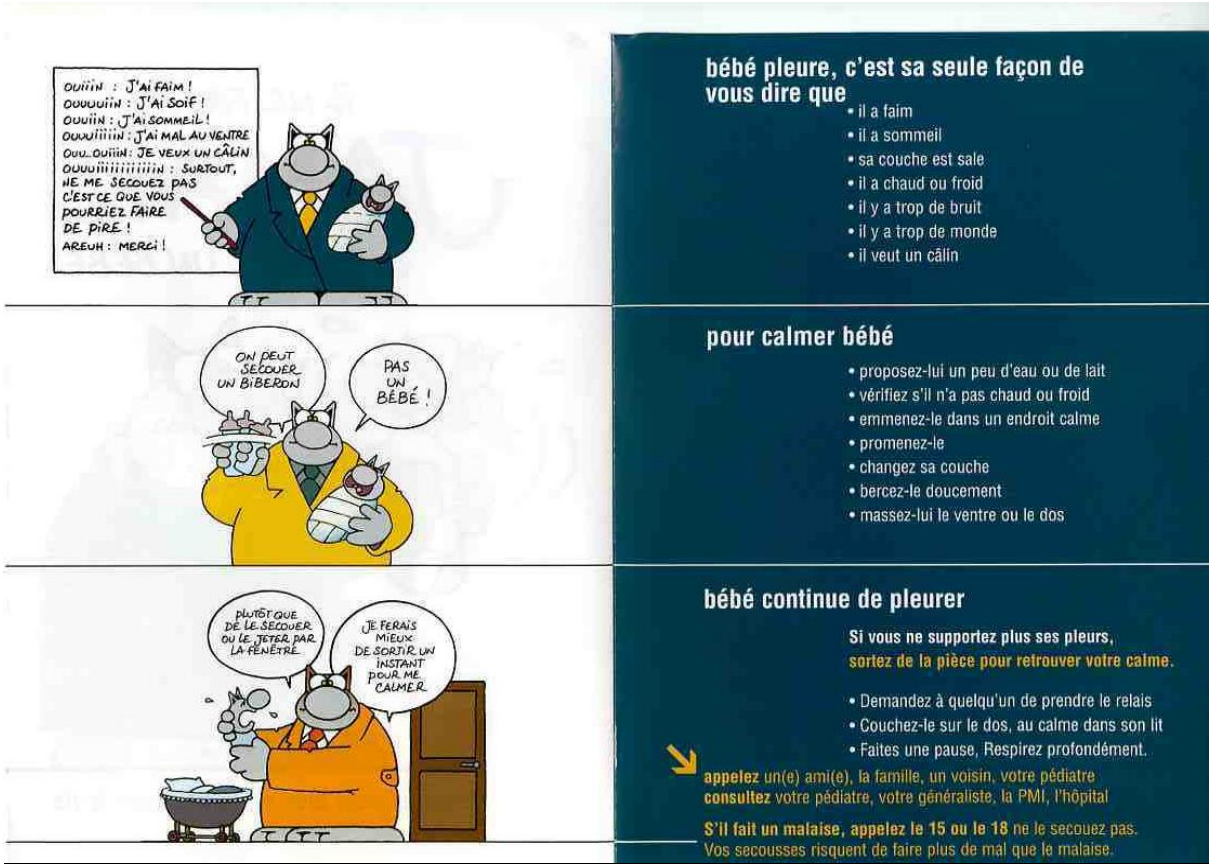


Exprimer notre colère par des cris ou des gestes est dangereux pour le bébé.

Garder le contrôle, c'est vital !

Secouer est dangereux, secouer peut tuer ou handicaper à vie. Une seule fois peut suffire.

Annexe VI : Prévention du SBS



RESUME

Objectifs : En premier, évaluer le respect de la réalisation de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Puis calculer le taux de conformité des pratiques professionnelles pour la réalisation de ces deux préventions, évaluer s'il y a une différence de pratique entre la prévention de la mort inattendue du nourrisson versus la prévention du bébé secoué et déterminer les raisons pour lesquelles ces bonnes pratiques ne seraient pas, ou mal, abordées.

Méthode : Étude transversale d'évaluation des pratiques professionnelles. Étude réalisée par observation de sages-femmes libérales pendant une séance préparation à la naissance et à la parentalité de l'agglomération de Voiron et de Grenoble, en Isère.

Résultats : Une observance globale de 83,3% concernant la prévention de la mort inattendue du nourrisson et de 50% pour la réalisation de la prévention du bébé secoué.il existe une différence statistiquement significative entre la réalisation de la prévention de la mort inattendue versus le bébé secoué.

Conclusion : Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la littérature pour la prévention du bébé secoué, cela constitue le principal axe d'amélioration. En revanche les résultats pour la prévention de la mort inattendue sont meilleurs que ceux de la littérature. Les résultats ont été transmis aux sages-femmes libérales.

Mots clés :

Évaluation des pratiques professionnelles – Mort inattendue du nourrisson – Syndrome du bébé secoué – Préparation à la naissance et à la parentalité – Sages-Femmes libérales.

ABSTRACT

Objectives: First, assess compliance with the good practices on the prevention of sudden unexpected death in infant and shaken baby syndrome during birth preparation and parenting sessions. Then calculate the compliance rate of professional practices for the realization of these twice preventions, evaluate if there is a practice difference between unexpected death prevention versus the prevention of the shaken baby and identify the reasons why these good practices would not be discussed.

Material and Methods: Cross-sectional study for professional practices assessment. Study carried out by observing liberal midwives during a session of birth and parenthood preparation in perimeter of Voiron and Grenoble, in ISERE.

Results: An overall compliance of 83.3% regarding the prevention of unexpected baby death and 50% for the achievement of the prevention of the shaken baby. There is a significant statistic difference between the prevention of unexpected death versus the shaken baby.

Conclusion: The results obtained are like to those of the literature for the prevention of the shaken baby, this is the main area of improvement. On the other hand, the results for the prevention of the unexpected death are superior to those in the literature. Results were shared with liberal midwives.

Keywords: Assessment of professional practices – Sudden unexpected death in infant – Shaken baby syndrome – Birth and parenthood preparation – Liberal midwives