

**Enquête de pratique auprès des sages-femmes de Nantes et
son agglomération sur la prévention et l'information délivrée
concernant la Mort Inattendue du Nourrisson**

Mémoire présenté et soutenu par

Laurence Sicot

Née le 20 janvier 1992

Directeur de mémoire : Dr Karine Levieux

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire.

Au Docteur Karine Levieux, pour son intérêt porté à ce travail, son implication et ses précieux conseils.

A Madame Catherine Ferrand, enseignante sage-femme à l'école de Nantes, pour sa disponibilité, son soutien et ses corrections apportées.

A Sophie de Visme, référente biocollection de l'équipe de coordination de l'OMIN de Nantes, pour son aide et sa réactivité.

A Chloé Adjaoud, sage-femme coordinatrice de l'OMIN de Nantes, pour son aide et sa disponibilité.

A mes parents, pour leurs encouragements et leur soutien tout le long de ces 5 années d'études.

À ma colocataire et amie, pour son aide précieuse et sa présence.

À tous les étudiants de ma promotion, pour ces cinq années formidables.

GLOSSAIRE

AAP : American Academy of Pediatrics

ANCRéMIN : Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue des Nourrissons

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRMIN : Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

GNEDS : Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile

SDC : Suite De Couche

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. MATERIEL ET METHODE	2
2.1 Nature de l'étude.....	2
2.2 Population de l'étude.....	2
2.2.1 Critères d'inclusion	2
2.2.2 Critères d'exclusion	3
2.3 Déroulement de l'étude.....	3
2.3.1 Distribution des questionnaires.....	3
2.3.2 Recueil des données.....	4
2.4 Caractéristiques des variables étudiées	4
2.5 Objectif principal.....	5
2.6 Objectifs secondaires.....	5
2.7 Analyse statistique.....	6
2.8 Aspect éthique et juridique	6
III. RESULTATS	7
3.1 Répartition des effectifs	7
3.2 Données démographiques et épidémiologiques de la population étudiée	8
3.2.1 Modalités d'exercice	8
3.2.2 Autres caractéristiques de la population de l'étude	9
3.3 Délivrance de l'information	11
3.3.1 Evaluation des connaissances des parents par les sages-femmes	11
3.3.2 Les pratiques des sages-femmes	13
3.3.3 Problèmes rencontrés à l'information	18
3.4 Prévention.....	22
IV. DISCUSSION	27
V. CONCLUSION	36
VI. BIBLIOGRAPHIE	37
VII. ANNEXES.....	41

I. INTRODUCTION

Le concept de Mort Subite du Nourrisson (MSN) a été décrit pour la première fois en 1969 [1]. Depuis, afin de faciliter les études épidémiologiques, deux définitions sont distinguées : la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) définie par « le décès soudain d'un nourrisson alors que rien dans ses antécédents connus ne le laissait prévoir » et la Mort Subite du Nourrisson (MSN) définie par « le décès brutal d'un nourrisson non expliqué par l'histoire des faits ni par les investigations post mortem » [2]. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fixé à 2 ans la limite supérieure d'âge de la MIN [3].

Avec environ 400 MIN par an actuellement dénombrées dont 50 à 70% restent inexplicables, la France reste parmi les pays à plus fort taux de MIN en Europe [4]. Jusque dans les années 1990, « le syndrome de mort subite du nourrisson » a fait l'objet de nombreuses recherches, en particulier épidémiologiques qui ont abouti à la mise en évidence d'un facteur de risque majeur accessible à la prévention : le couchage en position ventrale [5-7] ; d'autre part, des facteurs de risque tels que le tabagisme maternel ante et post natal [8-10], l'utilisation de couettes et divers objets de literie [11-13], la température élevée de la pièce [14], le cobedding [15-19], ... ont été mis en exergue. De même, d'autres pistes étiologiques (génétiques, métaboliques, cardiaques, respiratoires) ont été proposées sans qu'aucune n'ait pu actuellement être établie comme univoque. Dans les pays développés comme en France, des campagnes de prévention, mises en place par les pouvoirs publics dans les années 92-94, ont permis de diminuer considérablement les taux de MIN [4] ; cependant, depuis les années 2000, ces chiffres stagnent et la MIN représentait encore 22% des décès entre 1 mois et 1 an en 2008 [11]. En l'absence d'étiologie actuellement parfaitement établie, des mesures de prévention restent un moyen essentiel pour limiter les risques de MIN [20] ; il semble cependant qu'un certain nombre de nourrissons soient encore exposés de par des mesures de prévention qui ne sont pas appliquées systématiquement [21].

La sage-femme apparaît comme un « acteur » central de la prévention de la MIN, d'autant plus avec la mise en place des sorties précoces, puisqu'elle côtoie à la fois les futurs parents au cours de la grossesse mais également les jeunes parents à la maternité au moment de la naissance et lors du suivi à domicile.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer si une information concernant la MIN était délivrée par les sages-femmes de Nantes et son agglomération, quel que soit leur mode d'activité, aux femmes enceintes et aux parents d'enfants de moins de 2 ans. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les modalités d'information, d'en définir les obstacles et d'apprécier le niveau des connaissances des facteurs de risque et protecteurs de la MIN par ces sages-femmes afin, si nécessaire, d'optimiser les modalités d'information aux familles.

II. MATERIEL ET METHODE

2.1 Nature de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, analytique, prospective et multicentrique.

2.2 Population de l'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Ont été incluses :

- Toutes les sages-femmes libérales en activité de Nantes et son agglomération du 17 juin 2015 au 11 octobre 2015. L'agglomération nantaise constitue une communauté urbaine créée en 2000 regroupant 24 communes :



Source : nantesmétropole.fr

- Toutes les sages-femmes exerçant dans les services de Suite De Couche (SDC) et de consultation de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes sur cette même période.

- Toutes les sages-femmes exerçant dans les services de SDC et de salle d'accouchement des cliniques Jules Verne, du 23 septembre au 11 octobre 2015 et Bretéché, du 19 juin au 11 octobre 2015.

2.2.2 Critères d'exclusion

Ont été exclues les sages-femmes exerçant dans les services de grossesses à haut risque et de suivi intensif de grossesses car elles n'interviennent pas sur le sujet. Concernant les sages-femmes exerçant en salle d'accouchement, elles n'abordent pas la MIN avec les parents, nous avons donc choisi de les exclure de l'étude, excepté dans les cliniques car les roulements des sages-femmes entre ce service et celui de SDC est court, contrairement à celui du CHU qui est de 6 mois. Etant interrogées par un interne de médecine générale au cours d'un travail similaire réalisé concomitamment, les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) n'ont pas été incluses.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Distribution des questionnaires

- Pour les sages-femmes libérales : le questionnaire (Annexes 1, 3, 5 et 6), une lettre d'information (Annexe 7) et une enveloppe retour affranchie et libellée ont été envoyés par courrier postal le 28 juin 2015. Une lettre de relance leur a été adressée le 18 août 2015 (Annexe 8). En l'absence de réponse, un appel téléphonique était réalisé le 22 septembre 2015 ; les sages-femmes dont les coordonnées mails étaient connues étaient recontactées par mail avec possibilité de répondre au questionnaire par le biais d'un document internet de façon anonyme. Enfin, n'ayant pas réussi à obtenir toutes les adresses mail souhaitées par absence de réponse téléphonique, nous avons obtenu l'aide du réseau sécurité naissance qui a transmis ce questionnaire en ligne à toutes les sages-femmes de Nantes et son agglomération le 29 septembre 2015.

- Pour les sages-femmes salariées du CHU : le questionnaire (Annexes 2, 4, 5 et 6) a été distribué en main propre à toutes les sages-femmes de SDC et de consultation sur la période du 17 juin au 11 octobre 2015. Une lettre d'information (Annexe 9) était affichée dans les salles de soins de ces deux services.

- Pour des sages-femmes salariées de la clinique Bretéché : ce même questionnaire et la lettre d'information ont été déposés dans les salles de soins : 15 dans la salle de soin de SDC et 15

dans la salle de soin de salle d'accouchement sur une période de recrutement du 19 juin au 11 octobre 2015.

- Pour les sages-femmes salariées de la clinique Jules Verne : de la même façon le questionnaire était mis à disposition dans les salles de soins : 10 dans chacun des deux services de SDC et 20 en salle d'accouchement avec la lettre d'information. La période de recrutement était du 23 septembre au 11 octobre 2015.

Il a été précisé aux sages-femmes de salle d'accouchement de répondre au questionnaire en fonction de leur exercice en SDC par l'intermédiaire d'une note avec la lettre d'information.

2.3.2 Recueil des données

- Les sages-femmes libérales ayant participé à l'étude ont renvoyé le questionnaire par voie postale à l'aide de l'enveloppe affranchie et libellée à l'adresse du secrétariat de l'école de sages-femmes de Nantes. Certaines ont répondu au questionnaire sur internet grâce au document créé dans Google Drive.

- Les sages-femmes salariées des 3 structures hospitalières ont pu déposer les questionnaires remplis dans des enveloppes prévues à cet effet dans les salles de soins. Les questionnaires ont été récupérés régulièrement pendant la période de recrutement.

2.4 Caractéristiques des variables étudiées

La première partie concernait les données démographiques de la sage-femme : sexe, âge, parentalité, lieu et modalités d'exercice, cursus et confrontation à la MIN au cours de la carrière. Une variable relative au type de cabinet était spécifique au questionnaire des sages-femmes libérales et une variable relative au type d'établissement était spécifique au questionnaire des sages-femmes salariées (Annexes 1 et 2).

La seconde partie concernait les modalités de la délivrance ou non des informations concernant la MIN aux parents : évaluation des connaissances des parents et pratique des sages-femmes (fréquence, moment, contenu et support de la prévention). La variable relative au moment de délivrance de l'information était adaptée au type d'activité des sages-femmes : libérale, salariée en SDC ou salariée en consultation (Annexes 3 et 4).

La troisième partie concernait l'évaluation subjective des obstacles rencontrés par les professionnels pour délivrer une information adéquate aux parents à propos de la MIN: répétition de l'information, aisance à aborder le sujet, qualité de la formation sur la MIN, rencontre de problèmes à l'information (« à priori » des parents, manque de supports, de temps, de formation, messages contradictoires) et position par rapport aux autres professionnels de la grossesse et de la petite enfance (Annexe 5).

La quatrième partie était relative aux pistes d'amélioration de la prévention de la MIN : supports souhaités voir mis en place dans le cadre d'une campagne de prévention et souhait de rendre obligatoire l'information sur la MIN (Annexe 6).

La cinquième partie évaluait les connaissances des facteurs de risque ou protecteurs de la MIN par les professionnels : position de sommeil sur le ventre, position de sommeil sur le côté, allaitement maternel, faible niveau socio-économique,... (Annexe 6).

2.5 Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le nombre de sages-femmes abordant la problématique de la MIN chez les femmes enceintes et/ou les parents d'enfants de moins de 2 ans.

2.6 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

- Le moment où la MIN est abordée lors du suivi médical.
- Les connaissances des facteurs de risque et protecteurs de la MIN.
- Les difficultés et obstacles rencontrés pour évoquer la MIN auprès des familles.

De plus, nous souhaitons proposer des pistes d'amélioration pour optimiser l'information aux familles.

2.7 Analyse statistique

Nous avons utilisé une analyse statistique descriptive et comparé les deux populations de sages-femmes : libérales et salariées.

Le logiciel utilisé pour enregistrer et analyser les données était Voozanoo.

Etant donné la petite taille de l'échantillon, les tests non paramétriques ont été utilisés: le test exact de Fischer pour comparer les pourcentages et le test de Wilcoxon – Mann Whitney pour comparer les médianes. Une p-value inférieure à 5% permettait de dire que la différence observée des réponses à une question entre les sages-femmes libérales et salariées n'était pas due au hasard.

2.8 Aspect éthique et juridique

Dans la mesure où cette étude ne modifie pas la prise en charge courante des MIN et qu'elle ne comporte pas de modalités de surveillance particulière, elle a été menée dans le cadre réglementaire de la Recherche Non Interventionnelle Observationnelle. Un accord du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) a été obtenu.

III. RESULTATS

3.1 Répartition des effectifs

Tableau I : Répartition des effectifs

	Questionnaires distribués n=157	Nombre de réponses n=96 (%)
SF libérales	68	52 (76%)
SF Suite de couche maternité du CHU	28	19 (67%)
SF consultation maternité du CHU	6	5 (83%)
SF Clinique Jules Verne	40	14 (35%)
SF Clinique Brétéché	15	6 (40%)
Total	157	96 (61%)

SF = Sages-Femmes

Le taux de réponse était de 61% (n=96/157).

3.2 Données démographiques et épidémiologiques de la population étudiée

3.2.1 Modalités d'exercice

La population était composée de 44 sages-femmes salariées (46%) et de 52 sages-femmes libérales (54%).

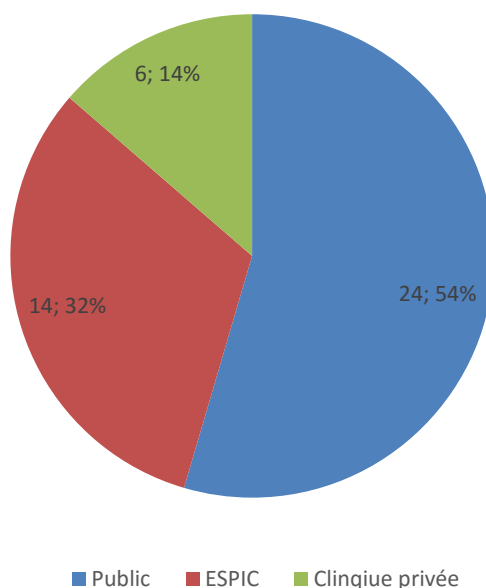


Figure 1 : Répartition des sages-femmes exerçant en tant que salariées

ESPIC = Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

Les sages-femmes du secteur privé travaillaient dans les services de SDC et de salle d'accouchement.

Parmi les sages-femmes libérales, 39 exerçaient avec des associés (75%) et 13 exerçaient seules (25%).

Le nombre de sages-femmes auquel le questionnaire a été distribué correspondait à l'effectif total des sages-femmes des services, sauf pour le service de SDC du CHU où il est plus élevé (28 pour 25) du fait de la présence de remplaçantes pendant la période de recrutement.

3.2.2 Autres caractéristiques de la population de l'étude

Tableau II : Données épidémiologiques et démographiques de la population (n=96)

		Salariées	Libérales	TOTAL	p.value
Age n(%)					
	20-30 ans	15 (34)	6 (12)	21 (22)	
	31-40 ans	22 (50)	18 (35)	40 (42)	<0,001
	>41 ans	6 (14)	28 (54)	34 (35)	
Nombre d'années d'exercice n (%)					
	1-9 ans	19 (43)	14 (27)	33 (34)	
	10-19 ans	20 (45)	18 (35)	38 (40)	0.0098
	>20 ans	5 (11)	20 (38)	25 (26)	
Faites-vous des suivis de grossesse n(%)					
	Non	39 (89)	8 (15)	47 (49)	
	Oui	5 (11)	44 (85)	49 (51)	<0,001
Nombre moyen de suivi de grossesse par semaine n(%)					
	5	2 (5)	36 (69)	38 (40)	
	10	1 (2)	6 (12)	7 (7)	
	> 15	1 (2)	0 (0)	1 (1)	<0,001
	sans objet (pas de suivi de grossesse)	39 (89)	8 (15)	47 (49)	
	Non répondu	1 (2)	2 (4)	3 (3)	
Combien d'enfants de moins de 2 ans voyez-vous par jour en moyenne n(%)					
	0	2 (5)	2 (4)	4 (4)	
	1 à 5	4 (9)	32 (61)	36 (38)	<0,001
	> 5	38 (86)	18 (35)	56 (58)	
Avez-vous déjà été confronté à une situation de MSN n(%)					
	Non	37 (84)	35 (67)	72 (75)	
	Oui	7 (16)	17 (33)	24 (25)	0,0642

La moyenne d'âge était de 33,9 ans +/- 7,3 pour les sages-femmes salariées, 41,9 ans +/- 9,5 pour les sages-femmes libérales ($p < 0.001$) ; 38,3 ans +/- 9,4 pour l'ensemble des sages-femmes. Cela explique l'expérience d'exercice plus importante chez les sages-femmes libérales avec une moyenne de 16,3 ans +/- 9,8 versus 10,2 ans d'exercice +/- 6,9 pour les sages-femmes salariées ($p = 0.0015$).

Les sages-femmes libérales faisaient plus de suivi de grossesse que les sages-femmes salariées ; concernant les sages-femmes salariées, seules celles travaillant en consultation faisaient des suivis de grossesse, c'est-à-dire 5 sages-femmes, le reste travaillant en SDC ou en salle d'accouchement. Concernant les sages-femmes libérales, 85% faisaient des suivis de grossesse, mais on peut noter que la majorité des sages-femmes exerçant dans le secteur

libéral pratiquaient des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) et voyaient donc les futures mères en anténatal.

Les sages-femmes qui travaillaient dans les services de SDC voyaient pour la plupart (86%) plus de 5 nouveau-nés par jour, et celles qui travaillaient uniquement en consultation n'en voyaient pas. Il existait de légères variations entre la maternité du CHU ou la clinique Jules Verne où le nombre de lits est plus important et la clinique Bretéché qui compte moins de lits. Seulement 4% des sages-femmes libérales ne voyaient aucun enfant de moins de 2 ans et 35% en voyaient plus de 5 par jour.

25% des sages-femmes ont déjà été confrontées à une situation de MIN au cours de leur carrière. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations.

100% des sages-femmes étaient des femmes.

77% des sages-femmes avaient des enfants, sans différence significative entre les salariées et les libérales ($p=0.0869$).

100% des sages-femmes salariées et 44% des sages-femmes libérales exerçaient à Nantes.

70% des sages-femmes avaient reçu une formation spécifique à la pédiatrie au cours de leur cursus. Cette question concernait la formation continue, dans le cadre du Développement Professionnel Continu par exemple, en effet la formation initiale de la profession de sage-femme comprend un module de pédiatrie. Aucune n'évoquait de formation concernant la MIN ; seules 3 sages-femmes (4,5%) ont déclaré avoir bénéficié d'un cours sur la MIN, mais ont précisé pendant leurs études. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations ($p=0.3748$).

3.3 Délivrance de l'information

3.3.1 *Evaluation des connaissances des parents par les sages-femmes*

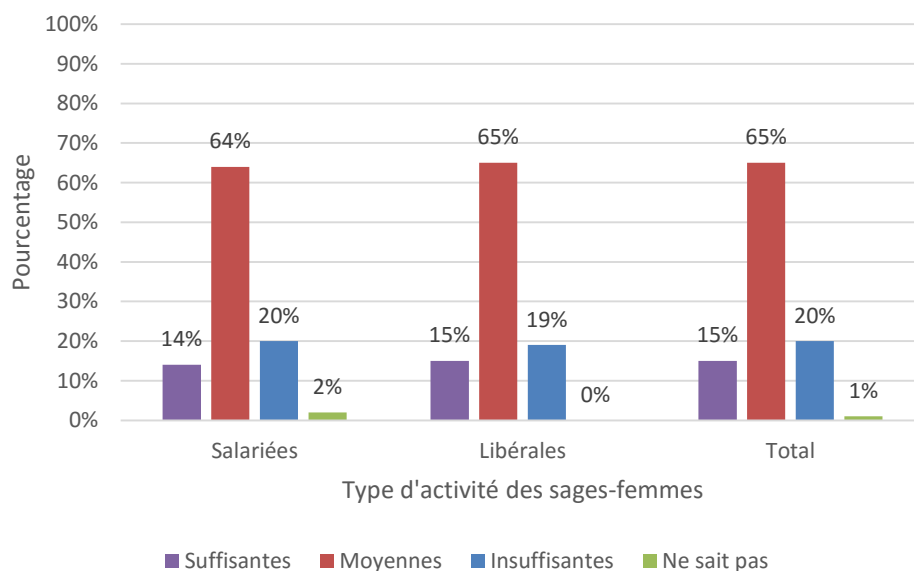


Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon leur évaluation des connaissances sur la MIN des futurs parents et/ou parents

La majorité des sages-femmes considéraient que les connaissances des futurs parents et/ou parents avec un enfant de moins de 2 ans sont moyennes : 65% (n=62). Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations de sages-femmes ($p=0.9063$).

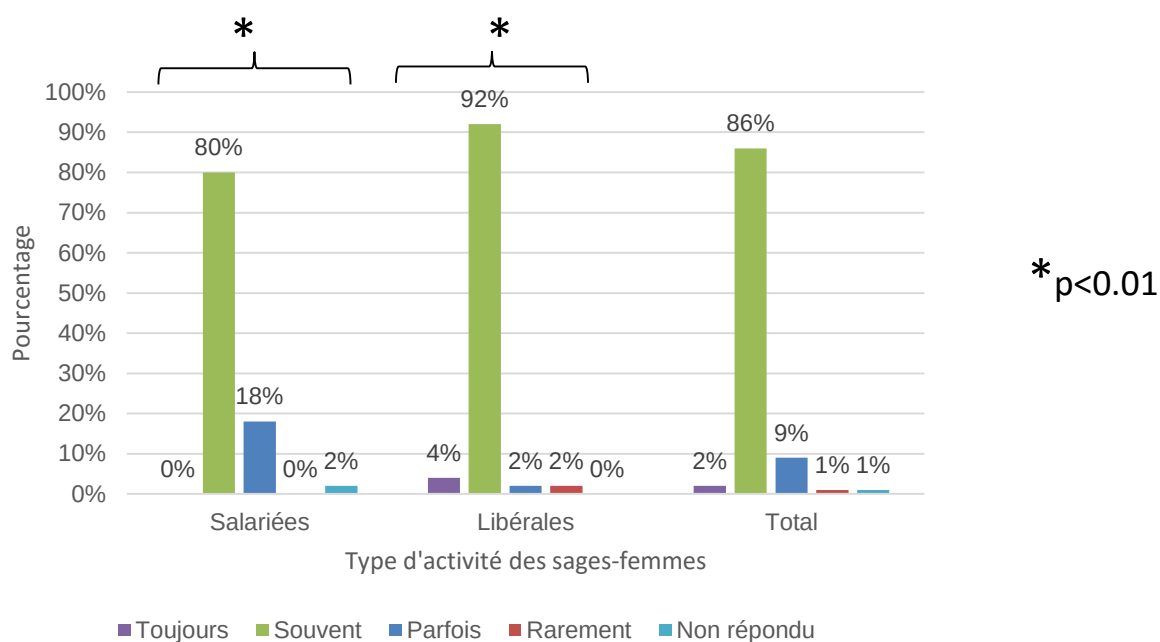


Figure 3 : Répartition des sages-femmes selon leur évaluation du suivi des recommandations concernant la MIN par les parents

86% (n=82) des sages-femmes pensaient que les parents suivent souvent les recommandations concernant la MIN. Il existait une différence significative entre les deux populations de sages-femmes.

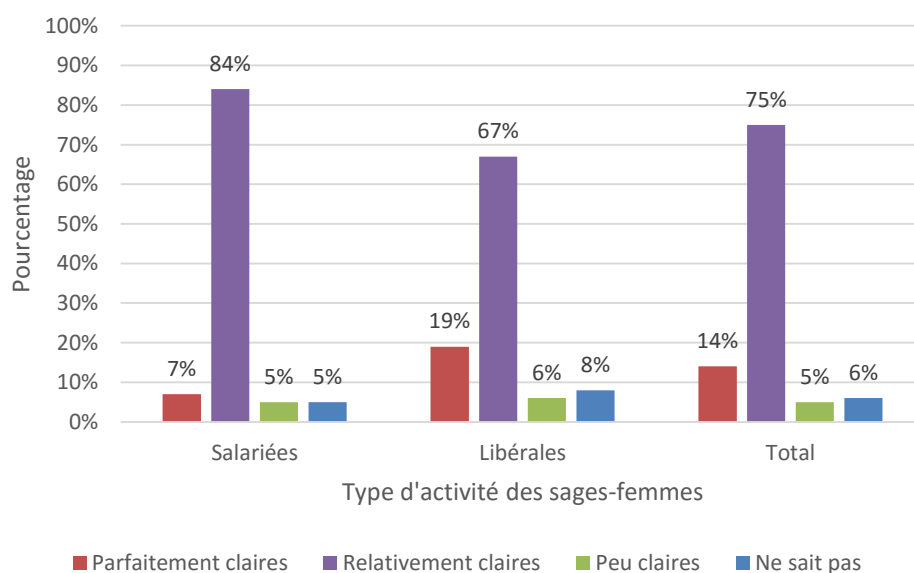


Figure 4 : Répartition des sages-femmes selon leur évaluation de la qualité des informations sur la MIN données aux parents par les professionnels

75% (n=72) des sages-femmes considéraient que les informations données aux parents par les professionnels de santé sur la MIN sont relativement claires. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations (p=0.264).

3.3.2 Les pratiques des sages-femmes

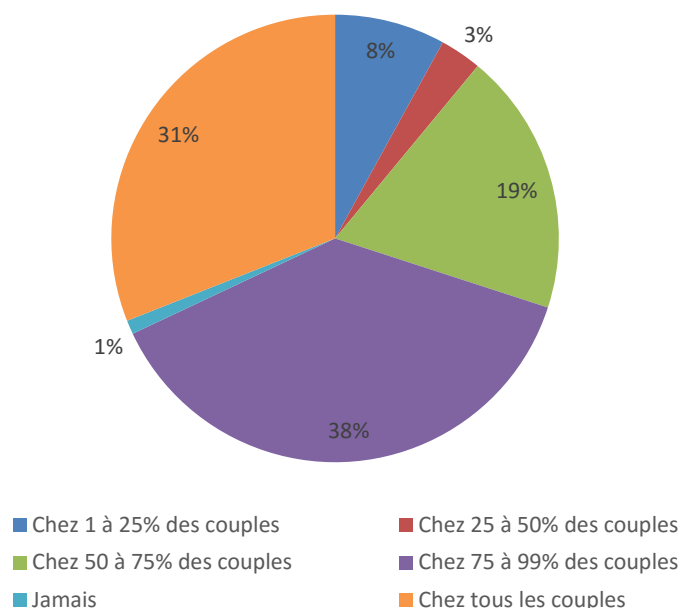


Figure 5 : Répartition des sages-femmes selon la fréquence à laquelle elles abordent les facteurs de risque et/ou protecteurs de MIN

Moins de la moitié des sages-femmes abordaient systématiquement les facteurs de risque et/ou protecteurs de MIN : 31% (n=30). Il n'existait pas de différence significative entre les salariées et les libérales (p=0.8521).

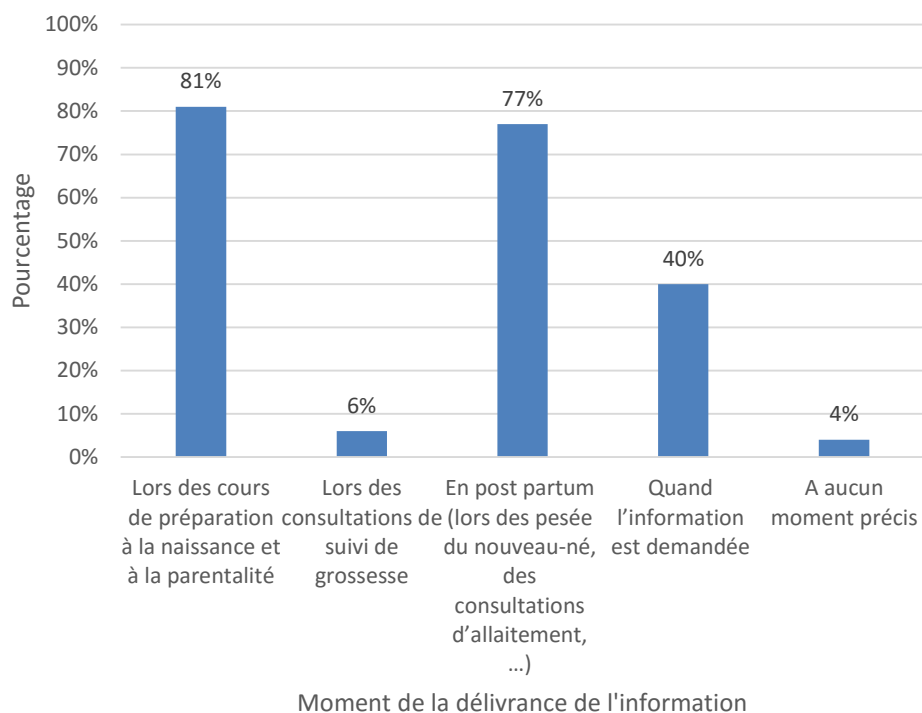


Figure 6 : Répartition des sages-femmes libérales selon le moment où elles donnent les informations sur la MIN

Aucune sage-femme n'a déclaré parler de la MIN lors de l'entretien du 4^{ème} mois.

La majorité des sages-femmes ont déclaré parler de la MIN lors des cours de PNP : 81% (n=42) et/ou en post-partum : 77% (n=40). Seulement 6% (n=3) en parlaient lors des consultations de suivi de grossesse.

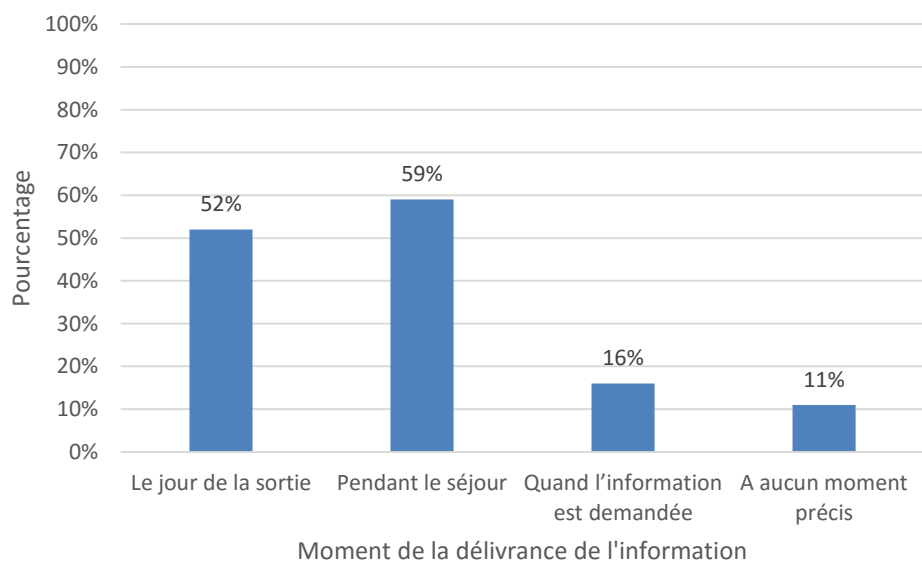


Figure 7 : Répartition des sages-femmes de suites de couche selon le moment où elles donnent les informations sur la MIN

En suite de couche, 52% (n=23) des sages-femmes déclaraient aborder la MIN avec les parents le jour de la sortie de la maternité et 59% (n=26) pendant de séjour des femmes.

Concernant les 6 sages-femmes exerçant dans le service de consultation, 3 délivraient l'information quand on leur demandait et 3 déclaraient la donner à aucun moment précis. Aucune sage-femme n'a déclaré parler de la MIN lors des suivis de grossesse ou lors de l'entretien du 4^{ème} mois.

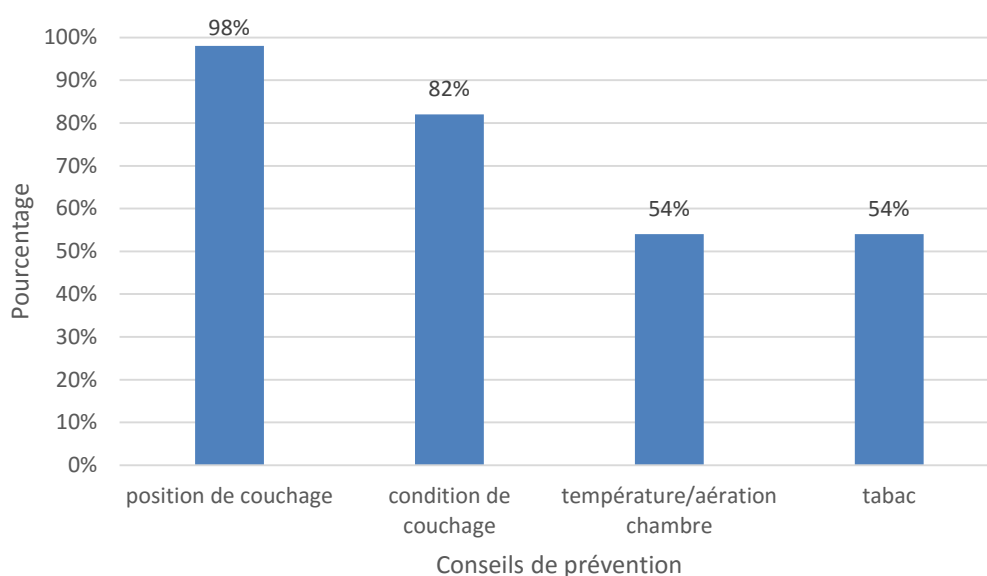


Figure 8 : Répartition des conseils de prévention délivrés aux parents les plus souvent cités par les sages-femmes.

Parmi les 3 conseils les plus fréquemment évoqués auprès des familles :

Le conseil le plus fréquemment évoqué concernait la position de couchage : 98% des sages-femmes (n=94) :

- 86% (n=81) précisait de conseiller coucher l'enfant sur le dos, et 2 sages-femmes conseillaient de l'associer à une position à plat.
- 13% (n=12) évoquaient la position de couchage sans plus de précision.
- Une sage-femme a déclaré conseiller de ne pas coucher l'enfant sur le ventre.

Le deuxième item le plus cité concernait les conditions de couchage : 82% des sages-femmes (n=79) :

- 73% (n=52) ont déclaré préciser aux parents de ne pas mettre d'objets dans le lit tels que des couvertures/couettes/oreillers/doudous/tour le lit.
- Une sage-femme disait préciser aux parents qu'il ne fallait pas d'animaux à proximité du bébé lors du sommeil.
- 22% (n=17) déclaraient conseiller l'utilisation d'une gigoteuse ou d'une turbulette.
- 13% (n=10) ont déclaré recommander l'utilisation d'un matelas ferme.

54% (n=52) des sages-femmes ont répondu insister sur la température de la chambre ainsi que la nécessité d'aération :

- 87% (n=45) ont déclaré évoquer la température de la pièce, dont 24% (n=11) ont déclaré préciser qu'elle devait être entre 18 et 20°C.
- 17% (n=9) des sages-femmes déclaraient conseiller d'aérer la chambre.

54% (n=52) des sages-femmes ont déclaré parler aux familles des risques du tabac :

- 71% (n=37) déclaraient proscrire le tabac mais ne donnaient pas plus de précision.
- 27% (n=14) ont déclaré insister sur le tabagisme passif.
- Une sage-femme a dit étendre l'interdiction à l'usage de drogues et de l'alcool.
- Une sage-femme a déclaré préciser aux parents de ne pas dormir dans la même pièce que leur enfant s'ils ont une consommation importante de tabac.

Le cobedding a été évoqué par 5 sages-femmes :

- Deux l'ont juste cité sans préciser si elles l'autorisaient ou non.
- Deux déclaraient l'autoriser mais avec précautions/règles.
- Une a déclaré l'interdire en raison des risques d'étouffement et de chute.

Trois sages-femmes ont déclaré conseiller aux parents de dégager le visage.

D'autres conseils ont été cités par quelques sages-femmes, comme la position après le repas, les précautions à prendre quant au portage en écharpe ou encore le danger de la prise de médicaments par les parents.

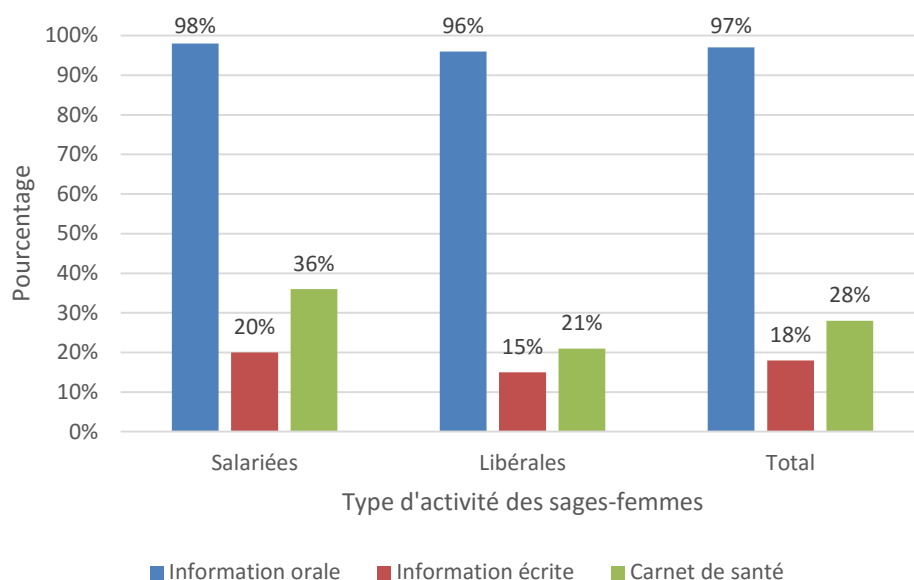
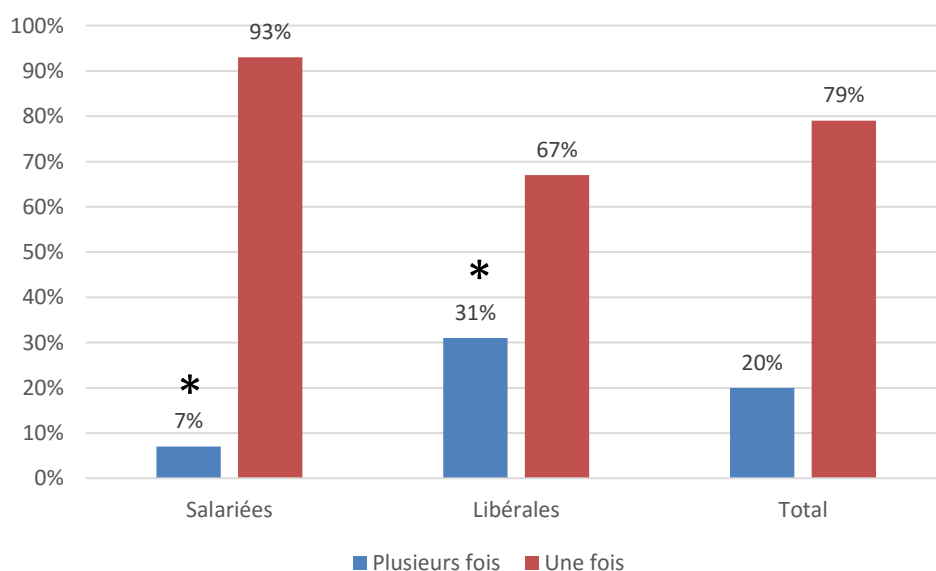


Figure 9 : Répartition des supports utilisés pour donner l'information aux parents

Le support utilisé par presque la totalité des sages-femmes (97%, n=93) était le support oral. Seulement 28% (n=27) des sages-femmes déclaraient utiliser le carnet de santé comme support lors de la délivrance de l'information et 18% (n=17) l'information écrite. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations (p=1 pour l'information orale, p=0.5962 pour l'information écrite, p=0.115 pour le carnet de santé).



* p<0.01

Figure 10 : Répartition des sages-femmes selon le nombre de fois où elles délivrent l'information sur la MIN

La majorité des sages-femmes (79%, n=76) ont déclaré délivrer seulement une fois l'information concernant la MIN. Il existait une différence significative entre les salariées et les

libérales: les libérales donnaient l'information à plusieurs reprises plus souvent que les salariées.

3.3.3 Problèmes rencontrés à l'information

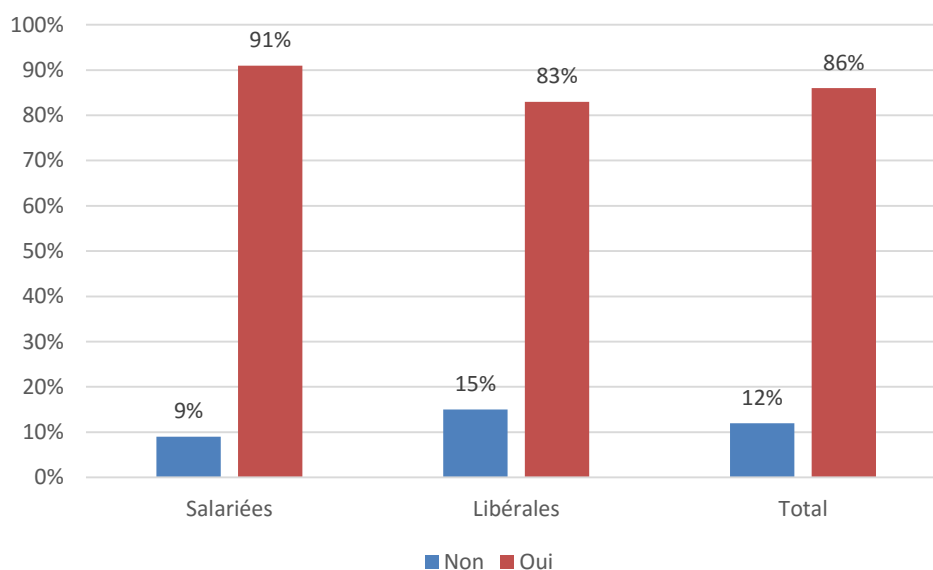


Figure 11 : Répartition des sages-femmes selon leur aisance à aborder le sujet de la MIN

12% (n=12) des sages-femmes ont déclaré ne pas se sentir à l'aise à aborder le sujet de la MIN. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations ($p=0.3727$).

Les différentes réponses à la question « pourquoi » lorsque il a été coché « non » étaient :

- Peur « d'inquiéter ou stresser les parents » : 7 sages-femmes.
- Méconnaissance des facteurs de risque pour les évoquer aux parents : 5 sages-femmes.

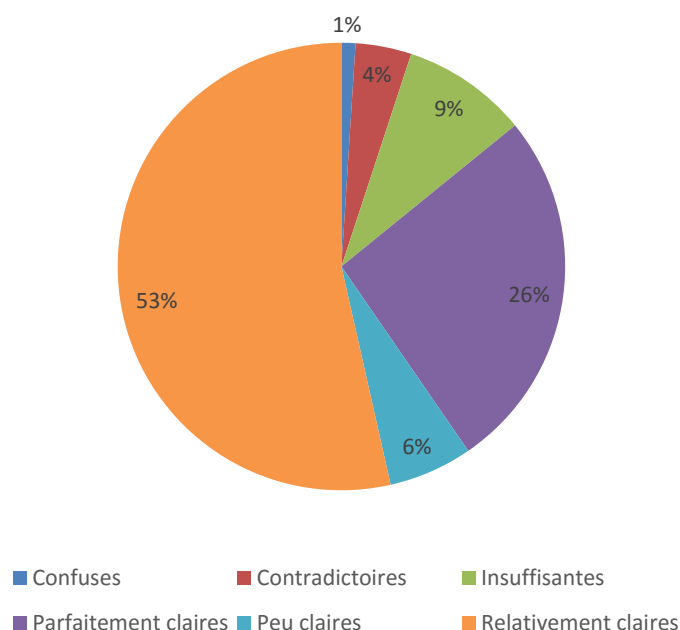


Figure 12 : Répartition des sages-femmes selon leur évaluation de la qualité des informations sur la MIN qu'elles reçoivent au cours de leur formation (initiale ou continue)

Seulement 26% (n=25) des sages-femmes ont déclaré recevoir des informations suffisamment claires sur la MIN lors de leur cursus et 53% (n=51) relativement claires ; 9% (n=9) les ont jugées insuffisantes. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations (p=0.4815).

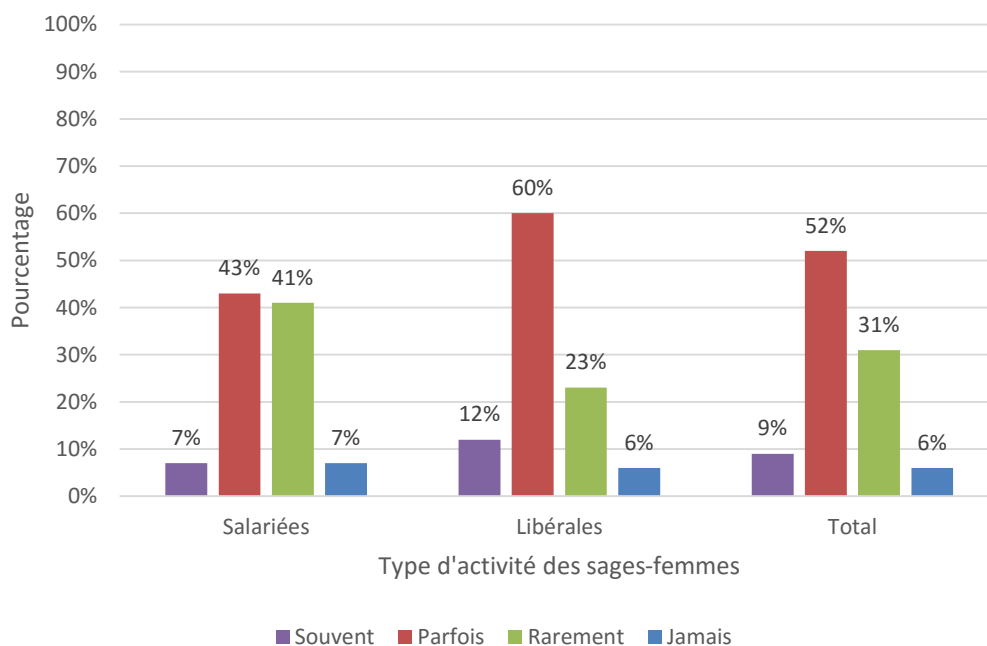


Figure 13 : Répartition des sages-femmes selon leur confrontation à des phénomènes de croyances ou d'à priori des parents vis-à-vis des recommandations sur la MIN

Seulement 6% (n=6) des sages-femmes ont déclaré ne jamais avoir fait face à des phénomènes de croyances ou d'a priori vis-à-vis des recommandations sur la MIN. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations de sages-femmes ($p=0.2367$).

59% (n=57) des sages-femmes ont déclaré rencontrer d'autres difficultés à aborder la MIN avec les parents : manque de supports, de temps, de formation et messages contradictoires.

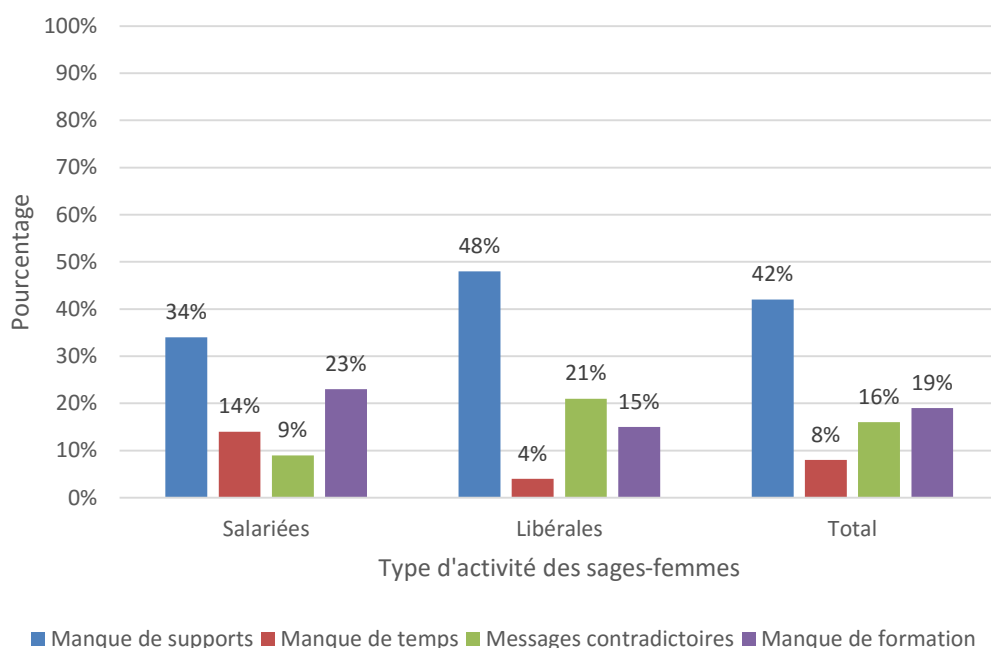


Figure 14 : Répartition des sages-femmes selon les problèmes qu'elles rencontrent lors de l'information sur la MIN

Presque la moitié des sages-femmes (42%, n=40) ont déclaré manquer de supports pour délivrer l'information aux parents sur la MIN. Il n'existait pas de différence significative entre les salariées et les libérales ($p=0.3873$ pour le manque de support, $p=0.0878$ pour le manque de temps, $p=0.2727$ pour les messages contradictoires, $p=0.2711$ pour le manque de formation).

Une sage-femme ayant répondu « autres » a déclaré manquer de réactualisation de ses connaissances.

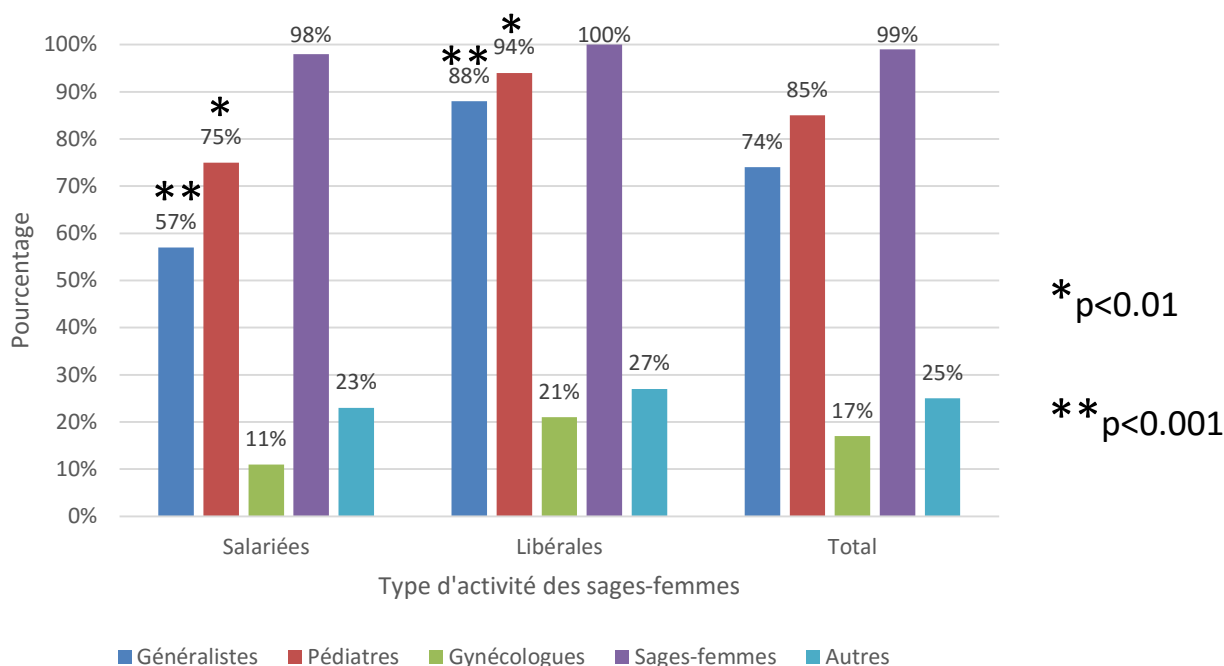


Figure 15 : Répartition des sages-femmes selon le(s) professionnel(s) qu'elles qualifient de plus concerné(s) pour délivrer l'information sur la MIN

La quasi-totalité des sages-femmes (99%) ont déclaré se sentir les plus concernées pour délivrer l'information. Seulement 17% (n=16) déclaraient penser que les gynécologues-obstétriciens étaient les professionnels les plus concernés pour réaliser la prévention de la MIN. Il existait une différence significative entre les sages-femmes salariées et libérales concernant les généralistes et les pédiatres, cités respectivement chez 74% (n=71) et 85% (n=82) des sages-femmes et plus souvent par les libérales. Il n'existait pas de différence significative entre les salariées et les libérales concernant des gynécologues (p=0.2739), les sages-femmes (p=0.4583) et les autres professionnels (p=0.8134).

Parmi les sages-femmes ayant répondu « autres », 8 sages-femmes ont cité les puéricultrices, 7 les auxiliaires de puériculture, 9 les professionnels de PMI sans préciser lesquels, 3 les puéricultrices de PMI et 1 les sages-femmes du PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO).

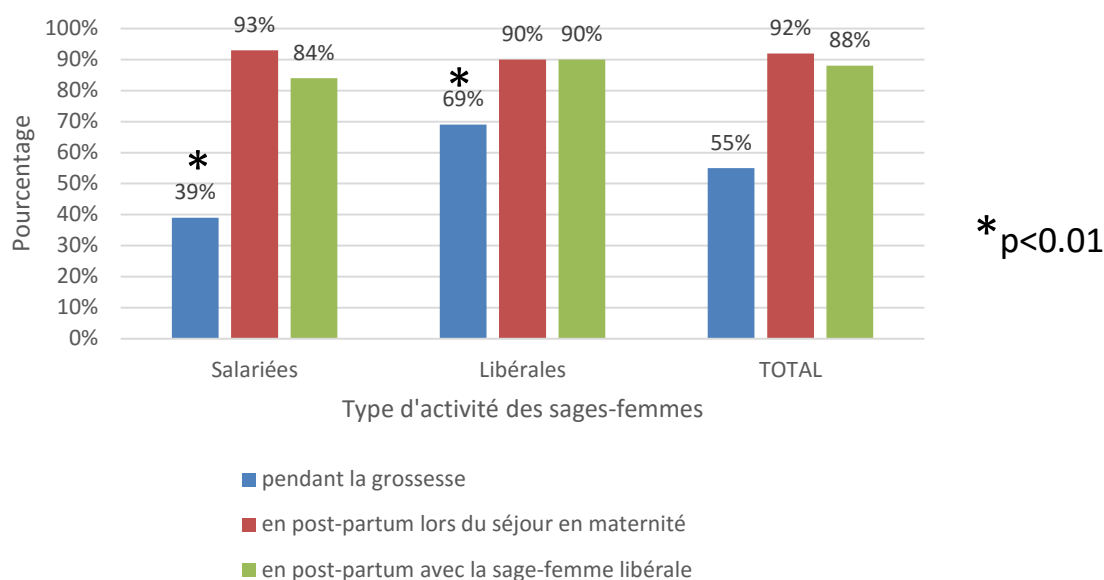


Figure 16 : Répartition des sages-femmes selon le moment qu'elles trouvent le plus approprié pour délivrer l'information quand il s'agit des sages-femmes

Seulement 55% (n=53) des sages-femmes ont déclaré que la grossesse était le moment opportun pour délivrer l'information sur la MIN. Il existait une différence significative entre les sages-femmes salariées et libérales concernant ce moment de la grossesse : les sages-femmes libérales sont plus nombreuses à déclarer que la grossesse est un moment approprié pour délivrer l'information.

3.4 Prévention

Dans le cadre d'une campagne de prévention, le support désiré être mis en place par le plus grand nombre de sages-femmes était des dépliants d'information : 67% (n=64). 51% d'entre elles (n=49) ont déclaré souhaiter utiliser des supports écrits d'information orale à remettre au patient, 42% (n=40) des campagnes télévisées, 40% (n=38) des affiches en salle d'attente et seulement 12% (n=12) des sites internet.

Deux sages-femmes proposaient aussi : « Formation des professionnels » et « flash infos sur les écrans des patientes dans leur chambre ».

Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations (p=0.0822 pour les dépliants, p=1 pour les affiches et les supports écrits, p=0.4074 pour les campagnes télévisées et p=0.5373 pour les sites internet).

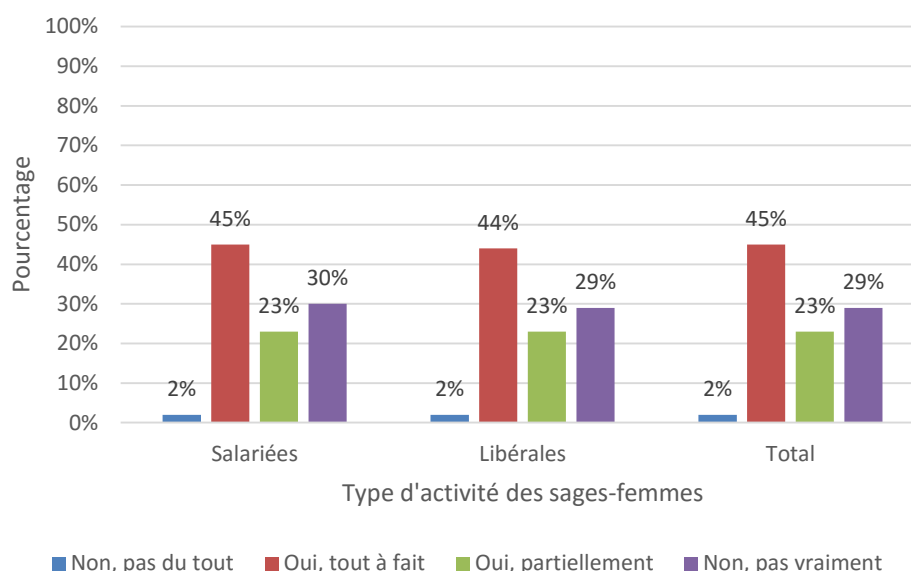


Figure 17 : Répartition des sages-femmes selon leur avis sur l'obligation d' « information sur la MSN » par une sage-femme pendant la grossesse ou après la naissance

Presque la moitié des sages-femmes (45%) ont déclaré être tout à fait d'accord pour rendre obligatoire l'information de la MIN par une sage-femme lors de l'une des visites du suivi de grossesse ou lors d'une des visites des enfants après leur naissance. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations ($p=1$).

Les différentes réponses à la question « pourquoi » lorsque il a été coché « non » étaient :

- L'obligation pourrait rendre l'information de moins bonne qualité : 6 sages-femmes.
- La notion d'obligation ne plaisait pas à 5 sages-femmes.
- La prévention est déjà faite systématiquement, il n'est donc pas utile de la rendre obligatoire : 5 sages-femmes.
- Risque d'inquiéter les parents : 4 sages-femmes.

3 sages-femmes ayant déclaré penser qu'il serait utile de rendre obligatoire l'information ont précisé que cette information devait se faire après la naissance.

Tableau III : Résultats du tableau de classification des items concernant les conditions de couchage

		Salariées		Libérales		Total		p-value
Facteurs de risque								
Décubitus ventral n(%)								
	Facteur de risque	43	(98)	52	(100)	95	(99)	0.4583
	Facteur protecteur	1	(2)	0	(0)	1	(1)	
Décubitus latéral n(%)								
	Facteur de risque	35	(80)	36	(69)	71	(74)	0.1621
	Facteur protecteur	0	(0)	3	(6)	3	(3)	
	Ni l'un, ni l'autre	6	(14)	12	(23)	18	(19)	
	Ne sait pas	3	(7)	1	(2)	4	(4)	
Couchage sur le canapé n(%)								
	Facteur de risque	38	(86)	34	(65)	72	(75)	0.0542
	Ni l'un, ni l'autre	2	(5)	9	(17)	11	(11)	
	Ne sait pas	3	(7)	8	(15)	11	(11)	
	Non répondu	1	(2)	1	(2)	2	(2)	
Température de la chambre >20°C n(%)								
	Facteur de risque	41	(93)	48	(92)	89	(93)	1
	Ni l'un, ni l'autre	1	(2)	2	(4)	3	(3)	
	Ne sait pas	2	(5)	2	(4)	4	(4)	
Partage du lit avec les parents (Co bedding) n(%)								
	Facteur de risque	34	(77)	40	(77)	74	(77)	1
	Facteur protecteur	2	(5)	2	(4)	4	(4)	
	Ni l'un, ni l'autre	4	(9)	6	(12)	10	(10)	
	Ne sait pas	3	(7)	4	(8)	7	(7)	
	Non répondu	1	(2)	0	(0)	1	(1)	
Draps, couvertures dans le lit de l'enfant n(%)								
	Facteur de risque	43	(98)	51	(98)	94	(98)	0.7092
	Ni l'un, ni l'autre	0	(0)	1	(2)	1	(1)	
	Ne sait pas	1	(2)	0	(0)	1	(1)	
Utilisation de tour de lit n(%)								
	Facteur de risque	32	(73)	34	(65)	66	(69)	0.6027
	Facteur protecteur	1	(2)	1	(2)	2	(2)	
	Ni l'un, ni l'autre	5	(11)	11	(21)	16	(17)	
	Ne sait pas	6	(14)	5	(10)	11	(11)	
	Non répondu	0	(0)	1	(2)	1	(1)	
Matelas surajouté dans lit parapluie n(%)								
	Facteur de risque	36	(82)	32	(62)	68	(71)	0.0783
	Ni l'un, ni l'autre	3	(7)	11	(21)	14	(15)	
	Ne sait pas	5	(11)	9	(17)	14	(15)	
Facteur protecteur								
Même chambre que les parents (Room sharing) n(%)								
	Facteur de risque	5	(11)	1	(2)	6	(6)	0.1787
	Facteur protecteur	21	(48)	30	(58)	51	(53)	
	Ni l'un, ni l'autre	12	(27)	17	(33)	29	(30)	
	Ne sait pas	5	(11)	3	(6)	8	(8)	
	Non répondu	1	(2)	1	(2)	2	(2)	
Ni l'un, ni l'autre								

Petite taille de la chambre n(%)						
Facteur de risque	9	(20)	9	(17)	18	(19)
Ni l'un, ni l'autre	19	(43)	34	(65)	53	(55)
Ne sait pas	15	(34)	8	(15)	23	(24)
Non répondu	1	(2)	1	(2)	2	(2)
						0.0582

Concernant les facteurs de risque, les items les mieux classés étaient le décubitus ventral (99%), les draps et couvertures dans le lit (98%) ainsi que la température > 20°C (93%). Le co-bedding a été classé comme facteur de risque par 77% des sages-femmes et l'utilisation d'un tour de lit par 69%.

Un peu plus de la moitié des sages-femmes seulement (53%) ont déclaré préconiser le room-sharing.

Tableau IV : Résultats du tableau de classification des items concernant l'environnement plus global

		Salariées		Libérales		Total		p-value
Facteurs de risque								
Faible niveau socio-économique n(%)								
	Facteur de risque	31	(70)	39	(75)	70	(73)	0.6848
	Ni l'un, ni l'autre	10	(23)	8	(15)	18	(19)	
	Ne sait pas	3	(7)	4	(8)	7	(7)	
	Non répondu	0	(0)	1	(2)	1	(1)	
Prématurité n(%)								
	Facteur de risque	36	(82)	42	(81)	78	(81)	0.9212
	Ni l'un, ni l'autre	3	(7)	3	(6)	6	(6)	
	Ne sait pas	4	(9)	6	(12)	10	(10)	
	Non répondu	1	(2)	1	(2)	2	(2)	
Tabagisme passif n(%)								
	Facteur de risque	44		52		96		N/A
		(100)		(100)		(100)		
La consommation de drogues et/ou d'alcools par les parents n(%)								
	Facteur de risque	44		49	(94)	93	(97)	0.4982
	Ni l'un, ni l'autre	0	(0)	2	(4)	2	(2)	
	Ne sait pas	0	(0)	1	(2)	1	(1)	
Facteurs protecteurs								
Allaitement maternel n(%)								
	Facteur de risque	1	(2)	1	(2)	2	(2)	0.5983
	Facteur protecteur	29	(66)	38	(73)	67	(70)	
	Ni l'un, ni l'autre	11	(25)	7	(13)	18	(19)	
	Ne sait pas	3	(7)	4	(8)	7	(7)	
	Non répondu	0	(0)	2	(4)	2	(2)	

Utilisation de la tétine au moment du coucher n(%)						
Facteur de risque	6	(14)	4	(8)	10	(10)
Facteur protecteur	10	(23)	17	(33)	27	(28)
Ni l'un, ni l'autre	16	(36)	16	(31)	32	(33)
Ne sait pas	12	(27)	14	(27)	26	(27)
Non répondu	0	(0)	1	(2)	1	(1)
Ni l'un ni l'autre						
Alimentation riche en lipides n(%)						
Facteur de risque	8	(18)	5	(10)	13	(14)
Ni l'un, ni l'autre	3	(7)	13	(25)	16	(17)
Ne sait pas	33	(75)	32	(62)	65	(68)
Non répondu	0	(0%)	2	(4)	2	(2)
						0.0309

Le tabagisme passif et l'utilisation de drogues/alcool par les parents sont les facteurs de risque les mieux classés par les sages-femmes (96 et 97%).

70% des sages-femmes ont classé l'allaitement maternel comme facteur protecteur et seulement 28% l'utilisation de la tétine au moment du coucher.

Aucune sage-femme n'est parvenue à classer la totalité des items de ces deux tableaux selon les recommandations de façon adéquate.

Il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes salariées et libérales concernant la classification des items de ces deux tableaux, hormis pour l'item concernant l'alimentation riche en lipides ($p=0.0309$).

IV. DISCUSSION

Notre travail a permis de montrer que sur une population de 96 sages-femmes de Nantes et son agglomération, seules 31% d'entre elles ont déclaré délivrer systématiquement une information concernant la MIN aux parents d'enfants de moins de 2 ans et/ou aux futurs parents qu'elles prennent en charge ; 38% des sages-femmes délivraient une information chez 75 à 99% des couples. On est donc loin d'une information systématique par toutes ; cependant, on observe qu'une majorité de sages-femmes donnent l'information chez au moins 3 couples sur 4, ce qui est rassurant. Notre échantillon était composé de 46 % de sages-femmes salariées et de 54% de sages-femmes libérales. En France, la répartition des sages-femmes est la suivante : 73% sont salariées et 18% exercent en libéral [22] et elle est à peu près identique à Nantes et son agglomération. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population nationale et locale de sages-femmes en ce qui concerne leur répartition ; cela s'explique par plusieurs éléments : période de recrutement courte à la clinique Jules Verne, impossibilité d'interroger les sages-femmes de la maternité de la Polyclinique de l'Atlantique, exclusion des sages-femmes de salle d'accouchement du CHU et relance uniquement possible pour les sages-femmes libérales par souci d'anonymat. Il y a également un biais d'inclusion car les questionnaires ont été distribués de manière différente en fonction des lieux et des modes d'exercice : envoi par la poste pour les sages-femmes libérales, distribution en main propre aux sages-femmes du CHU et libre-service dans les autres maternités par soucis de proximité.

De plus, malgré plusieurs relances, le taux de réponse (61%) reste insuffisant. Nous pouvons penser que les questionnaires ont pu être remplis à plusieurs (avec d'autre sages-femmes, d'autre professionnels de santé,...) ; cela peut constituer un biais de réponse dans le reflet exact des pratiques mais il permet aux professionnels de discuter et d'échanger à propos de la MIN, ce qui constitue un point positif. Il est important de préciser que l'expression « mort subite du nourrisson » et l'abréviation MSN ont été employées dans les questionnaires et les lettres d'information. Il s'agissait d'un abus de langage, car cette expression est encore très présente et nous souhaitons la meilleure compréhension possible par le professionnel de santé. Enfin, il existe un biais d'auto-sélection car cette étude était basée sur le volontariat.

Malgré tout, les différents secteurs d'activité ont pu être interrogés : hôpital public, clinique privée, ESPIC et libéral. De plus, l'utilisation de questionnaires anonymes et de questions semi-ouvertes a permis de limiter des biais de sélection.

Une des explications possibles de ce chiffre est l'absence l'obligation de la prévention de MIN. Rendre obligatoire « une information sur la MIN » au cours d'une des consultations de suivi obligatoire de l'enfant par un item à cocher dans le carnet de santé est une piste en cours de discussion : 45% des sages-femmes de notre travail y seraient favorables. Cette obligation permettrait d'assurer une information systématique à tous les parents et de mettre au premier plan son importance. L'obligation peut cependant rendre l'information de moins bonne qualité en sortant la prévention du cadre de la relation, qui sont pourtant très liées.

La MIN est un sujet « tabou », difficile à aborder selon certains professionnels de santé ; dans notre travail, 12% des sages-femmes déclaraient « ne pas se sentir à l'aise » avec la peur associée d'effrayer de jeunes parents. Il est vrai qu'aborder des sujets tels que la mort lors d'évènements le plus souvent heureux comme la grossesse et la naissance peut sembler difficile, et ces moments sont souvent source de multiples inquiétudes pour les parents. En terme de prévention, il est important d'expliquer pourquoi on oriente les patients vers telles ou telles pratiques ; j'ai pu observer que les expressions « mort subite du nourrisson » et « mort inattendue du nourrisson » étaient peu employées, les conseils sont donnés mais la raison pour laquelle ils sont donnés l'est moins. Il est essentiel de dépasser cette « peur » d'effrayer les futurs/jeunes parents afin qu'ils retiennent au mieux les messages et d'employer les termes adéquats.

Une des difficultés évoquée par 52% des sages-femmes dans ce travail est qu'elles se heurtent fréquemment à des « pseudos croyances » de la part des parents vis-à-vis de la MIN. De nombreux messages souvent contradictoires issus des médias et publicités (nouveau-nés en décubitus ventral, emmaillotés dans des couvertures, objets de puériculture dangereux commercialisés et largement plébiscités comme les cales-bébé, les oreillers anti-plagiocéphalie, les cocons, ...) mais également de l'entourage (expérience des grands parents) peuvent faire douter les familles quant aux facteurs de risque. On peut également remarquer que dans certaines maternités, les berceaux sont munis de couvertures, ce qui va à l'encontre des conseils de prévention concernant la MIN ; les messages délivrés en maternité devraient pourtant être exemplaires si l'on souhaite réaliser une prévention efficace ; il est difficile pour une famille de ne pas reproduire à domicile ce qui est fait à l'hôpital. De même, dans les services de soins intensifs et de réanimation, il est habituel que des enfants prématurés soient couchés sur le ventre, cocoonés dans des langes, ou encore avec un tissu imprégné de l'odeur de leur mère près du visage dans le cadre des soins de développement. Ces enfants sont scopés en permanence et donc surveillés ; il est donc essentiel de sensibiliser les parents d'enfants prématurés à ne pas reproduire ces actions à la maison, d'autant plus que ces nouveau-nés sont plus à risque de MIN de par leur plus grande vulnérabilité (modèle triple risque [23]). Enfin, une sage-femme évoque la nécessité d'actualiser le carnet de santé où figure l'illustration d'un berceau avec un tour de lit. Cette

actualisation est en cours de réalisation. De plus, comprendre le rationnel des facteurs de risque à partir de travaux scientifiques peut également constituer une base pour lutter contre les « fausses croyances ».

Il est également important d'évoquer la formation des sages-femmes quant à la MIN. Seules 3 sages-femmes ont déclaré avoir eu une formation sur la MIN au cours de leurs études et aucune de formations spécifiques durant leur carrière. Paradoxalement, 53% des sages-femmes considèrent que la formation reçue, qu'elle soit initiale ou continue, concernant la MIN est relativement claire, 26% qu'elle l'est parfaitement, et seulement 9% la juge insuffisante ; de plus, moins d'un quart des sages-femmes considéraient le manque de formation comme un obstacle à la prévention. La mauvaise interprétation du mot « cursus » peut expliquer ces résultats. Selon, l'arrêté de 2011 concernant le régime des études de sages-femmes du DFGS Ma2 et DFGS Ma3 (Diplôme de Formation Général en Science Maïeutique), il est écrit que l'enseignement doit comprendre une action de prévention dans le domaine de la santé de l'enfant, sans plus de précision. Certaines écoles ont fait le choix de mettre en place un enseignement théorique sur la MIN au cours de la formation initiale des études de sages-femmes. À Nantes cet enseignement est délivré en deuxième année de licence ; un support de cours est présent sur le site de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone et a été mis à jour en 2013 [24]. Une prévention efficace passe par l'information et la formation des professionnels de santé ; il est donc important de réactualiser régulièrement ses connaissances. Concernant la MIN, les sages-femmes peuvent se référer aux recommandations du carnet de santé (Annexe 10), de l'American Academy of Pediatrics (AAP) mise à jour en 2011 [13] et du Ministère de la Santé du Royaume-Uni actualisées en 2006; l'HAS a mis en place des recommandations concernant la prise en charge des MIN [3]. Il existe par ailleurs une fiche concernant les conseils de prévention sur le site de la Société Française de Pédiatrie (Annexe 11) ainsi qu'une fiche de conseils de prévention distribuée par l'Assurance Prévention (Annexe 12). La MIN est un syndrome complexe, dans lequel de nouvelles pistes de recherche concernant des étiologies et les facteurs de risque sont nombreuses. Certaines sages-femmes ont déclaré être en difficulté vis-à-vis des dernières recommandations ; des formations plus spécifiques à la pédiatrie sur les « nouvelles » conduites à risque (emmaillotage, portage,...) et des rappels réguliers seraient des solutions pour contrer ces difficultés. Le réseau sécurité naissance a mis en place l'an dernier une formation concernant le suivi du nouveau-né dans le 1^{er} mois de vie dans le cadre des sorties précoces, de nombreux thèmes y étaient abordés (cardiopathies congénitales, ictère, fièvre, courbe pondérale,...) mais pas le syndrome de la MIN, ce qui semble dommage. On peut cependant citer le congrès national annuel de la MIN organisé à Nantes au mois de septembre. Au cours de ce congrès, de nombreux thèmes et actualités ont été abordés, en particulier les « nouveaux » facteurs de risque, tels que l'écharpe de portage ou encore l'emmaillotage ;

c'était donc l'occasion pour les professionnels de santé présents de mettre à jour leur connaissances.

Il faut préciser que le principal public concerne les parents, cependant les décès surviennent dans 20% des cas lorsque l'enfant est gardé par une tierce personne [11], il faut donc garder en tête que les personnes intervenant dans la petite enfance doivent également être sensibilisées.

Les sages-femmes ont globalement une bonne connaissance des facteurs de risque principaux : couchage sur le ventre (99%), tabagisme passif (100%), température supérieure à 20°C dans la chambre (93%), draps/couvertures dans le lit (98%), et utilisation de drogues et/ou d'alcool par les parents (97%). Ces connaissances sont en accord avec les 3 conseils de prévention qu'elles ont le plus cités : 98% des sages-femmes insistaient sur la position de couchage, 82% sur les conditions de couchage (oreillers, draps, peluches et tour de lit), 54% sur la température et/ou l'aération de la chambre et 54% sur le tabac. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature ; le décubitus ventral constitue le facteur de risque principal [5-7], le tabagisme maternel pendant la grossesse et durant la première année de vie de l'enfant représente le deuxième facteur de risque identifié [8-10], une température de la pièce élevée [14] ainsi que les conditions de couchage étant également des conduites à risque [11-13]. L'encouragement de l'arrêt du tabac pendant la grossesse et la lutte contre le tabagisme passif font partie de la prévention de la MIN ; il se peut que la nouvelle loi de santé publique étende le droit de prescription des substituts nicotiniques par les sages-femmes à l'entourage de la mère, ce qui constitue un atout supplémentaire dans cette prévention. Le bed-sharing est un facteur de risque établi, avec ou sans facteurs de risque associés [25]: parmi les 5 sages-femmes à l'avoir cité, 2 le conseillaient mais avec précaution et 1 l'interdisait, tandis que 2 ne se positionnaient pas et elles étaient 77% à le classer comme facteur de risque de MIN. Il est étroitement lié à l'allaitement maternel et le risque de MIN augmente s'il est associé à d'autres facteurs de risque (tabac, toxiques) [15-19]. En Suède, une étude de Möllborg menée sur 261 cas de MIN a montré que le bed-sharing ne devrait être interdit qu'en cas de facteurs de risque associés [26] ; les informations ne sont donc pas toujours claires et les professionnels de santé ont parfois du mal à délivrer les bons messages de prévention. Une certitude est que le bed-sharing ne prévient pas la MIN et que l'endroit le plus approprié pour coucher un enfant est un berceau proche du lit des parents.

Il est important de noter que 19% des sages-femmes ne considéraient pas la position de sommeil sur le côté comme un facteur de risque, hors cette position est à risque de retournement, les parents ont pourtant l'impression qu'elle permet de limiter le risque de plagiocéphalie. Le rôle des sages-femmes est également d'apporter des solutions pour cette

lutte de la plagiocéphalie comme varier la position des sources de lumière ou favoriser le développement psycho moteur de l'enfant en position ventrale lors de l'éveil.

Les facteurs protecteurs sont moins connus : seulement 28% considéraient l'utilisation de la tétine au moment du coucher comme en étant un. Même si cette pratique fait encore débat et que les mécanismes physiopathologiques précis sont toujours à l'étude [27], il semblerait que l'usage de la tétine montre un effet protecteur [28] en stimulant les micros éveils de l'enfant. On sait que la tétine peut faire obstacle à l'allaitement maternel, la solution est d'attendre que celui-ci soit bien établi avant de la mettre en place, c'est-à-dire vers 3-4 semaines après la naissance. Une étude de Jaafar en 2011 a même montré que l'utilisation de la tétine n'entraînait pas de différence dans le taux d'allaitement exclusif à 3 mois [29].

On peut évoquer les « nouveaux » facteurs de risque, tels que l'écharpe de portage ou encore l'emballage. Ces pratiques sont de plus en plus utilisées par les parents et peuvent constituer des facteurs de risque de MIN si elles ne sont pas réalisées dans de bonnes conditions. Moon a montré une série de décès liés à l'emballage car les enfants se retournaient en décubitus ventral [30], il est donc important de coucher l'enfant sur le dos et d'arrêter cette pratique dès que l'enfant est en capacité de se retourner. Concernant les écharpes de portage, une étude française [31] a décrit 19 cas de MIN lié au portage et a montré que si elles ne sont pas utilisées dans des conditions optimales, elles peuvent entraîner le décès du nourrisson par asphyxie due à une compression thoracique, à un recouvrement des voies aériennes, ou encore à la position fléchie de la tête sur le thorax ; seulement 1 sage-femme a déclaré parler de ces risques aux parents. Il est donc important que le professionnel s'adapte à ces nouvelles pratiques et puisse conseiller les parents dans leur utilisation, malgré des niveaux de preuve peu élevés et des controverses.

Nous souhaitons nous interroger sur l'utilisation des supports de prévention ; les supports écrits sont-ils nécessaires à une bonne prévention ? Même si la prévention passe par la relation, il peut être important de laisser une trace écrite aux parents. Parmi les supports utilisés, 97% des sages-femmes ont déclaré utiliser l'information orale, seulement 18% d'entre elles utilisaient des plaquettes d'information et 28% se servaient du carnet de santé (Annexe 10). Selon 42 % des sages-femmes, une des limites à l'information est liée à un manque de supports, cette réponse est en accord avec leur pratique dans laquelle elles sont peu à utiliser des supports écrits, et cela malgré l'existence de plaquettes d'information. De plus, 67% d'entre elles souhaitaient la mise en place de dépliants d'information, 40% d'affiches en salle d'attente et 51% de supports écrits à remettre aux patients en l'informant oralement dans le

cadre d'une campagne de prévention. Ces résultats s'expliquent-ils par manque de connaissance de ces supports de leur part ? Ces supports ne leur conviennent-ils pas ?

Une nouvelle brochure d'information sur « les règles d'or » de la première année d'un nouveau-né a pourtant été mise en place par le Centre Hospitalier Universitaire Régional de Montpellier en partenariat avec « Naitre et Vivre » et l'Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue des Nourrissons (ANCRéMIN) en 2015 ; elle y aborde notamment les facteurs de risque de la MIN (Annexe 13). Deux affiches de prévention (Annexe 14 et 15) sont également disponibles. En ce qui concerne le CHU de Nantes, une brochure avec les différents conseils de sortie dont les conseils de prévention de la MIN est distribuée dans le service de SDC (Annexe 16). On peut donc remarquer qu'il existe un manque d'exploitation des moyens concernant la prévention et que les professionnels de santé peuvent faire face à une difficulté d'utilisation des supports pour divulguer les bons conseils aux parents. Au cours d'un entretien avec la vice-présidente de l'association « Naitre et Vivre », nous avons pu constater que seulement 92 600 dépliantes avaient été commandés en 2014, ce qui représente un peu plus de 10% des naissances de 2014 seulement.

Ces supports sont plus nombreux dans des structures hospitalières que dans les cabinets de sages-femmes libérales ; hors, les sorties précoces sont actuellement mises en place dans plusieurs structures. Il existe donc une réorganisation des suites de couche, et ce qui devait être fait et dit à la maternité devra l'être par la sage-femme libérale. Il est donc essentiel qu'elle ait tous les outils nécessaires pour réaliser une prévention optimale (plaquettes d'informations, affiches en salle d'attente,...). Des questionnaires sous forme de quizz à destination des parents, et revus conjointement avec un professionnel le jour de la sortie de la maternité ou lors d'une des visites obligatoires de l'enfant pourraient aussi être développés, l'évaluation des connaissances étant un bon outil de pédagogie dans le cadre de l'éducation à la santé.

Deux spots de prévention concernant le décubitus dorsal et le tabac [32] ont été réalisés par le réseau ELENA de Saint Etienne (réseau de santé en périnatalité Loire Nord-Ardèche) en 2014 et 2015. Afin d'évaluer les connaissances des parents et des professionnels ainsi que l'impact d'un tel spot sur leur perception de la prévention, ELENA a mis en ligne un questionnaire avec la vidéo.

Un observatoire national de la MIN a été mis en place en 2015 à Nantes, regroupant 35 des 37 Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson (CRMIN) de France. Ses objectifs sont d'obtenir des données épidémiologiques exhaustives et de surveiller leur évolution, d'identifier des nouveaux facteurs de risque de MIN et de développer la recherche médicale dans ce domaine. De plus, il souhaite aider à l'implantation et à l'évaluation de nouvelles campagnes de prévention concernant la MIN, la dernière campagne nationale officielle concernant la prévention de la MIN et mise en œuvre par Philippe Douste-Blazy

datant de 1994. On peut également évoquer la journée nationale de prévention qui a eu lieu en septembre 2015 dans 16 centres en France, dont le CHU de Nantes. Cette journée a été l'occasion de réaliser des quizz auprès des professionnels et des patients le souhaitant dans le hall de la maternité, avant et après information auprès des stands. Etaient présents les associations de parents « Naître et Vivre » et « Sa Vie » ; cette journée était l'occasion d'informer les parents sur les facteurs de risque et protecteurs à partir d'ateliers, sur les programmes de recherche actuels, les bonnes pratiques de portage et les former aux gestes d'urgence. Elle était également l'occasion de présenter l'observatoire.

Sur le plan international, des pays font preuve d'inventivité en terme de supports de prévention. En Finlande par exemple, les futures mères reçoivent par la poste avant l'accouchement une grande boîte en carton (la « baby box ») comprenant un matelas et d'autres produits de puériculture pouvant servir de berceau. Cette mesure a permis de diminuer le taux de mortalité infantile, en partie car le gouvernement les distribue uniquement si les femmes acceptent un suivi de grossesse. En Italie, des bodies avec l'inscription « je dors sur le dos » sont distribués dans certaines maternités, campagne de prévention qui a également été menée en Haute-Normandie où 125 000 bodies ont été distribués en 5 ans à partir de 2006.

Cette étude était menée en même temps par deux internes en médecine générale dans le cadre de leur thèse, un s'est interrogé sur la pratique en terme de prévention de la MIN des médecins généralistes et l'autre sur celle des professionnels de PMI de Nantes et agglomération. Il nous a donc semblé judicieux d'interroger les professionnels de santé inclus dans ces 3 études sur le professionnel le plus concerné selon eux pour délivrer l'information. Les professionnels intervenant pendant la grossesse et après l'accouchement étant nombreux, il était important de s'assurer que chaque corps de métier ne « compte » pas sur un autre pensant que l'information était déjà donnée. 99% des sages-femmes ont répondu qu'elles se considéraient concernées par cette prévention. Elles ont conscience du rôle primordial qu'elles ont à jouer dans la prévention de la MIN ; il est donc fondamental qu'elles connaissent parfaitement bien les facteurs de risque et protecteurs de MIN. Les généralistes ont été cités par 74% des sages-femmes et les pédiatres par 85% ; seulement 17% d'entre elles pensaient que les gynécologues-obstétriciens étaient les plus concernés par la prévention de la MIN. La place des gynécologues, même si elle pourrait être discutable n'en demeure pas moins importante : suivis de grossesses, accouchements, visites post-natale,... La mise en place des sorties précoces (sortie de la mère et de l'enfant dans les 24 à 72h après l'accouchement) est un bon exemple de cette prise en charge pluridisciplinaire, comprenant également la prévention. En effet, l'HAS a écrit de nouvelles recommandations pour toutes les sorties de maternité en 2014 [33] et l'objectif commun des professionnels est de prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du post-partum et de diminuer le risque

de situations évitables graves. La nécessité de la continuité des soins ville-hôpital est donc primordiale.

Dans notre étude, lorsque l'information était donnée en prénatal, elle l'était lors des séances de PNP (86 % des sages-femmes libérales) et quasiment jamais lors des consultations de grossesse. Les séances de PNP sont au nombre de 8 et abordent différents thèmes (grossesse, accouchement, SDC, allaitement, contractions utérines,...) sur le plan théorique et pratique ; leurs objectifs sont de donner des informations et de responsabiliser les parents [34]. Cependant, la PNP n'est pas obligatoire, et les femmes enceintes peuvent aussi choisir de ne pas participer aux cours théoriques, dans ces cas-là, les futures mères peuvent ne pas avoir été informées des facteurs de risque de la MIN. Un avantage d'en parler pendant la grossesse est de ne pas attendre que les couples aient acheté des objets de puériculture « dangereux » à risque de MIN.

Dans un travail réalisé au CHU de Poitiers en 2010, il a été montré que les messages de prévention étaient plus fréquemment abordés en maternité (75 %) que par les médecins généralistes (20%) une fois les familles rentrées au domicile [35]. Il est donc fondamental de pouvoir aborder ce sujet en maternité ; avec comme limite cependant une quantité importante d'informations très diverses, notamment de puériculture, qui peuvent être parfois difficiles à prioriser pour de jeunes parents. Dans notre travail, 52% des sages-femmes de SDC déclaraient aborder la MIN le jour de la sortie et 59% pendant le séjour ; la meilleure opportunité du moment pour aborder ce sujet n'a jusqu'alors pas été étudiée. Il semble cependant que les informations délivrées en maternité soient bien intégrées par les parents, en effet la prévention en maternité joue un rôle majeur en diminuant les conduites à risques de MIN [36]. De plus l'étude NEOCORD de 2012 incluant 6 maternités universitaires du grand ouest avait entre autre comme objectif de connaître l'influence des informations délivrées en sortie de maternité : les variations retrouvées entre les nouveau-nés des différentes maternités concernant les positions de couchage, le bed-sharing, le room-sharing et l'utilisation de la tétine semblent être influencées par les informations délivrées à la maternité.

Une étude réalisée à Metz en 2012 montrait que la prévention de la MIN n'était pas systématique en SDC [37]. Il est donc fondamental que ce sujet soit abordé lors de la grossesse, mais aussi après la sortie de la maternité, car la répétition des informations permet de mieux sensibiliser des gens. Dans notre travail, la majorité des sages-femmes (79%) ont déclaré délivrer l'information une seule fois, la répétition étant pourtant une forme de prévention efficace. Notons que 37% des sages-femmes libérales en parlaient à plusieurs reprises contre 7% des sages-femmes salariées, ceci s'explique certainement par le suivi continu des patientes en libérale. 77% des sages-femmes libérales en parlaient lors des suivis

du post-partum : en plus des consultations de suivi du 1^{er} mois de vie de l'enfant dans le cadre des compétences de la sage-femme, les séances de rééducation périnéale peuvent être des moments d'échanges avec la mère.

Il est également important d'adapter son discours à chacun ; la MIN est un syndrome comportant de nombreux facteurs de risque, plus présents chez certains. Une individualisation de la prévention serait intéressante ; pour cela, la bonne connaissance de l'environnement du nourrisson est importante. Cette connaissance est possible lors d'un suivi global de la sage-femme libéral, qui peut voir la patiente pendant la grossesse puis après l'accouchement, à domicile ou au cabinet ; les visites à domicile pouvant être l'occasion de voir de près l'environnement de couchage du nouveau-né. Il est donc important, dans la mesure du possible, que la sage-femme ayant réalisé les cours de PNP et/ou suivi de la grossesse la revoie en post partum.

V. CONCLUSION

La prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson joue un rôle primordial si l'on souhaite réduire le nombre de décès. Une action de prévention sur les facteurs exogènes peut permettre à un enfant vulnérable et/ou dans une période d'âge critique de ne pas décéder de MIN ; il s'agit à la fois d'intervenir en amont (prévention primaire) mais aussi en aval (prévention tertiaire) auprès des familles et entourage proche. La sage-femme a donc un rôle essentiel à jouer puisqu'elle est au contact proche des familles au moment de la grossesse mais aussi après la naissance.

L'évaluation des pratiques des professionnels en ce qui concerne la prévention de la MIN reste difficile à évaluer et peu d'études s'y consacrent. Notre travail a permis de montrer que l'information concernant les facteurs de risque et protecteurs de la MIN auprès des familles n'était pas systématique par les sages-femmes, malgré une bonne connaissance globale de ces facteurs. Il convient donc de renforcer cette prévention de par sa fréquence mais également son organisation.

En effet, une des difficultés à la mise en place d'une prévention efficace est la multiplicité des professionnels intervenant auprès des femmes enceintes et des parents d'enfants de moins de 2 ans. Cette difficulté peut se traduire par la peur de répéter les informations et d'inquiéter les parents, il s'agit donc d'articuler la prévention entre les différents professionnels de santé impliqués afin de trouver l'équilibre entre une information efficace et une inquiétude exagérée des parents.

Notre étude s'inscrit dans un travail plus large en cours de réalisation concernant également les médecins généralistes et les professionnels de PMI de Nantes et son agglomération. Ce travail interrogeant les professionnels sur la prévention de la MIN, il serait intéressant de comparer les résultats avec ceux obtenus dans cette étude. Ainsi, on pourrait évaluer la prévention plus globalement et mieux comprendre les interactions entre professionnels.

Enfin, des enquêtes montrent qu'en France, environ 150 décès par an pourraient être évités avec des conditions de couchage adaptées. En plus d'une bonne compréhension par les parents et d'une bonne prévention par les professionnels, une intervention par les pouvoirs publics à travers une campagne officielle de prévention pourrait participer à cette diminution.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rambaud C, Guilleminault C, Campbell PE. Definition of the sudden infant death syndrome. BMJ. 1994 May 28;308(6941):1439.
- [2] Platt MW, Blair PS, Fleming PJ et al. A clinical comparison of SIDS and explained sudden infant deaths: how healthy and how normal? Arch Dis Child 2000 Feb;82(2):98-106.
- [3] Haute Autorité de Santé - Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) - Recommandations professionnelles - Argumentaire. 2007. Disponible sur : www.has-sante.fr
- [4] Pavillon G, Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDC-Inserm, Le Vésinet. BEH. 2003;30-31.
- [5] Roussey M, Dagorne M, Defawe G, Hervé T, Balençon M, Venisse A. Current concepts on risk and protective factors for sudden infant death syndrome. Arch Pediatr. 2007 Jun;14(6):627-9.
- [6] Hauck FR, Herman SM, Donovan M et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics. 2003 May;111(5 suppl 2):1207-14.
- [7] Li DK, Petitti DB, Willinger M et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in california, 1997-2000. Am J Epidemiol. 2003 Mar 1;157(5):446 55.
- [8] MacDorman MF, Cnattingius S, Hoffman HJ, Kramer MS, Haglund B. Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden. Am J Epidemiol. 1997 Aug 1;146(3):249-57.
- [9] Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. Pediatrics. 1992 Dec;90(6):905 8.
- [10] Ali K, Wolff K, Peacock JL, Hannam S et al. Ventilatory response to hypercarbia in newborns of smoking and substance-misusing mothers. Ann Am Thorac Soc. 2014 Jul;11(6):933 8.
- [11] INVS, Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D et le comité de pilotage. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. Maladies chroniques et traumatiques. 2011 Mars ;1-57.

- [12] American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):1245-55.
- [13] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):1030-9.
- [14] Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Jones ME, McCall MJ. Thermal environment and sudden infant death syndrome: case-control study. *BMJ*. 1992 Feb;304(6822):277-82.
- [15] Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ*. 1999 Dec;319(7223):1457-12.
- [16] Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. *Arch Dis Child*. 2007 Feb;92(2):155-9.
- [17] Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr*. 2005 Jul;147(1):32-7.
- [18] Fleming P, Blair P, McKenna J. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child*. 2006 Oct;91(10):799-801.
- [19] Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY. Sleep environment risks for younger and older infants. *Pediatrics*. 2014 Aug;134(2):e406-12.
- [20] Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. *Pediatrics*. 2012 Apr;129(4):630-8.
- [21] Franco P, Kugener B, M-J. Challamel. Prévenir la mort subite du nourrisson. Pour la science. 2010 Mai;391:52-59.
- [22] DRESS, Sicart D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 [en ligne]. 2014 Juin ;189:28-35. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf> (consulté le 12/10/2015)
- [23] Guntheroth WG, Spiers PS. The triple risk hypotheses in sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 2002 Nov;110(5):e64.

- [24] Comité éditorial pédagogique UVMaF. La mort inattendue du nourrisson (MIN)-Version longue [en ligne]. 2013 Mars. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/MIN_bis/site/html/cours.pdf (consulté le 5/03/2015)
- [25] Fleming P, Pease A, Blair P. Bed-sharing and unexpected infant deaths: what is the relationship? *Paediatr Respir Pev*; 2015 Jan;16(1):62-7.
- [26] Möllborg P, Wennergren G, Almqvist P, Alm B. Bed sharing is more common in sudden infant death syndrome than in explained sudden unexpected deaths in infancy. *Acta Paediatr*. 2015 Aug;104(8):777-83.
- [27] Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):e716-23.
- [28] Li D-K, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ. Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 2006 Jan;332(7532):18-22.
- [29] Jaafar SH1, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar;16;(3):CD007202.
- [30] McDonnell E, Moon RY. Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *J Pediatr*. 2014 May;164(5):1152-6.
- [31] Bergounioux J, Madre C, Crucis-Armengaud A et al. Sudden deaths in adult-worn baby carriers: 19 cases. *Eur J Pediatr*. 2015 Dec;174(12):1665-70.
- [32] Vidéos « couchage sécurisé du nourrisson » et « prévention tabagisme ». Disponible sur <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/elena/public/nouveauNe/sante.asp> (consultées le 16/09/2015)
- [33] Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés - Recommandation de bonnes pratiques - Argumentaire. 2014. Disponible sur : www.has-sante.fr
- [34] Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Recommandation professionnelles - Argumentaire. 2005. Disponible sur : www.has-sante.fr

[35] Roth JC. Conditions de couchage des nourrissons dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson au CHU de Poitiers: étude de 2010 comparée à celles de 1999 et 2004 [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2012.

[36] D'Halluin AR, Roussey M, Branger B, Venisse A, Pladys P. Formative evaluation to improve prevention of sudden infant death syndrome (SIDS): a prospective study. *Acta Paediatr.* 2011 Oct;100(10):e147-51.

[37] Mauchauffé E. La mort inattendue du nourrisson: pour une prévention systématique en suites de couches [Mémoire pour le diplôme d'état de maïeutique]. Metz : Université Henri Poincaré de Nancy; 2012.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Première partie du questionnaire sages-femmes libérales

CENTRE DE REFERENCE DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON DR KARINE LEVIEUX Médecin référent		
Protocole EMSN-SF <i>Enquête des pratiques des sages-femmes concernant la Mort Subite du Nourrisson (MSN) : enquête épidémiologique analytique à Nantes et son agglomération</i>		
Merci de retourner ce questionnaire dans l'enveloppe affranchie et libellée fournie. Afin de respecter l'anonymat de ce questionnaire, merci de ne pas indiquer votre nom, prénom ou adresse de travail. <u>NB:</u> une seule réponse par question est demandée sauf indication		
Dr K. Levieux Médecin référent M.I.N	Pr C. Gras-Le Guen Chef de service de Pédiatrie	L. Sicot Etudiante sage-femme
N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques complémentaires : _____ _____ _____		
DONNEES DEMOGRAPHIQUES		
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Age : ____ Avez-vous un ou des enfant(s) : ☐ Oui ☐ Non En libéral, type de cabinet : ☐ Seul ☐ Associés, si oui combien ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 Quartier ou commune d'exercice : _____ Nombre d'années d'exercice : ____ Avez-vous eu une (des) formation(s) spécifique(s) à la pédiatrie dans votre cursus ? ☐ Non ☐ Oui, si oui la (les)quelle(s)..... Faites-vous des suivis de grossesses ? ☐ Non ☐ Oui, si oui, en moyenne combien par semaine : ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ >15 Combien d'enfants de moins de 2 ans voyez-vous par jour, en moyenne : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ >5 Avez-vous déjà été confronté à une situation de Mort Subite du Nourrisson (MSN) au cours de votre carrière ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, Combien de fois ? : ____		

Annexe 2 : Première partie du questionnaire sages-femmes salariées

CENTRE DE REFERENCE DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON
DR KARINE LEVIEUX
Médecin référent



Protocole EMSN-SF

Enquête des *pratiques des sages-femmes concernant la Mort Subite du Nourrisson (MSN)* : enquête épidémiologique analytique à Nantes et son agglomération

Afin de respecter l'anonymat de ce questionnaire, merci de ne pas indiquer votre nom, prénom ou adresse de travail.

NB: une seule réponse par question est demandée sauf indication

Dr K. Levieux

Médecin référent M.I.N

Pr C. Gras-Le Guen

Chef de service de Pédiatrie

L. Sicot

Etudiante sage-femme

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques complémentaires :

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Age : | ____ |

Avez-vous un ou des enfant(s) :

☐ Oui

☐ Non

Lieu d'exercice :

☐ Hôpital public

☐ Clinique mutualiste

☐ Clinique privée

Quartier ou commune d'exercice : | _____ |

Nombre d'années d'exercice : | ____ |

Avez-vous eu une (des) formation(s) spécifique(s) à la pédiatrie dans votre cursus ?

☐ Non ☐ Oui, si oui la (les)quelle(s).....

Faites-vous des suivis de grossesses ?

☐ Non ☐ Oui, si oui, en moyenne combien par semaine : ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ >15

Combien d'enfants de moins de 2 ans voyez-vous par jour, en moyenne :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ >5

Avez-vous déjà été confronté à une situation de Mort Subite du Nourrisson (MSN) au cours de votre carrière ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, Combien de fois ? : ____

Annexe 3 : Deuxième partie du questionnaire sages-femmes libérales

DELIVRANCE DE L'INFORMATION	
Connaissances des parents et/ou des futurs parents	Selon vous, les connaissances sur la MSN des futurs parents et/ou parents avec un enfant de moins de 2 ans sont : ☐ Suffisantes ☐ Moyennes ☐ Insuffisantes ☐ Nulles ☐ NSP Selon vous, les parents suivent les recommandations concernant la mort subite du nourrisson: ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais Selon vous, les informations délivrées aux parents par les professionnels de santé concernant la MSN sont : ☐ Parfaitement claires ☐ Relativement claires ☐ Peu claires ☐ Pas du tout claires ☐ Ne sait pas
	Chez les femmes enceintes et/ou parents avec un enfant de moins de 2 ans, à quelle fréquence abordez-vous les facteurs protecteurs et/ou de risques de MSN: ☐ Chez tous les couples ☐ Chez 75 à 99% des couples ☐ Chez 50 à 75% des couples ☐ Chez 25 à 50% des couples ☐ Chez 1 à 25% des couples ☐ Jamais Quand donnez-vous des informations concernant la MSN ? NB: non applicable si réponse à la question précédente = jamais ☐ A l'entretien du 4^{ème} mois ☐ Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ☐ Lors des consultations de suivi de grossesse ☐ En post partum (lors des pesées du nouveau-né, des consultations d'allaitement, ...) ☐ Quand l'information est demandée ☐ A aucun moment précis Citer les 3 conseils sur lesquels vous insistez le plus: --- --- --- Lors de l'information aux parents, quel(s) support(s) utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) ☐ Information orale ☐ Information écrite (plaquettes d'informations, ...) ☐ Carnet de santé ☐ Site internet ☐ Vidéo ☐ Autres : _____
	Vos pratiques

Annexe 4 : Deuxième partie du questionnaire sages-femmes salariées

DELIVRANCE DE L'INFORMATION										
Connaissances des parents et/ou des futurs parents	Selon vous, les connaissances sur la MSN des futurs parents et/ou parents avec un enfant de moins de 2 ans sont : ☐ Suffisantes ☐ Moyennes ☐ Insuffisantes ☐ Nulles ☐ NSP Selon vous, les parents suivent les recommandations concernant la mort subite du nourrisson: ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais Selon vous, les informations délivrées aux parents par les professionnels de santé concernant la MSN sont : ☐ Parfaitement claires ☐ Relativement claires ☐ Peu claires ☐ Pas du tout claires ☐ Ne sait pas									
	Chez les femmes enceintes et/ou parents avec un enfant de moins de 2 ans, à quelle fréquence abordez-vous les facteurs protecteurs et/ou de risques de MSN: ☐ Chez tous les couples ☐ Chez 75 à 99% des couples ☐ Chez 50 à 75% des couples ☐ Chez 25 à 50% des couples ☐ Chez 1 à 25% des couples ☐ Jamais									
	Quand donnez-vous des informations concernant la MSN ? NB: non applicable si réponse à la question précédente = jamais <table border="0"> <tr> <td>Pour les sages-femmes en suite de couche :</td> <td>Pour les sages-femmes en consultations :</td> </tr> <tr> <td>☐ Le jour de la sortie</td> <td>☐ Lors de l'entretien du 4^{ème} mois</td> </tr> <tr> <td>☐ Pendant le séjour</td> <td>☐ Lors des suivis de grossesse</td> </tr> <tr> <td>☐ Quand l'information est demandée</td> <td>☐ Quand l'information est demandée</td> </tr> <tr> <td>☐ A aucun moment précis</td> <td>☐ A aucun moment précis</td> </tr> </table> Citer les 3 conseils sur lesquels vous insistez le plus: --- --- --- Lors de l'information aux parents, quel(s) support(s) utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) ☐ Information orale ☐ Information écrite (plaquettes d'informations, ...) ☐ Carnet de santé ☐ Site internet ☐ Vidéo ☐ Autres : _____	Pour les sages-femmes en suite de couche :	Pour les sages-femmes en consultations :	☐ Le jour de la sortie	☐ Lors de l'entretien du 4 ^{ème} mois	☐ Pendant le séjour	☐ Lors des suivis de grossesse	☐ Quand l'information est demandée	☐ Quand l'information est demandée	☐ A aucun moment précis
Pour les sages-femmes en suite de couche :	Pour les sages-femmes en consultations :									
☐ Le jour de la sortie	☐ Lors de l'entretien du 4 ^{ème} mois									
☐ Pendant le séjour	☐ Lors des suivis de grossesse									
☐ Quand l'information est demandée	☐ Quand l'information est demandée									
☐ A aucun moment précis	☐ A aucun moment précis									
Vos pratiques										

Annexe 5 : Troisième partie du questionnaire commune

DELIVRANCE DE L'INFORMATION	
Problèmes rencontrés à l'information	Lorsque vous délivrez l'information à une famille, vous le faites généralement : ☐ Une fois ☐ A plusieurs reprises
	Vous sentez vous à l'aise quand vous abordez ce sujet ? ☐ Oui ☐ Non si non, pourquoi ? _____
	Selon vous, les informations concernant la MSN qui vous sont délivrées au cours de votre formation (initiale ou continue) sont : ☐ Parfaitement claires ☐ Relativement claires ☐ Peu claires ☐ Confuses ☐ Contradictaires ☐ Pas du tout claires ☐ Insuffisantes ☐ Inexistantes
	Pensez-vous faire face à des phénomènes de « croyance et/ou à priori » des parents vis-à-vis des recommandations sur la MSN (position de couchage etc...)? ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
	Rencontrez-vous d'autres problèmes à l'information : (manque de supports, manque de coordination des intervenants, diversité des discours, manque de formation...) : ☐ Non ☐ Oui
	Si oui lesquels : ☐ Manque de supports ☐ Manque de temps ☐ Messages contradictoires ☐ Manque de formation ☐ Autres : _____
	Selon vous, quel professionnel de santé serait le plus concerné pour délivrer une information aux parents? (Plusieurs réponses possibles) ☐ Les médecins généralistes ☐ Les pédiatres ☐ Les gynécologues-obstétriciens pendant la grossesse ☐ Les sages-femmes, à quel moment : ☐ pendant la grossesse ☐ en post partum lors du séjour en maternité ☐ en post partum avec la sage-femme libérale
	☐ Autres : _____

Annexe 6: Quatrième et cinquième parties du questionnaire communes

PREVENTION				
Dans le cadre d'une campagne de prévention, Quel(s) support(s) souhaiteriez-vous voir mis en place? (Plusieurs réponses possibles) ☐ Dépliants d'information (dans la salle d'attente) ☐ Affiches en salle d'attente ☐ Support écrit d'information orale à remettre au patient ☐ Campagnes télévisées ☐ Sites internet ☐ Autre, Préciser : _____				
Pensez-vous qu'il serait utile de rendre obligatoire l' « information sur la MSN » par une sage-femme lors de l'une des visites du suivi de grossesse ou lors d'une des visites des enfants après leur naissance (item à cocher dans le carnet de santé) ? ☐ Oui, tout à fait ☐ Oui, partiellement ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout				
si non, pourquoi ? _____				
Toujours à propos de la MSN, classez les items suivants:				
	Facteurs protecteurs	Facteurs de risque	Ni l'un, ni l'autre	Ne Sait Pas
Position de sommeil sur le ventre (décubitus ventral)	☐	☐	☐	☐
Position de sommeil sur le coté	☐	☐	☐	☐
Allaitement maternel	☐	☐	☐	☐
Faible niveau socio-économique	☐	☐	☐	☐
Prématurité	☐	☐	☐	☐
Tabagisme passif	☐	☐	☐	☐
Petite taille de la chambre	☐	☐	☐	☐
Couchage sur le canapé	☐	☐	☐	☐
Température de la chambre >20°C	☐	☐	☐	☐
Même chambre que les parents (Room sharing)	☐	☐	☐	☐
Partage du lit avec les parents (Co bedding)	☐	☐	☐	☐
Alimentation riche en lipides	☐	☐	☐	☐
Draps, couvertures dans le lit de l'enfant	☐	☐	☐	☐
Utilisation de tour de lit	☐	☐	☐	☐
Matelas surajouté dans lit parapluie	☐	☐	☐	☐
Utilisation de la tétine au moment du coucher	☐	☐	☐	☐
La consommation de drogues et/ou d'alcools par les parents	☐	☐	☐	☐

**CENTRE DE REFERENCE DE LA MORT SUBITE
DU NOURRISSON**

DR KARINE LEVIEUX
Médecin référent M.I.N



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous réalisons un travail portant sur la prévention de la mort subite du nourrisson (MSN). Comme vous le savez, de nombreuses campagnes d'information menées depuis une vingtaine d'années ont permis de faire baisser le nombre de décès ; néanmoins, on dénombre encore chaque année environ 500 décès en France par MSN dont 200 seraient évitables. Des facteurs de risque et de protection ont été identifiés mais sont encore insuffisamment connus et appliqués par les parents.

Votre rôle est déterminant dans la prévention de cette pathologie auprès des familles, aussi nous souhaitons vous associer à ce travail.

Il s'agit de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles auprès des professionnels de santé de Nantes et son agglomération concernant les modalités d'information des parents d'enfants de moins de deux ans et des femmes enceintes à propos des facteurs de risque de la mort subite du nourrisson. Les objectifs secondaires sont de définir et proposer de nouvelles modalités ou aides à l'information des familles dans ce domaine.

Nous vous sollicitons pour répondre à un bref questionnaire ci joint (inférieur à 5 min) dans le cadre d'un mémoire de sage-femme.

Vos réponses à ce questionnaire resteront anonymes ; l'enveloppe T vous facilitera le retour.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercions par avance pour votre participation.

L. Sicot
Etudiante sage-femme
Tel : 06 73 60 22 33
Mail : laurencesicot@live.fr

Dr K. Levieux
Médecin Référent Mort Inattendue du Nourrisson
Centre de référence Mort Inattendue du Nourrisson
Hôpital Mère Enfant
9 Quai Moncousu
44093 Nantes Cedex
Tel : 02 40 08 79 37
Mail : karine.levieux@chu-nantes.fr

Pr Gras-Leguen
Professeur des universités
Chef de service de pédiatrie
Hôpital Mère Enfant
9 Quai Moncousu
44093 Nantes Cedex

**CENTRE DE REFERENCE DE LA MORT SUBITE
DU NOURRISSON**

DR KARINE LEVIEUX
Médecin référent M.I.N



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je me permets de vous recontacter suite au courrier que je vous ai adressé il y a 1 mois et demi environ. Je réalise un état des lieux des pratiques actuelles auprès des sages-femmes libérales et hospitalières de Nantes et son agglomération concernant les modalités d'information des parents et des femmes enceintes à propos des facteurs de risque de la mort subite du nourrisson.

Je vous sollicite à nouveau pour répondre à un bref questionnaire (inférieur à 5 min) dans le cadre de mon mémoire de sage-femme. Vos réponses à ce questionnaire resteront anonymes ; l'enveloppe pré-timbrée qui vous est déjà parvenue vous facilitera le retour.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercie par avance pour votre participation.

L. Sicot
Etudiante sage-femme
Tel : 06 73 60 22 33
Mail : laurencesicot@live.fr

Annexe 9 : Lettre d'information sages-femmes salariées

CENTRE DE REFERENCE DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

DR KARINE LEVIEUX
Médecin référent M.I.N



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous réalisons un travail portant sur la prévention de la mort subite du nourrisson (MSN). Comme vous le savez, de nombreuses campagnes d'information menées depuis une vingtaine d'années ont permis de faire baisser le nombre de décès ; néanmoins, on dénombre encore chaque année environ 500 décès en France par MSN dont 200 seraient évitables. Des facteurs de risque et de protection ont été identifiés mais sont encore insuffisamment connus et appliqués par les parents.

Votre rôle est déterminant dans la prévention de cette pathologie auprès des familles, aussi nous souhaitons vous associer à ce travail.

Il s'agit de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles auprès des professionnels de santé de Nantes et son agglomération concernant les modalités d'information des parents d'enfants de moins de deux ans et des femmes enceintes à propos des facteurs de risque de la mort subite du nourrisson. Les objectifs secondaires sont de définir et proposer de nouvelles modalités ou aides à l'information des familles dans ce domaine.

Nous vous sollicitons pour répondre à un bref questionnaire ci joint (inférieur à 5 min) dans le cadre d'un mémoire de sage-femme.

Vos réponses à ce questionnaire resteront anonymes.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercions par avance pour votre participation.

L. Sicot

Etudiante sage-femme

Tel : 06 73 60 22 33

Mail : laurencesicot@live.fr

Dr K. Levieux

Médecin Référent Mort Inattendue du Nourrisson

Centre de référence Mort Inattendue du Nourrisson

Hôpital Mère Enfant

9 Quai Moncousu

44093 Nantes Cedex

Tel : 02 40 08 79 37

Mail : karine.levieux@chu-nantes.fr

Pr Gras-Leguen

Professeur des universités

Chef de service de pédiatrie

Hôpital Mère Enfant

9 Quai Moncousu

44093 Nantes Cedex

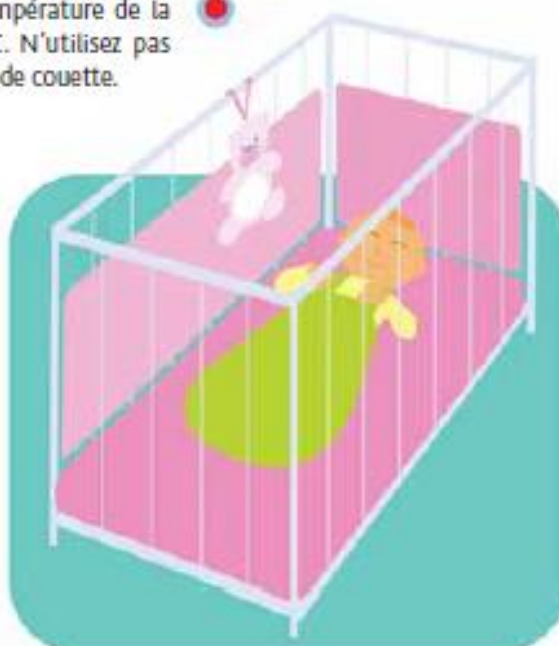


Sommeil

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



Ne le couvrez pas trop.



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

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

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

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.



CONSEILS DE PREVENTION



DANS QUELLE POSITION COUCHER VOTRE BÉBÉ ?



Pendant sa première année : **SUR LE DOS**

- Son visage reste dégagé, il respire à l'air libre,
- Il peut mieux lutter contre la fièvre,
- Il ne risque pas de s'enfouir sous les couvertures.

Un bébé ne doit être couché sur le ventre qu'en cas d'indication médicale particulière

DANS QUELLE LITERIE ?

- Jusqu'à l'âge de 2 ans, votre bébé doit dormir
 - Dans un lit rigide à barreaux,
 - Sur un matelas ferme bien adapté aux dimensions du lit,
 - Sans oreiller,
 - Sans couverture, ni couette.
- Vous éviterez ainsi le risque que votre bébé :
 - Se glisse sous la couette,
 - S'enfouisse le nez dans l'oreiller,
 - Se coince entre matelas et paroi du lit.



Car les conséquences peuvent être graves

La fumée de cigarette est mauvaise pour la santé de votre bébé

QUELLE TEMPÉRATURE DANS SA CHAMBRE ?



18 à 20°
N'ayez aucune crainte c'est suffisant.

- Un surpyjama, une gigoteuse, ou une turbulette dont l'épaisseur variera avec la saison convient très bien,
- Ne couvrez pas votre bébé, surtout :
 - Si vous mettez le chauffage en voiture,
 - Les jours de grosse chaleur,
 - En cas de fièvre, n'hésitez pas à le découvrir.

**Respectez le sommeil de votre bébé :
un bébé privé de sommeil est plus fragile et plus vulnérable**

VOTRE BÉBÉ NE PARLE PAS ENCORE, MAIS IL S'EXPRIME DÉJÀ...

Apprenez à comprendre ses messages :

- Pleurs, refus de biberon, vomissements, rejets abondants, fièvre, etc... C'est sa façon de dire que quelque chose ne va pas
- Gardez votre bébé en position verticale un quart d'heure après le biberon.
- Apprenez lui à jouer sur le ventre lorsqu'il est éveillé.

CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN

- Si votre bébé régurgite beaucoup ou vomit,
- Si il est gêné pour respirer, même sans fièvre,
- Si il a de la fièvre (plus de 38°),
- Si son comportement n'est pas comme d'habitude (pleurs très importants, grosse somnolence),
- Si il devient très pâle ou bleu.

Ne donnez aucun médicament à votre bébé sans l'avis de votre médecin



Assureurs
Prévention
Santé

Annexe 12: Fiche distribuée par Assurance Prévention



Tous concernés !

De quoi s'agit-il ?

C'est le décès incompréhensible à première vue et imprévisible, le plus souvent pendant le sommeil, d'un tout-petit qui semblait jusqu'ici en bonne santé apparente.

À qui ça arrive ?

C'est bien ça le problème : il n'y a pas de signe annonciateur de ce drame. En revanche, tout ce qui peut favoriser la gêne respiratoire du tout-petit pendant son sommeil est pointé du doigt : dormir sur le ventre au risque de ne plus pouvoir relever la tête du matelas, a fortiori s'il est mou, c'est trop risqué. Dormir avec une couette ou un doudou contre lequel il y a un risque de s'étouffer, aussi. Tout ce qui comporte un risque d'enfouissement, de chaleur excessive, et qui gêne la respiration à l'air libre, doit être évité.

Pourquoi ça arrive ?

La ou les causes de la mort inattendue d'un nourrisson (MN) ne sont souvent comprises qu'à posteriori : infections, accident de lit, maladies cardiaques, digestives, métaboliques... quand on ne trouve pas du tout d'explication, on conclut à une mort "subite" du nourrisson (MSN).

Le saviez-vous ?

Prématurité et petit poids de naissance, tabagisme pendant la grossesse, sont des facteurs de risque classiques. Il en existe un autre, sur lequel les parents peuvent agir facilement : les erreurs portant sur le couchage de Bébé. Une meilleure information des parents devrait donc encore faire chuter le nombre de décès (environ 500 MN par an dont 250 MSN).



C'est une bonne idée

Pour coucher Bébé

Toujours sur le dos

Dès la naissance sur un matelas ferme, dans un lit rigide (par exemple, lit à barreaux) et sans rien qui puisse le gêner durant son sommeil, c'est la règle d'or.

Dans son propre lit

Le tout-petit doit toujours dormir dans son propre lit, néanmoins il est préférable de placer son lit dans la chambre des parents pendant les six premiers mois, afin de mieux le surveiller.

Pour protéger Bébé dans son lit

Pas d'oreiller, ni coussin, ni couette, ni drap, ni couverture
Que ce soit pour dormir la nuit ou pour une simple sieste, Bébé doit être couché avec une gigoteuse ou une turbulette pour le couvrir, ou encore un surpyjama, seul dans son lit à barreaux et dans une pièce non surchauffée.

Un matelas ferme et adapté au lit

Le matelas doit être ferme et de dimensions exactement adaptées aux montants du lit. Lorsque vous utilisez un lit parapluie, ne rajoutez pas de matelas à l'intérieur.

Attention aux tours de lit et aux grosses peluches

Toujours trop épais, le tour du lit représente un danger car Bébé peut y enfouir sa tête en dormant. Comme les doudous trop volumineux ou les grosses peluches.

De même, le cale-bébé est à bannir : il n'y a pas d'intérêt à obliger l'enfant tout petit à rester couché immobile sur le dos, et quand l'enfant devient capable de se retourner, le cale-bébé devient vite un piège.

Ce qu'il faut savoir !

Pas de tabac

Le tabac in utero puis un environnement fumeur est un facteur de risque de mort subite, mais aussi d'infections respiratoires, d'aggravation d'un asthme, d'otites chroniques et de régurgitations. Autant de bonnes raisons pour ne pas fumer en sa présence. Ni dehors, ni dans la maison. Ça vaut pour les deux parents, mais aussi pour la nounou et tous les adultes qui s'occupent du tout-petit !

Température sous contrôle

Dans une chambre, la température idéale est de 18 ou 19°C, pas plus. Un petit bébé se débrouille beaucoup mieux s'il fait frais que s'il a trop chaud. Découvrez votre bébé en voiture ou dans les magasins s'il y a du chauffage, et les jours de grosses chaleurs.

Mais aussi...

- Attention lorsque vous portez votre bébé (écharpe, foulard, porte-bébé, hamac...), il doit en permanence garder le nez dégagé.
- L'allaitement maternel est un petit facteur de protection.
- L'usage habituel d'une tétine également, si votre bébé a souvent besoin de téter.
- Apprenez à votre bébé à jouer sur le ventre lorsqu'il est réveillé.

La question à se poser

Si mon bébé régurgite, j'en parle à son médecin ?

Oui, si le petit "régurgiteur" dort très mal, n'est pas souriant, a mauvais appétit et/ou présente une altération de sa courbe de poids car tous ces éléments sont en faveur d'un reflux gastro-œsophagien à traiter.

Non, s'il régurgite juste un peu de lait après sa tétée, sans que cela affecte ni son sommeil, ni son appétit, ni sa croissance : c'est normal de régurgiter un peu de lait.

Ça sauve des vies !

De ne plus laisser Bébé dormir sur le ventre

Depuis que les pédiatres et les généralistes de tous les pays demandent aux parents de ne plus faire dormir Bébé sur le ventre, la mort subite du nourrisson a reculé de 75 % en moins de 20 ans. C'est donc très efficace !

De ne pas allonger Bébé immédiatement après son biberon ou sa tétée

Avec ou sans rot, attendre 15 minutes avant d'allonger un tout-petit qui vient de boire son lait, évite qu'il ne régurgite et s'étouffe, alors qu'il est déjà en position allongée.

De ne plus m'endormir avec Bébé dans mon lit

Avec ses oreillers, ses couettes ou ses couvertures, le lit d'un adulte, ou même un canapé, n'est vraiment pas adapté à Bébé, il risque d'avoir trop chaud et de s'enfouir le visage. En plus, des accidents d'écrasement thoracique arrivent quand l'adulte dort profondément. Que ce soit pour une courte sieste ou une longue nuit, c'est donc chacun dans son lit !

Si vous allaitez dans votre lit, replacez votre bébé dans son lit avant de vous rendormir.

Ne secouez jamais votre bébé, sa tête et son cou sont fragiles.

Le saviez-vous ?

La mort inattendue du nourrisson peut toucher un bébé de 0 à 24 mois, mais dans 8 cas sur 10, elle survient avant l'âge de 6 mois.



Allo les "pros" ?

Quand appeler votre médecin ou les secours d'urgence au 15 ?

- Il est anormalement somnolent.
- Sa température est très élevée (plus de 38° avant 3 mois) ou anormalement basse (moins de 36°).
- Sa peau est blutée ou marbrée.
- Ses pleurs sont incessants.
- Il refuse tout biberon ou tétée.
- Il est gêné pour respirer.

Les centres régionaux de référence pour la MSN

Depuis 1986, ces centres diffusent toute information sur la mort subite du nourrisson et prennent en charge les enfants décédés et leurs familles (selon les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé de 2007). Vous pouvez obtenir les coordonnées du Centre de votre région en appelant le 15, ou sur le site de l'association Naître et Vivre.

L'association Naître et Vivre

Reconnue d'utilité publique, l'association a pour but l'étude des problèmes liés à la mort inattendue du nourrisson, l'accueil et l'accompagnement des parents en deuil d'un tout-petit, et l'aide à la recherche médicale.

Ligne écouteurs (24h/24) : 01 47 23 05 08.

Naître et Vivre, 5 rue La Pérouse, 75116 Paris
contact@naître-et-vivre.org
www.naître-et-vivre.org



Sources : Institut de Veille Sanitaire (InVS). "Les morts inattendues des nourissons de moins de 2 ans : enquête nationale 2007-2009", mars 2011. American Academy of Pediatrics, Pediatrics 2011;128e:1341-1347.

Informations médicales validées par l'expertise du Pr Christophe Dupont, (Hôpital Necker, Paris) et du Dr Elisabeth Briand-Huchet, pédiatre (Hôpital Antoine Bécère, Clamart).



Plus d'informations sur www.assureurs-prevention.fr

Annexe 13 : Brochure « les règles d'or de ma première année »

PROTÉGEZ-MOI DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

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

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

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

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

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



PROTÉGEZ MA SANTÉ EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

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

PROTÉGEZ-MOI DES INFECTIONS

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

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

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

ALLO DOCTEUR

**SAMU 15
ou 112 par téléphone portable**



PROTÉGEZ-MOI !

Les règles d'or de ma première année















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.

DRING!

JE SUIS GÊNÉ, JE NE RÉPOND PAS.

SOYEZ ATTENTIF

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

NE ME SECUEZ PAS

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



PROTÉGEZ-MOI LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

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

POUR LE TRANSPORT EN VOITURE

Je dois être attaché :

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

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

www.securite routiére.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.

















Je fais dodo sur le dos ! ...

**... Sur un matelas ferme,
sans oreiller ni couette**

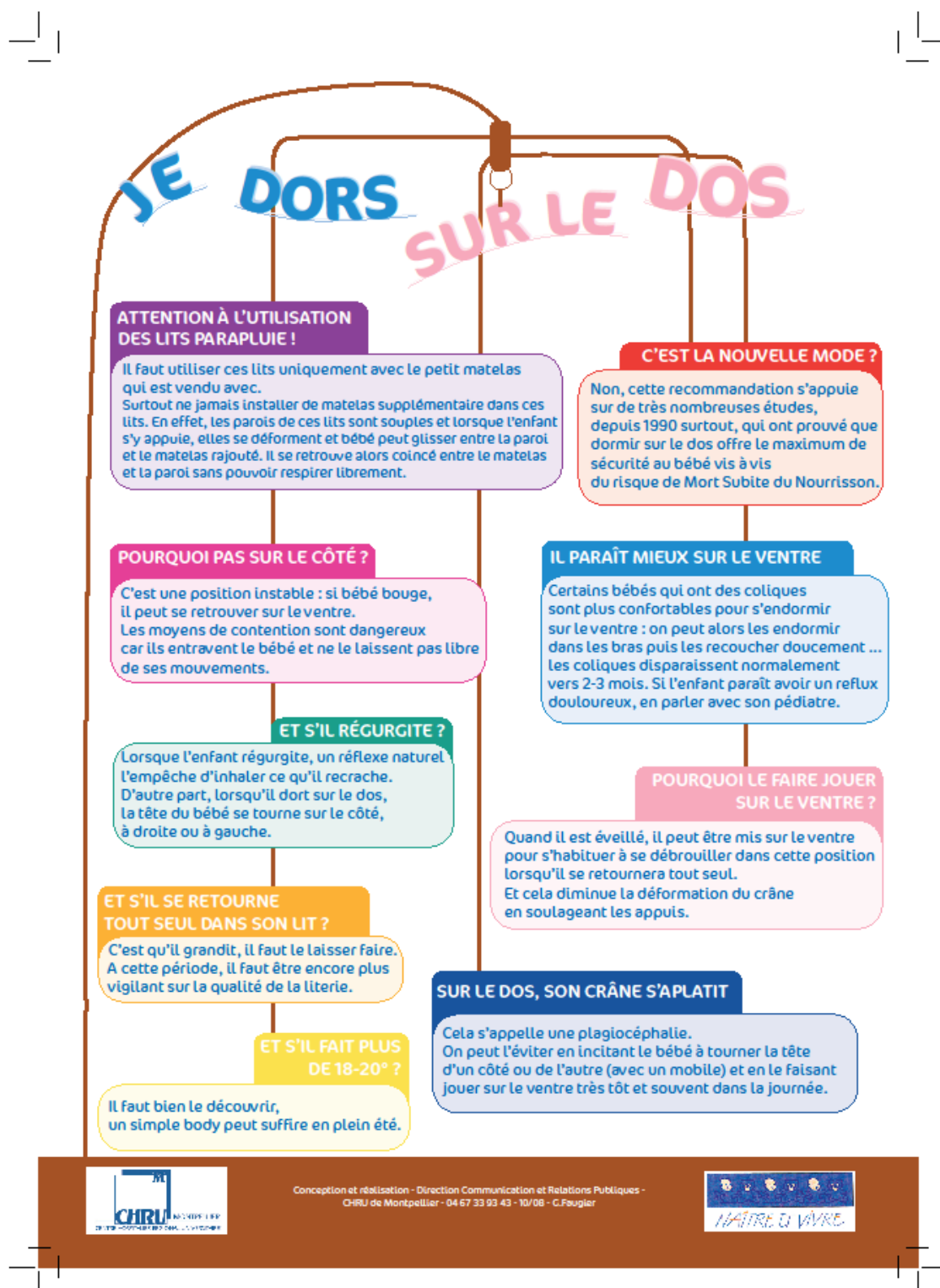


The illustration shows a baby lying on its back in a metal crib. Above the baby, a thermometer shows a temperature of 18 degrees Celsius, and a circular icon with a diagonal line through it is also present. A person is standing next to the crib, looking down at the baby. The entire scene is set against a pink background.

**Prévention de la mort subite
du nourrisson**

**Assureurs
Prévention
Santé**
Les assureurs s'engagent dans la prévention
www.ffsa.fr

NAÎTRE ET VIVRE
www.naitre-et-vivre.org



Couchage et sommeil

Position sur le dos pour la prévention de la mort subite du nourrisson



- Couchez toujours votre bébé sur le dos, dans une turbulette adaptée à sa taille, sans oreiller ni peluche.
- La température de la chambre doit être entre 18° et 20°. Pensez à aérer tous les jours quand bébé n'y est pas.

Le sommeil

- Les premiers mois, votre bébé ne dort pas encore toute la nuit (sauf exception). Dans la mesure du possible, il est important de respecter le sommeil et le repos de votre enfant.
- Vivez au rythme de votre bébé : s'il dort la journée, faites une sieste.

Déformation de la tête

Le crâne de votre bébé peut être aplati (plagiocéphalie). Ce n'est pas un problème grave.

Cela apparaît lorsque le bébé garde la tête dans la même position. La plagiocéphalie peut être associée à un torticolis.



→ Comment prévenir la déformation :

- Changez la position des jouets et des mobiles pour que votre bébé regarde dans des directions différentes.
- Quand votre bébé est éveillé, et uniquement sous la surveillance d'un adulte, mettez votre bébé sur le ventre ou sur le côté dans un environnement sécurisé (tapis d'éveil).

RESUME

Depuis les années 2000, le nombre de morts inattendues du nourrisson (MIN) en France (environ 400 par an) reste constant après une diminution considérable dans les années 1990. La prévention étant un moyen essentiel pour limiter les risques de MIN, il nous a semblé intéressant de s'y intéresser chez les sages-femmes, professionnelles de première ligne.

Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer si une information concernant la MIN était délivrée par les sages-femmes de Nantes et son agglomération aux femmes enceintes et aux parents d'enfants de moins de 2 ans, ainsi que les modalités et les éventuels obstacles à cette information. Nous souhaitions également connaître leur niveau de connaissance concernant les facteurs de risque et protecteurs de la MIN.

Afin de réaliser un état des lieux des pratiques des sages-femmes, nous avons distribué un questionnaire à 157 sages-femmes exerçant dans différents secteurs d'activité (libéral, clinique privé, ESPIC et hôpital public) sur une période d'environ 4 mois.

Au total, 96 questionnaires ont pu être exploités dont les résultats montrent une prévention systématique dans 31% des cas, avec de fréquentes difficultés rencontrées (56%) : manque de supports (42%), sujet difficile à aborder (12%) ou encore confrontation à des phénomènes de croyance (61%).

La prévention doit être renforcée pour que l'ensemble des parents et/ou futurs parents soient informés. Pour cela, il est important que les sages-femmes se forment, le syndrome de la MIN étant complexe et les facteurs de risque nombreux.

Mots-clés : Mort Inattendue du Nourrisson – prévention - sages-femmes - pratique professionnelle