



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY

Ecole de Sages-femmes de METZ

La mort inattendue du nourrisson

Pour une prévention systématique en suites de couches

Mémoire présenté et soutenu par
MAUCHAUFFE Emilie

Née le 05 AOÛT 1985
Formation 2005-2012

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur HUBERT, pédiatre, pour son aide à l'élaboration de ce travail.

Un grand merci aux femmes que j'ai interrogées qui se sont montrées très intéressées par mon étude et qui n'ont pas hésitées à m'accorder de leur temps.

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire à travers les échanges sur le sujet, notamment les formatrices de mon Ecole et enfin je remercie les membres de ma famille pour leur soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
---------------------------	---

Première partie : La mort inattendue du nourrisson

1	Généralités	8
1.1	Définitions [1].....	8
1.1.1	La mort inattendue du nourrisson (MIN) selon l'HAS [2]	8
1.1.2	Le malaise grave et inopiné du nourrisson (MGIN) [3].....	9
1.2	Données épidémiologiques en France selon les chiffres de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) : [4] [5] [6] [7] [8].....	10
1.2.1	Evolution entre 1970 et 2005 :	11
1.2.2	La situation en 2005 :	12
2	Une diversité et une évolution des idées	12
2.1	Les pratiques de puériculture selon les ethnies et incidence sur la MIN [9]	12
2.2	La position de couchage : [10] [11].....	14
3	Etiologies [12] [13] [14].....	16
3.1	Etiologies des MIN.....	16
3.2	Physiopathologie et causes des MSN	19
4	Les facteurs de risques et les facteurs protecteurs [16] [17]	20
5	Un problème de santé publique [24] [25]	23
5.1	Un problème de santé publique à part entière :	24
5.2	Qu'est ce que la prévention ?.....	24
5.2.1	Le rôle de la sage-femme et des professionnels de santé [26][27].....	25
5.2.2	Les campagnes de prévention en France :	26
5.3	Les messages de prévention : [28].....	27

Deuxième partie : Enquête et Résultats

1	Présentation de l'étude	30
2	Résultats de l'enquête :	32
2.1	Les entretiens réalisés en suites de couches :	32
2.1.1	La population étudiée :	32
2.1.2	Déroulement de la grossesse	35
2.1.3	L'accouchement	39

2.1.4	Connaissances des patientes et pratiques de puériculture envisagées	42
2.1.5	Recherche d'informations.....	45
2.1.6	Informations reçues concernant les pratiques de puériculture	46
2.1.7	Savez-vous pourquoi les précautions sont importantes ?	48
2.2	Les entretiens téléphoniques	49
2.2.1	Les premiers mois de maternité.....	49
2.2.2	La visite de sortie	49
2.2.3	Le retour à domicile	50
2.2.4	Applications des règles de puériculture.....	50
2.2.5	Souhait des accouchées.....	50
2.2.6	Le meilleur moment pour aborder les règles de puériculture relatives à la prévention de la mort inattendue du nourrisson	51

Troisième partie : Pour une prévention systématique

1	Analyse des graphiques.....	53
1.1	Profil des patientes interrogées :	53
1.2	Le déroulement de la grossesse.....	54
1.3	L'accouchement.....	56
1.4	Connaissances des patientes et pratiques de puériculture envisagées.....	57
1.5	Analyse des entretiens téléphoniques	62
2	Conclusions apportées par l'analyse.....	63
3	Pour une meilleure prévention	64
3.1	Mieux informer les femmes	64
3.1.1	Echanges avec les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture	64
3.1.2	Différents temps et outils pour informer les femmes avant leur retour à domicile avec leur enfant	65

CONCLUSION.....70

BIBLIOGRAPHIE.....71

Introduction

Un enfant couché seul, dans une literie sécuritaire et en position dorsale : voici les principaux messages de prévention à faire passer à la population afin de réduire le risque de mort subite et inexpliquée du nourrisson (MSIN). Il s'agit de conseils simples et efficaces. La dernière étude américaine en date d'Octobre 2011 indique que 50 % des morts subites et inexpliquées du nourrisson interviendraient dans un environnement de sommeil partagé. De plus nous avons pu constater ceci dans un fait divers récent, relatant la mort subite d'un nourrisson qui dormait dans le lit de ses parents. En France, en 2008, 244 décès par mort subite et inexpliquée ont été enregistrés. Parmi ces décès 70% seraient dus à une erreur de couchage.

D'après ces quelques données, la mort subite et inexpliquée du nourrisson apparaît donc bien évidemment comme un problème de santé publique dans notre pays. Avec une prévention bien menée, des erreurs peuvent être évitées et des vies sauvées.

Le public majoritairement concerné étant les femmes enceintes et les accouchées, la sage-femme apparaît comme étant un interlocuteur privilégié. Que ce soit, pendant la grossesse avec les consultations prénatales ou les séances de préparation à la naissance, pendant le séjour en suites de couches et la visite de sortie de la maternité, la sage-femme va accomplir son rôle préventif en écoutant les nouveaux parents, en les questionnant sur leurs connaissances et en les conseillant. Durant ces différents temps, elle va préparer la femme à se retrouver seule à son domicile et va lui apporter les notions nécessaires en matière d'hygiène et d'éducation à la santé afin que cette femme adopte les bons gestes envers son enfant. La prévention pour réduire le risque de mort subite et inexpliquée du nourrisson fait partie de son rôle professionnel.

Dans une première partie, nous allons voir les définitions en rapport avec la mort subite et inexpliquée du nourrisson. Nous parlerons des différentes étiologies et détaillerons les facteurs de risques. Enfin nous aborderons le rôle de la sage-femme au sein de cette prévention et les messages à transmettre aux parents. La deuxième partie concerne le résultat de l'enquête que j'ai menée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 60 accouchées au sein des services de suites de couches de l'Hôpital Maternité de METZ. L'étude m'a permis de mettre en évidence les connaissances des accouchées sur les différentes pratiques de puériculture visant à réduire la mort subite et inexpliquée du nourrisson et d'apporter certaines propositions quant à la mise en place de cette prévention.

Première Partie

***La mort inattendue du
nourrisson***

1 GENERALITES

1.1 Définitions [1]

La notion de mort subite du nourrisson apparaît en Angleterre au XIXème siècle sous le terme de « Sudden Infant Death Syndrome ». En 1969, le docteur BECKWITH va travailler sur une première définition très large de la MSN : « décès soudain d'un enfant, inattendu de par son histoire et dont le bilan post mortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate de décès ». Il ne va pas poser de cadre en termes d'âge de l'enfant. En 2000, les professeurs FLEMMING et BLAIR vont affiner ceci en parlant de mort inattendue du nourrisson (MIN) : « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson qui rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». En 2004 va naître la définition des médecins KROUS et BECKWITH : « un décès inexplicable d'un enfant de moins d'un an, survenant pendant le sommeil, qui reste inexplicable après des investigations post mortem comprenant une autopsie complète et une revue des circonstances du décès et de l'histoire clinique ».

1.1.1 La mort inattendue du nourrisson (MIN) selon l'HAS [2]

Dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de Février 2007, cinq groupes concernant les Morts Inattendues du Nourrisson (MIN) sont catégorisés :

- Dans la première catégorie, on retrouve des morts inattendues et inexplicables à l'autopsie (correspondant à la MSIN) c'est-à-dire, « une mort subite et inattendue d'un enfant de moins de un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexplicable après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure ».
- Dans une seconde catégorie sont regroupées les morts survenues lors d'une pathologie aiguë qui n'avait pas été considérée par les parents, les personnes en charge de l'enfant et/ou par les professionnels de santé, comme comportant un risque vital.

- Ensuite, il y a les morts survenues lors d'une maladie aiguë et brutale, évoluant depuis moins de 24 heures chez un enfant qui était en bonne santé auparavant, ou survenue par la suite, si des soins intensifs ont été donnés dans les premières 24 heures.
- Puis, les morts résultant de conditions pathologiques préexistantes qui n'avaient pas été identifiées par des professionnels de santé.
- Et enfin, les morts résultants de toute forme d'accident, de traumatisme ou d'empoisonnement.

1.1.2 Le malaise grave et inopiné du nourrisson (MGIN) [3]

Le malaise du nourrisson était appelé auparavant « rescapé de mort subite ». C'est un malaise grave qui sans intervention extérieure peut entraîner l'enfant vers le décès. C'est la survenue d'un accident qui pour l'observateur, représente un risque de mort imminente. La description est assez précise lorsque le malaise survient dans les bras ou sur une table à langer par exemple. La durée annoncée de l'épisode est un peu aléatoire à cause du risque d'amplification dû à l'angoisse des parents. Le diagnostic est subjectif puisqu'il dépend de la réaction des personnes proches de l'enfant au moment du malaise. Il peut s'agir d'un accès de cyanose ou de pâleur, avec apnée, hypo ou hypertonie ou suffocation.

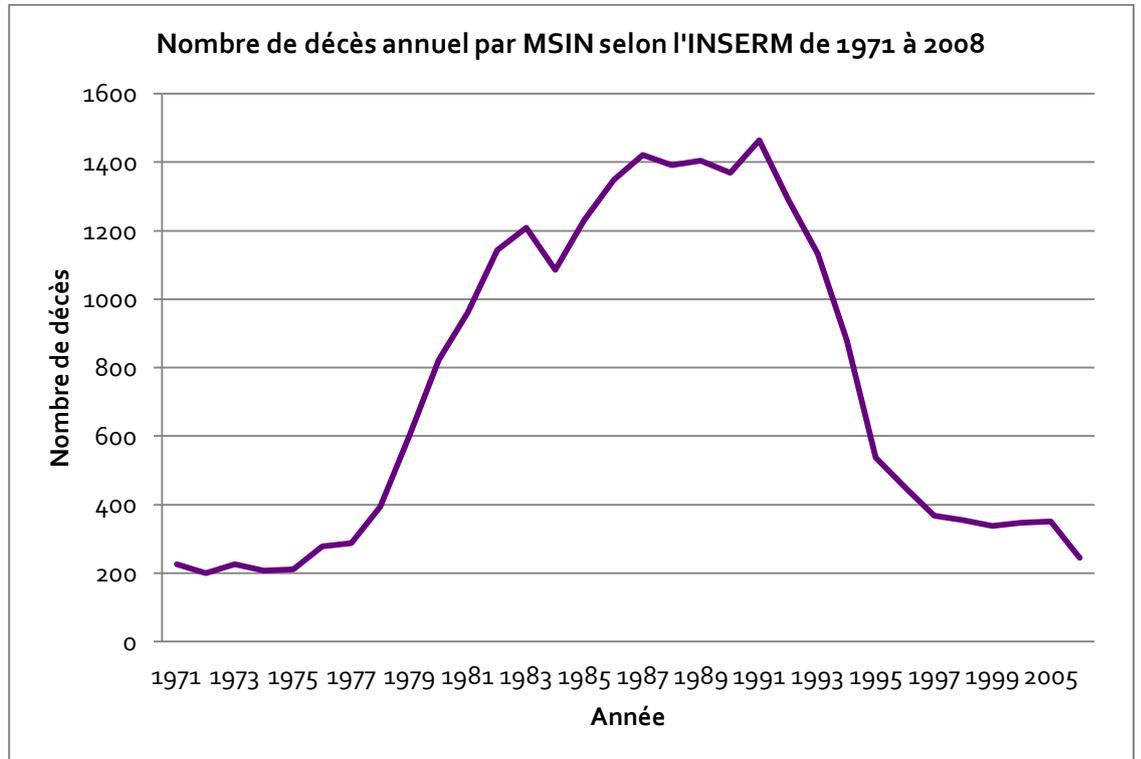
Dans de nombreux cas, le malaise reste unique et inexpliqué, et aucun chiffre n'est à ce jour disponible pour connaître la prévalence, l'incidence et la morbidité liée à ce type de malaises.

1.2 Données épidémiologiques en France selon les chiffres de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) : [4] [5] [6] [7] [8]

Année	Nombre de décès par MIN
1971	225
1972	200
1973	225
1974	208
1975	211
1976	278
1977	287
1978	394
1979	604
1980	823
1981	960
1982	1143
1983	1208
1984	1086
1985	1231
1986	1349
1987	1421
1988	1391
1989	1405
1990	1369
1991	1464
1992	1291
1993	1133
1994	880
1995	538
1996	451
1997	398
1998	354
1999	338
2000	348
2005	350
2008	244

1.2.1 Evolution entre 1970 et 2005 :

L'évolution du taux de décès par MSN entre 1975 et 2005 présente quatre phases qui sont aisément repérables graphiquement selon les chiffres de l'INSERM :



- On voit tout d'abord une période de croissance rapide entre 1975 et 1980.
- On assiste ensuite à une progression plus modérée entre 1981 et 1991. C'est en 1991 que le taux a été le plus élevé, amenant le nombre de décès par MSN à 1464 pour cette année-ci.
- A partir de 1992, il y a une chute brutale des taux de MSN jusqu'en 1997 (- 72%). Elle serait due à l'application des recommandations préconisant un couchage sur le dos associée à de meilleures conditions de literie et environnementale.
- Enfin depuis 1998, la baisse se poursuit mais est nettement plus faible.

1.2.2 La situation en 2005 :

En 2005, en France, le taux de décès par MSIN est de 31.9/100 000 naissances vivantes.

Cela constitue environ 350 décès par an dans notre pays.

Il s'agit de la 3^{ème} cause de mortalité infantile pour l'ensemble des enfants de moins de 1an, la 1^{ère} cause étant les affections périnatales et la 2^{nde} les malformations congénitales.

Il existe un pic de mortalité entre le 2^{ème} et le 4^{ème} mois de vie. 95% des morts ont lieu avant la fin du 6^{ème} mois de vie. Deux enfants touchés sur trois sont des garçons. Le nombre d'enfants prématurés, d'hypotrophies et de retards de croissance intra-utérins est plus élevé que dans la population générale. Les courbes de mortalité se superposeraient aux courbes des infections virales saisonnières automnaux-hivernales.

Les dernières données datent de 2008, 244 décès par MSIN ont été enregistrés en France. 70% de ces enfants étaient dans une mauvaise position de couchage ou dormaient dans une literie non adaptée.

Des données frappantes qui correspondent donc à l'historique que nous allons détailler et à la mise en place des campagnes de prévention, visant à promouvoir la santé individuelle et collective.

2 UNE DIVERSITE ET UNE EVOLUTION DES IDEES

2.1 Les pratiques de puériculture selon les ethnies et incidence sur la MIN [9]

Le modèle familial occidental tend à favoriser l'autonomie de l'enfant, lui apprendre à se séparer de l'adulte, afin de satisfaire rapidement aux activités sociales et aux besoins du monde du travail. En occident, le nourrisson se retrouve souvent isolé dans une chambre très calme pour dormir. Mais 80 à 90% des MSIN surviennent pendant le sommeil de l'enfant, pendant que celui-ci est seul ou avec d'autres enfants incapables de surveillance. Il apparaîtra que le laisser seul est une donnée récente dans l'évolution de l'espèce humaine, probablement peu adaptée à son immaturité neurologique. De plus, exprimer un trouble pour le nourrisson passe

par les pleurs, par des postures ou des mimiques qui ne seront appréciables que par une proximité avec cet enfant.

Des travaux anglo-saxons ont confrontés ces pratiques de soins occidentales à celles d'autres pays en ouvrant une perspective culturelle et anthropologique au syndrome de MSIN. Ces travaux tendent à prouver que le risque de MSIN est plus élevé dans les pays développés occidentaux que dans les sociétés traditionnelles non occidentales. A savoir que le taux de MSN n'est pas connu dans ce second groupe par manque d'étude épidémiologique, la MSN y existe mais serait noyée au milieu d'un grand nombre d'autres causes de mortalité infantile. Cependant, des témoignages retenus en Afrique et en Asie pourraient faire sérieusement penser qu'elle y serait moins fréquente.

Selon les ethnies, des variations de fréquence de MSIN ont été mises en évidence : la première faisant état d'une plus grande fréquence de MSIN dans la population de race noire aux Etats-Unis et chez les Indiens par rapport aux populations de race blanche. C'est ainsi que les facteurs socio-économiques apparaissent comme une raison à cela puisque ces populations auraient un moindre accès aux soins médicaux, un style de vie « à risque » avec des grossesses rapprochées et précoces, avec consommations de produits illicites.

Des constatations identiques seront faites chez les Maori en Nouvelle-Zélande. En 1984, Davies a montré la faible incidence de la MSIN à Hong-Kong, en expliquant ceci par le fait que les nourrissons n'étaient jamais seuls et étaient toujours sous la surveillance d'une personne plus âgée.

Ensuite d'autres études anglo-saxonnes à la fin des années 1980 et au début des années 1990, amènent à des conclusions identiques en ayant comparé l'incidence de la MSIN dans différents groupes d'immigrés originaires de l'Inde et d'Asie à celle dans des groupes d'autochtones anglais. Il en résulte que l'incidence de la MSIN est plus faible dans la population immigrée bien qu'ayant un niveau socio-économique plus faible. La différence réside ici dans les pratiques de puériculture : en effet, les nourrissons anglais sont soumis aux pratiques occidentales que nous avons abordées précédemment alors que les nourrissons asiatiques sont moins souvent sur le ventre, sont moins exposés au tabagisme passif, n'est jamais laissé seul, dort dans la chambre de ses parents qui répondent immédiatement aux pleurs du bébé. Le

même constat sera fait au Zimbabwe en Afrique, en Thaïlande et dans la population turque en Allemagne.

En Afrique, le bébé dort au contact de sa mère sur une natte posée sur le sol ou dans un lit. Dans la journée, il est porté sur le dos et reste donc en contact permanent avec sa mère.

Il conviendra de dire que selon les cultures nous aurons alors des modes de contacts et des types de stimulations sensorielles différents (l'utilisation ou non de matériels de puériculture induisant alors la distance par rapport aux corps). Ainsi, les interactions tactiles prévalent dans les pays d'Afrique, d'Asie, à l'instar du modèle européen ou américain se caractérisant par des modes d'interaction par le regard et par la voix. On retrouve également des croyances, des idéologies, des représentations collectives concernant la maternité, l'enfance, et bien sûr la place de l'individu dans la société.

Il est donc plutôt intéressant de voir la manière selon laquelle la structure de la famille et les représentations transculturelles influent sur les pratiques de soins et de puériculture et donc sur des phénomènes tel que le syndrome de MSIN. Cela permet de mettre en évidence les facteurs de risques et de pouvoir savoir sur quels points il faut se pencher pour aborder des réflexions et ainsi améliorer une telle situation. Par exemple, nous pouvons tirer de ces études le fait que l'isolement précoce du nourrisson ne semble pas à encourager. Le partage la chambre avec les parents dans les premiers mois de vie est donc approprié afin de permettre une meilleure surveillance de l'enfant.

2.2 La position de couchage : [10] [11]

Traditionnellement en Europe, les nourrissons étaient placés en position dorsale ou latérale pour dormir. Pendant les années 60, un groupe de chercheurs a suggéré qu'il y aurait plus d'avantages, notamment pour les prématurés à dormir en position ventrale. En effet, ENGELBERTS et DE JONG s'intéresseront à la question et mettent en évidence que la position ventrale favorise les échanges gazeux, diminue les reflux gastro-œsophagien, prévient les scoliose, induit développement psychomoteur plus rapide, et apaiserait les coliques. Toutefois, il faut savoir que les auteurs n'ont pas niés les limites sévères de leurs études, incluant de nombreux biais, ou des extrapolations injustifiées.

Malgré cela, cette étude a été suffisante pour inciter de nombreux pédiatres à promouvoir la position ventrale tout d'abord au Pays-Bas à partir de 1970 puis dans d'autres pays d'Europe. Tout ceci s'est alors associé avec une augmentation de la mortalité néonatale aux Pays-Bas entre 1974 et 1983. C'est alors que des divergences d'opinion ont éclaté à propos du fait qu'il existerait ou non réellement un problème de mort subite du nourrisson à part entière. Des recherches ont alors débutées à propos de ce nouveau « syndrome » car la mort subite du nourrisson devient un problème de santé publique suite à l'augmentation des cas.

Dans le milieu des années 80, l'importance de la position de couchage commence à être soulevée. En 1983, le professeur SENEAL va préconiser le retour du couchage sur le dos en France. En 1985, un examen des aspects historiques de la mort subite du nourrisson, publiée dans « Archives of Disease in Childhood » a énuméré plusieurs éventuels facteurs étiologiques, mais elle ne parle pas de la position de couchage. Plus tard dans cette année 1985, la première suggestion association MSN et position de couchage sur le dos apparaît dans la littérature anglaise suite à une étude faite à Hong Kong. L'opinion qui prévaut dans de nombreux pays a commencé à changer après la publication de deux études réalisées en Australie montrant une association entre sommeil sur le ventre et MSN. Cette idée est soutenue par une étude française portant sur la mort subite débutée en 1986 et financée par l'INSERM. En 1988, toutes les études réalisées ainsi que certains autres travaux non publiés ont été résumés par BEAL dans le LANCET. Cela montrera alors une association constante, importante et solide entre les MSN et la position de sommeil. D'autres études seront alors menées, en Nouvelle-Zélande notamment, amenant à la même conclusion précédente. En résumé, il y avait un ensemble grandissant de preuves dans les années 1980 à partir des études cas-témoins réalisées dans plusieurs pays, suggérant une association entre la position de couchage et la MSN. En 1987, les Pays-Bas ont estimé cela été suffisamment prouvé pour recommander la position de couchage sur le dos et ont alors observés une baisse significative des MSN. Toutefois, la publication d'études de contrôle de la prospective de cas faite à Avon en 1990, de la Nouvelle-Zélande et la Tasmanie en 1991 ajoute de la solidité à cette avancée. C'est ainsi que les campagnes de prévention se propagent dans les autres pays ; début 1990 en Norvège, Suède puis aux Etats-Unis et au Canada.

En France, en 1993 l'association Naître et Vivre et la Direction Générale de la Santé(DGS) vont mettre en place des groupes de travail concernant les actions de prévention à entreprendre dans le pays.

A partir de 1994, la campagne débute après une discussion de la réunion annuelle du groupe d'études de langue française de la MSN à Besançon. Elle recommandait la position latérale et la position dorsale pour le nouveau-né. Des conseils portant sur l'environnement ont été ajoutés. Une campagne française conseille aux parents de coucher leur enfant sur le dos la nuit et sur le ventre en période de jeu. Ces recommandations se retrouvent au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans les pays nordiques. Par contre, la position latérale a été remise en question, certaines études cas témoins ont permis de conclure que la position dorsale était la plus sûre car un enfant couché sur le côté a deux fois plus de risques de décéder subitement qu'un enfant couché sur le dos en raison de l'instabilité de la position latérale. Cependant, si ces études montrent qu'en effet plus de la moitié (en moyenne) des enfants couchés sur le côté se retrouvent le matin au réveil dans une autre position, elles montrent également qu'ils sont alors retrouvés plutôt sur le dos, très peu sur le ventre.

La préconisation actuelle de la position ventrale en période de jeu s'appuie sur un certain nombre d'études montrant que les enfants couchés sur le dos acquièrent plus tardivement certains stades psychomoteurs que les enfants couchés sur le ventre. Quelques études ont également remarqué une incidence accrue des plagiocéphalies depuis que la position dorsale est recommandée. La position ventrale est donc maintenant recommandée en période d'éveil afin de limiter les effets de la position dorsale sur la forme de la tête et de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant.

3 ETIOLOGIES [12] [13] [14]

3.1 Etiologies des MIN

On ne peut parler de MIN, que si à la fin de l'enquête étiologique aucune explication n'est trouvée (mais nous recherchons toujours des explications, il est difficile de se dire que c'est inévitable).L'étiologie de la MSIN considérée comme la plus fréquente a varié avec les époques. Depuis des siècles à nos jours, l'étouffement de l'enfant est évoqué, par la mère endormie quand il y avait partage de lit,

l'étouffement par les couvertures ou par un habillement excessif, voire par un animal domestique, par l'oreiller quand l'enfant était couché sur le ventre, ou une régurgitation à l'occasion d'un rot quand l'enfant était couché sur le dos. L'infanticide, les arrêts cardio-respiratoires furent aussi évoqués. Dans les pays africains, ils parlent de cause magique à la mort des nourrissons. Autant de raisons qui sont encrées dans les esprits.

A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, les hypothèses étiologiques dominantes ont été, la compression trachéale par un thymus hypertrophié (le thymus est un organe du système immunitaire situé en haut du thorax et dont le volume régresse après la deuxième année de vie), les infections respiratoires virales, des troubles du métabolisme phosphocalcique, des intoxications, des sévices, les allergies aux protéines de vache.

Plus récemment, l'importance quantitative des infections respiratoires virales, du rôle du reflux gastro-œsophagien [15], de l'hyperthermie ont été réévalués.

Dernièrement, l'accent a été mis sur certaines maladies ou anomalies métaboliques. Mais, à la fin d'une enquête étiologique, lorsqu'aucune cause n'était mise en évidence, dans la décennie 1970-1980, l'hypothèse retenue était celle de l'apnée idiopathique du nourrisson pendant le sommeil. Les campagnes de prévention mise en place ont donc considérablement réduit le nombre de décès par MSN pendant le sommeil.

Abordons cette hypothèse sur le sommeil. En effet, il semblerait que les résultats des enquêtes épidémiologiques, génétiques et anatomopathologiques aient permis d'élaborer un modèle pour la MSIN: le décès résulterait de la survenue concomitante de **trois facteurs** et de **trois mécanismes potentiels** que voici ci-dessous.

Les trois facteurs entrant en jeu seraient :

- Une vulnérabilité prénatale
- Une période critique du développement cérébral (entre 1 et 6 mois)
- Des facteurs de stress postnataux

Les trois mécanismes :

- Un déficit du système respiratoire

- Un déficit du système nerveux autonome
- Les mécanismes d'éveil

Revenons sur les facteurs de vulnérabilité.

Il s'agirait de facteurs génétiques tels qu'une altération génétique (par exemple une anomalie du métabolisme des acides gras, du glucose, des facteurs de la coagulation, ou par exemple on retrouve le syndrome du QT long) ou alors de polymorphisme (une variation de gènes normaux).

La vulnérabilité porterait aussi sur un développement in-utero défavorable (anomalie du placenta chez une femme fumeuse par exemple, hypotrophie) et sur une naissance difficile ou prématurée. Le déroulement d'une grossesse doit donc toujours se faire dans un environnement le plus sain possible, des moments d'hypoxie engendreraient des problèmes neurologiques pouvant être la cause de la MIN.

Dans les facteurs de stress postnataux nous retrouvons :

- Infection virale ou bactérienne des voies respiratoires supérieures et gastro-intestinales
- Couchage en position ventrale
- Température ambiante trop élevée
- Literie
- Privation de sommeil
- Médications sédatives
- Visage couvert

Le réveil est souvent la dernière chance de survie d'un nourrisson victime d'un stress vital aboutissant à une apnée ou une bradycardie, c'est pourquoi une déficience de ce mécanisme pourrait être la clé du processus menant à la MSN. De plus, l'incident à encore plus de chances de survenir si l'enfant à une infection.

3.2 Physiopathologie et causes des MSN

Le nourrisson à l'âge où il est exposé à la MSN n'a pas achevé la maturation de son système cardiorespiratoire ni celle de sa régulation. Cette immaturité affecte donc : les centres respiratoires, le système nerveux autonome (SNA), l'automatisme cardiaque, les réflexes vagues de contrôle de l'automatisme cardiaque et respiratoire, la régulation chimique respiratoire.

Sur cette immaturité se greffent l'influence des stades du sommeil et de sa maturation.

D'après ces données, voici les différentes étiologies répertoriées :

- **Les troubles de la régulation cardiorespiratoire et du SNA.**
- **Les infections.**
- **Les pathologies pulmonaires non infectieuses** (dysplasie broncho-pulmonaire, mucoviscidose...)
- **Les cardiopathies congénitales et les troubles du rythme cardiaque.**
- **Les pathologies neuromusculaires** (affections héréditaires ou congénitales).
- **Les pathologies métaboliques** (hypoglycémie, trouble phosphocalcique, diabète insipide, dysfonctionnement thyroïdien, anomalie de la bêta-oxydation des acides gras à longue chaîne et celles de la chaîne respiratoire mitochondriale).
- **Les pathologies hématologiques** (anémie, hémoglobinopathies).
- **Les pathologies immuno-allergiques** (déficits immunitaires congénitaux ou acquis, allergie aux protéines de vache).
- **Les pathologies accidentelles** (hyperthermie liée à l'environnement, intoxications accidentelles, traumatismes accidentels, étouffement accidentel, position de couchage de l'enfant).
- **Les troubles du sommeil :** Contre une éventuelle hypoxie ou hypercapnie, un réflexe d'éveil du nourrisson agirait comme moyen de défense contre une apnée mortelle. Cependant, quand l'enfant a un sommeil perturbé, ce réflexe le serait également et c'est ainsi que certaines MSN auraient été mises en évidence.
- **La séparation mère-enfant :** On pourra parler ici des premières séparations mère-enfant (dans le cas des premiers jours de garde par exemple), incluant la mise en jeu d'un réflexe archaïque de peur de la part de l'enfant (apnée expiratoire,

bradycardie vagale, hyper-salivation, hypersudation, défécation). Il serait comme étant à l'origine de certaines MSN.

- **L'enfant négligé et les sévices :**

On parlera d'enfant négligé physiquement si celui-ci n'est pas suffisamment alimenté, s'il manque de soins que ce soit dans le cadre de son hygiène ou d'une pathologie, ou s'il est laissé seul sans surveillance.

La négligence psychologique quant à elle concerne les enfants dont les besoins affectifs ne sont pas pris en compte ainsi que les enfants manquant de stimulations et d'ouverture sur le monde extérieur. Tout cela entraînant des troubles du sommeil et de l'alimentation.

La recherche de sévices corporels (dans le cas de maltraitance ou « du syndrome du bébé secoué ») doit être menée avec tact car une MSN renvoie à une culpabilité exacerbée de la part des parents. Les sévices sont à suspecter dans les cas où il y a :

- Des antécédents de MSN dans la fratrie.
- Des antécédents d'hospitalisations post-natales à répétition pour des problèmes mineurs et souvent dans des hôpitaux différents.
- Des antécédents de pathologie psychiatrique parentale.
- Des antécédents de grossesse non suivie ou tardivement déclarée
- Un accouchement à domicile.
- Des conditions socio-économiques et culturelles très défavorisées.

On peut rapprocher de cela le syndrome de Münchhausen par procuration où l'un des parents provoque des sévices graves à son enfant avant de prévenir les secours.

On peut donc en conclure qu'il existe différentes étiologies, et que l'on peut agir en termes de prévention et de façon efficace sur certaines de celles-ci.

4 LES FACTEURS DE RISQUES ET LES FACTEURS PROTECTEURS [16] [17]

En 1994, *l'European Concerted Action on SIDS*, une société européenne va établir les principaux risques de MSN en analysant l'ensemble des études publiées. Le Lancet [18] publie les résultats d'une enquête portant sur 800 cas de MSIN répartis sur 60 régions d'Europe. Le facteur de risque principal reste le couchage en position ventrale ou latérale, dans la moitié des cas (48%). Autre facteur de risque : un

tabagisme maternel associé a un couchage dans le même lit que la mère. En effet cela représente 16% des cas et reste valable jusqu'à l'âge de 6mois. La consommation d'alcool par la mère entre également en compte. La conclusion de cette analyse sera de ne pas couvrir la tête du nourrisson, ne pas trop chauffer la pièce où il dort, car ces deux facteurs favorisent l'hyperthermie.

Ensuite, autre approche, il apparaîtra que la MSIN touche surtout les garçons, issus de naissance multiple, de petit poids de naissance, et naissant dans un milieu social défavorisé (mère célibataire ou isolée, chômage du conjoint, tabagisme).

D'autres facteurs de risques sont ensuite publié par l'Institut de veille sanitaire tel que, le tabagisme pendant la grossesse, la consommation maternelle d'opiacés, une extrême fatigue de la mère. Sont également publiés des facteurs de protection : le partage de chambre, l'usage de la tétine, une vaccination « complète ».

Le décor étant planté, nous allons le détailler selon les études épidémiologiques les plus récentes bien que certains items font encore l'objet de discussion.

4.1 Le mode de couchage : [19]

Dans l'étude précédemment citée regroupant 20 centres européens 48 % des MSN sont dues à la position de sommeil en décubitus ventral et latéral et augmentant en cas de retournement sur le ventre.

4.2 L'environnement du couchage :

Le risque de MSIN augmente avec l'utilisation de couvertures et couettes, l'emballotement de l'enfant avec la possibilité d'étouffement, lorsque la température de la chambre est élevée avec le risque d'une hyperthermie maligne en cas d'infection.

4.3 Le partage du lit ou co-sleeping : [20]

Le partage du lit avec le nourrisson par une mère qui fumait pendant la grossesse, des parents qui fument, ont bu de l'alcool, pris des drogues ou qui sont fatigués, augmente le risque de MSN de façon significative.

Lorsque la mère fume et est âgée de moins de 19ans, surtout si le bébé dort entre deux personnes et pour moins de 2 heures, la significativité persiste. Le tabac maternel et le partage de lit ne sont significativement à risque que dans les MSIN en

décubitus ventral par rapport à celles survenues dans d'autres positions dans une étude néozélandaise. [21]

16% des MSIN seraient attribuées au co-sleeping (enfouissement dans la literie, chaleur, respiration en air confiné, écrasement thoracique) De plus, une étude récente a montré que le co-sleeping au cours des trois premiers mois de la vie multiplierait par 10 le risque de mort subite du nourrisson et que 18 à 19% des nouveau-nés dormiraient régulièrement ou occasionnellement dans le lit parental.

4.4 Le partage d'un canapé :

Le partage d'un canapé pour dormir avec l'enfant constitue un risque encore plus important.

4.5 Le partage de la chambre :

Le partage de la chambre ou room-sharing est au contraire un facteur protecteur lorsque l'enfant dort dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois de vie notamment.

36 % des MSIN seraient associées au fait que l'enfant dormait dans une chambre séparée de celle de ses parents.

4.6 Le tabac :

Le risque de MSN est d'autant plus fort que la mère a fumé pendant toute la grossesse, baisse d'autant plus que l'arrêt du tabac intervient tôt en cours de grossesse.

L'exposition du nourrisson au tabagisme passif augmente le risque de MSN en proportion du nombre de fumeurs dans la maison.

Quand la mère ne fume pas, le risque augmente si le père est fumeur.

Outre la présence cytotoxique du monoxyde de carbone, la nicotine affecterait les neurotransmissions intervenant dans la production de dopamine chez le nourrisson. En présence d'atmosphère tabagique, la saturation en oxygène chute de 80 à 60% pouvant entraîner des apnées, une hypoventilation voire un réflexe chémo-laryngé consécutif à une allergie à la fumée du tabac. L'altération des contrôles respiratoires du nouveau-né se manifeste par des blocages respiratoires durant le sommeil.

4.7 Diagnostic de maladie chez le nourrisson :

L'identification précoce d'un épisode de maladie chez le nourrisson diminue la MSIN. Une bonne surveillance du nourrisson induit le fait de l'emmener consulter un médecin dès l'apparition de signes cliniques.

4.8 La vaccination : [22]

Elle aurait un effet protecteur. Les enfants « complètement » vaccinés ont un risque significativement plus bas de MSIN que ceux non vaccinés.

D'autres facteurs semblent moins importants mais conduisent tout de même à des recommandations :

4.9 L'allaitement maternel :

Il résultera que si le partage de lit favorise l'allaitement maternel, grâce aux interactions favorisées entre la mère et son enfant avec des réponses maternelles plus rapides, il est préférable de pratiquer le partage de chambre en cas d'allaitement maternel.

4.10 L'usage de la tétine : [23]

Un effet protecteur serait mis en évidence en cas d'usage de la tétine les MSN survenues dans des positions autres que le couchage sur le dos. Les mécanismes en jeu ne sont pas évidents mais il semble actuellement inapproprié de décourager l'utilisation des tétines, en attendant des conclusions encore plus fortes.

4.11 Les conditions socio-économiques :

Depuis l'application des conseils simples de prévention, il apparaît dorénavant que les MIN surviennent plus volontiers lorsque les conditions socio-économiques de la famille sont défavorables, parce que les messages de prévention y sont plus difficiles à faire appliquer. En 20 ans le pourcentage de familles socialement défavorisées en cas de MSN est passé de 47 à 74% notamment en cas d'âge maternel inférieur à 20 ans, de mère isolée, de prématurité, de familles de 4 enfants et plus. C'est en cela qu'on pourrait encore faire baisser les nombres de MSN.

5 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE [24] [25]

La MSN apparaît comme un problème de santé publique évident après avoir pris connaissance tout ce que nous avons abordé.

Une prévention bien menée étant une des clés à ce problème et qui est à notre portée.

5.1 Un problème de santé publique à part entière :

« (...) la MSN est progressivement devenue un véritable problème de santé publique aux dimensions à la fois médicale, administrative et financière. Il s'agit en effet d'un syndrome multifactoriel encore trop souvent inexpliqué, très difficilement dépisable et donnant lieu à des prises en charges très diverses (...) ». Voici comment le lien est fait entre MSN et santé publique dans la circulaire du 14 Mars 1986¹ **[ANNEXE I]** qui est relative à la prise en charge des problèmes posés par la MSN.

La MSN entraîne des conséquences psychologiques et sociales que nous n'aborderons pas ici, mais il s'agit évidemment d'un vaste problème où une prise en charge des parents victimes de ce syndrome est indispensable. Des associations existent afin d'apporter du soutien aux familles, une aide précieuse.

La fédération « Naître et Vivre » qui a été créée en 1984 à partir d'associations militants pour la prévention de la MSIN, pour le soutien aux familles et l'aide à la recherche, a été reconnue d'utilité publique en 1991. Un des objectifs de cette association est aussi d'organiser des journées d'information sur la MSIN. Cette fédération a soutenu la mise en place de centres de références qui sont installés aujourd'hui dans les CHU. Les missions de ces centres de références sont définies dans la circulaire de 1986. Ainsi, ils ont pour rôle d'informer les professionnels de santé, de participer à la recherche et à l'enseignement, d'organiser le transport du corps, les examens diagnostics et notamment l'autopsie, et enfin d'assurer un soutien psychologique aux familles. Elle fournit aux professionnels qui peuvent en faire la demande des dépliants **[ANNEXE II]** et autres affiches (dont une disponible en sept langues différentes **[ANNEXE III]**) de prévention et d'informations.

5.2 Qu'est ce que la prévention ?

La prévention a pour but « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie » selon l'article L1417-1 du Code de la Santé Publique.

¹ Circulaire DGS/225/2B du 14/03/1986 relative à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics, des problèmes posés par la mort subite du nourrisson. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.

De plus, la loi numéro 2002-303 du 4 Mars 2002 qui est relative aux droits des patients parle d' « obligation d'informations » du patient.

5.2.1 Le rôle de la sage-femme et des professionnels de santé [26][27]

Il est évident que chaque personnel soignant a un rôle de prévention. Il est certain que l'influence du professionnel est majeure. En effet, tout professionnel de la santé a par définition un rôle à tenir dans la prévention et l'éducation à la santé en fonction de ses aptitudes propres. Et en ce qui concerne la prévention par rapport à la MSIN, les acteurs sont la sage-femme, la puéricultrice, l'auxiliaire de puériculture, le pédiatre, l'obstétricien.

5.2.1.1 Les bonnes pratiques des professionnels de santé

Le personnel soignant apparaît comme un « modèle » aux yeux des patients, il montre l'exemple à reproduire, il apporte des conseils qui sont entendus différemment de ceux qu'ils peuvent entendre dans les médias où lire dans les différentes sources car ici il y a un contact humain. Et dans la prévention touchant un tel sujet, ce contact est important permettant d'informer, de réajuster certaines choses, de répondre aux interrogations, de déceler certaines angoisses de la mère afin de pouvoir la rassurer et de l'aider à être plus confiante.

On retrouve cela au travers du principe de bientraitance. Il s'agira pour les professionnels de santé de permettre aux nouveaux parents, pendant leur court séjour en maternité, d'acquérir leur autonomie propre afin qu'ils assurent la sécurité physique et psychique de leur enfant. Les conseils de prévention sont dispensés en vue que ces parents puissent offrir à leur enfant les meilleurs soins possibles. Ainsi, pour l'apprentissage de ces messages de prévention par les parents, avoir à leurs côtés une équipe médicale harmonieuse dans son discours est indispensable.

5.2.1.2 Le rôle de la sage-femme

Accueillir le nouveau-né et assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale sont des compétences propres de la sage-femme. Nous retrouvons cela au sein du référentiel Métier et compétences des sages-femmes de Janvier 2010. La prévention de la MSIN fait donc partie de ses compétences en permettant aux parents d'accueillir leur enfant en toute sécurité et leur apporter toutes les informations nécessaires. « Ecouter, questionner et donner des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé », « Assurer une transmission dans le carnet de santé de l'enfant »

5.2.2 Les campagnes de prévention en France :

C'est en Octobre 1994 qu'une première campagne visant à toucher un public très large est mise en place par le Ministère de la Santé, le corps médical et les associations. Cette campagne touche les conditions de couchage. En automne 1995, des livrets et des affiches informatives « bébé fais dodo sur le dos » sont en place. Le 23 octobre 1997, une nouvelle campagne est lancée concernant les pratiques de puériculture : température de la pièce, habillage de l'enfant... L'ensemble de ces mesures aura permis la chute du nombre de décès par MSN que nous avons abordé auparavant et cela a un coût financier peu élevé. En février 2001 des dépliants et affiches sont distribués dans les maternités, les crèches, les PMI et dans les cabinets médicaux afin d'attirer l'attention des parents cette fois-ci sur la literie : matelas ferme adapté à la taille du lit....

D'autres sujets ont été abordés ensuite dans les campagnes de mobilisations nationales, comme la prise en charge initiale des enfants décédés et la réalisation d'examens complémentaires, le suivi psychologique des familles lors du décès ou lors de grossesses ultérieures, l'évaluation des indications et de l'intérêt du monitoring des nourrissons lors de grossesses ultérieures qui précisera d'ailleurs que ce n'est pas un moyen de prévention mais peut être discuter dans le cadre d'une surveillance médicale pour cause de manifestation clinique grave comme un antécédent de MGIN.

Jusqu'à ce jour, les campagnes se poursuivent et le message à faire passer aux parents est toujours le même. Il est simple pour les professionnels de se procurer des dépliants par l'intermédiaire de l'association « Naître et Vivre » par exemple. L'accès à ces informations paraît abordable puisqu'en effet elle est présente sur plusieurs supports écrits. Notamment dans le carnet de maternité, dans le carnet de santé, dans « le livre bleu » édité pour le comité national de l'enfance, qui souvent remis durant le séjour en suites de couches, et de nombreux dépliants sont souvent à disposition.

5.3 Les messages de prévention : [28]

Ce sont des conseils simples que chaque professionnel de santé peut apporter à une jeune mère. En effet, le problème est trop important et le fait de prodiguer cette information trop simple pour que rien ne soit fait.

Comme dit précédemment, il est du rôle de chaque professionnel, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, médecins... de faire cette prévention car le problème persiste. En effet la chute tout de même assez spectaculaire du taux de MSIN n'est pas totalement expliquée scientifiquement mais met en œuvre le résultat obtenu par les campagnes de prévention.

Les conseils à retenir et les messages à faire passer sont les suivants :

- Coucher l'enfant sur le dos dès la maternité et uniquement sur le dos. Le couchage sur le côté étant rapidement instable. Couché sur le ventre un nourrisson risque de s'étouffer ou de s'obstruer les voies respiratoires, surtout si la literie est molle.
- Le placer sur un matelas ferme et adapté aux dimensions du lit, dans une turbulette adaptée à la taille et au poids de l'enfant ou dans un sur-pyjama. Ne pas utiliser d'oreiller. L'espace entre les barreaux du lit ne doit pas dépasser 8 centimètres. Rien ne doit venir recouvrir le visage de l'enfant.
- Bannir les objets mous dans le lit tels que jouets rembourrés, couettes, coussins, draps et couvertures ou nid d'ange. Eviter les tours de lit.
- Se faire aider pour un éventuel arrêt du tabac pendant la grossesse et ne pas exposer l'enfant au tabagisme passif. Apporter donc les informations nécessaires à la maman. Le tabagisme en période prénatal favorise les apnées obstructives chez le nourrisson, il diminue la fréquence et la durée des éveils et augmente le rythme cardiaque.
- Un partage de la chambre est possible mais pas du lit, et surtout pas du canapé. Dans les six premiers mois de la vie, il est ainsi possible de faire dormir l'enfant dans la chambre parentale.
- En cas de reflux gastro-œsophagien, la position orthostatique est suffisante et ne justifie pas un couchage ventral.

- L'usage de la tétine et l'allaitement maternel sont à favoriser car ils augmentent les temps d'éveil du nourrisson.
- Eviter le risque d'hyperthermie en mettant des vêtements légers et adaptant une température de la chambre agréable pour un adulte habillé légèrement (entre 18 et 20°C environ).
- Eviter les dispositifs de maintien qui n'ont pas été testés scientifiquement.
- Eviter les privations de sommeil car cela le rend vulnérable, respecter les rythme de sommeil de l'enfant et les ruptures trop brutales du rythme de vie : le bébé doit être progressivement confié à l'assistante maternelle ou à la crèche. Le manque de sommeil favorise les apnées obstructives.
- Ne donner aucun médicament au bébé sans l'avis d'un médecin. Les calmants contenus dans certains sirops contre la toux ou dans les antihistaminiques par exemple, favorisent les apnées obstructives.
- Etre vigilant au cours des tous premiers mois en cas de maladie, consulter son médecin si l'enfant a de la fièvre, une infection des voies aériennes supérieures, une gastro-entérite ou s'il présente des régurgitations anormalement fréquentes. Consulter s'il devient bleu ou très blanc au cours du sommeil ou s'il existe un ronflement permanent.
- Ne pas utiliser les moniteurs de surveillance dont l'efficacité n'a pas été démontrée.
- Prendre les précautions pour éviter la plagiocéphalie de positionnement, en encourageant par exemple le décubitus ventral lorsque l'enfant est en éveil et surveillé, en alternant la position de la tête sur le côté dès la maternité, d'éviter les temps trop longs en baby-relax et favoriser la position dans les bras en position verticale pour les interactions parent-enfant.
- Continuer les campagnes d'information auprès du public et des personnes gardant des bébés.

Deuxième Partie

Enquête et Résultats

1 PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 Problématique

Ma problématique pour l'écriture de ce mémoire se tient sur deux axes. Tout d'abord je me suis demandée quel est l'état des connaissances des accouchées avant leur retour à domicile en ce qui concerne les différentes pratiques de puériculture visant à la prévention de la MSIN. Ceci a abouti à la première partie de mon enquête auprès des femmes en suites de couches. La deuxième question était de savoir quel serait le moment opportun pour faire cette prévention ce qui aboutira à la seconde partie de mon enquête.

1.2 Objectifs

Les objectifs de ce travail sont donc d'évaluer les connaissances des patientes, de savoir d'où proviennent ces connaissances, savoir si les suites de couches sont le moment opportun pour prodiguer ces informations, et enfin de répertorier les pratiques de puériculture en suites de couches.

1.3 Hypothèses et intérêt de l'étude

Les hypothèses que j'ai posées sont les suivantes :

- Les connaissances des patientes sont incomplètes et leurs pratiques en puériculture sont plus influencées par leur entourage que par les professionnels de santé.
- Le message de prévention n'est pas dispensé de façon systématique à chaque patiente ce qui aurait une incidence sur les erreurs de couchage.
- La visite de sortie effectuée par la sage-femme en suites de couches serait un moment adéquat pour aborder ce sujet car elle permet à la sage-femme de donner toutes les informations nécessaires à la femme avant son retour à domicile.
- Les patientes auraient un manque d'information à leur retour à domicile

Il s'agira donc de valider ou d'infirmer ces hypothèses.

L'intérêt de mon travail est de sensibiliser les accouchées à cette problématique en suites de couches, cela fait partie du rôle propre de la sage-femme, d'autant plus si l'on met en avant l'importance de ce problème de santé publique. Je voudrais aussi évaluer si une barrière linguistique constitue un frein au passage des messages de prévention et je souhaiterais observer des différences culturelles.

1.4 Modalités d'études

Mon enquête qualitative s'est déroulée en deux parties. Tout d'abord il s'agit d'entretiens semi-directifs auprès d'accouchées à partir du 2^{ème} jour du post-partum dans les services de suites de couches de l'Hôpital Maternité de Metz. Ensuite, j'ai réalisé des entretiens téléphoniques auprès de cette même population 2 mois après le premier entretien.

La grille d'entretien a été testée préalablement à l'enquête auprès de deux accouchées.

Ainsi, 30 entretiens ont été réalisés au mois d'Octobre 2009 et 30 autres au mois de Novembre 2011. Ce qui nous permettra de mener une démarche comparative.

Au mois de Décembre 2009, 12 femmes ont été recontactées. Au mois de Janvier 2012, 10 femmes ont été recontactées.

1.5 Biais et difficultés

Comme je l'avais envisagé, aucune des patientes que j'ai rencontré en maternité n'avait eu sa visite de sortie, d'où l'intérêt de les recontacter ultérieurement. Les difficultés résidaient surtout dans la deuxième partie de l'enquête, au moment de recontacter les patientes puisqu'il s'avère qu'elles sont difficilement joignables ce que je n'imaginai pas. La barrière linguistique était parfois présente avec certaines femmes d'origine étrangère mais nous avons toujours trouvé le moyen de nous comprendre et j'ai pu recueillir mes informations. Par contre, ces femmes d'origine étrangère étaient assez réticentes à me donner l'autorisation de les recontacter et j'ai eu beaucoup de refus pour cette population.

1.6 Déroulement d'un entretien

Pour le bon déroulement de mon enquête, j'ai décidé de ne pas divulguer le thème de l'entretien aux femmes interrogées [ANNEXE IV] Les questions ont été abordées dans l'ordre et j'apportais au fur et à mesure aux patientes les informations nécessaires afin de compléter leurs réponses. Chaque entretien a duré entre 40 et 60 minutes.

2 RESULTATS DE L'ENQUETE :

2.1 Les entretiens réalisés en suites de couches :

2.1.1 La population étudiée :

2.1.1.1 Age :

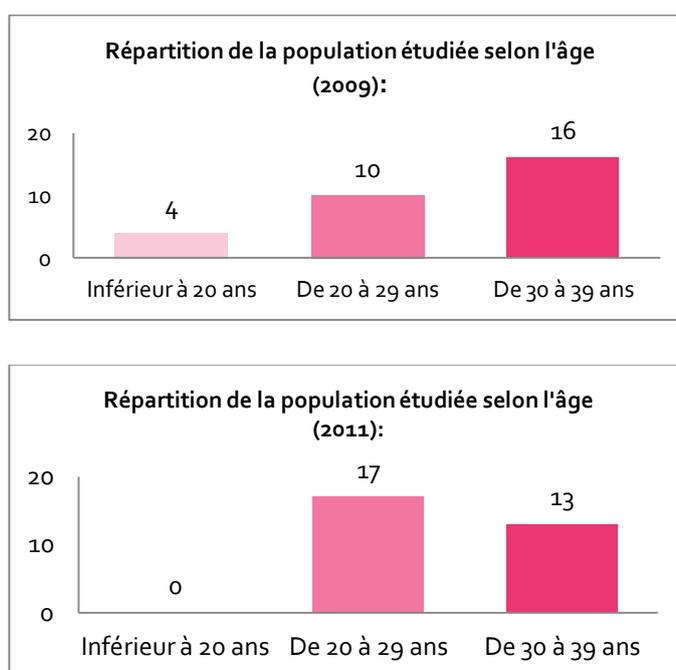


Figure 1 : Graphiques représentant l'âge des accouchées interrogées.

2.1.1.2 Parité :

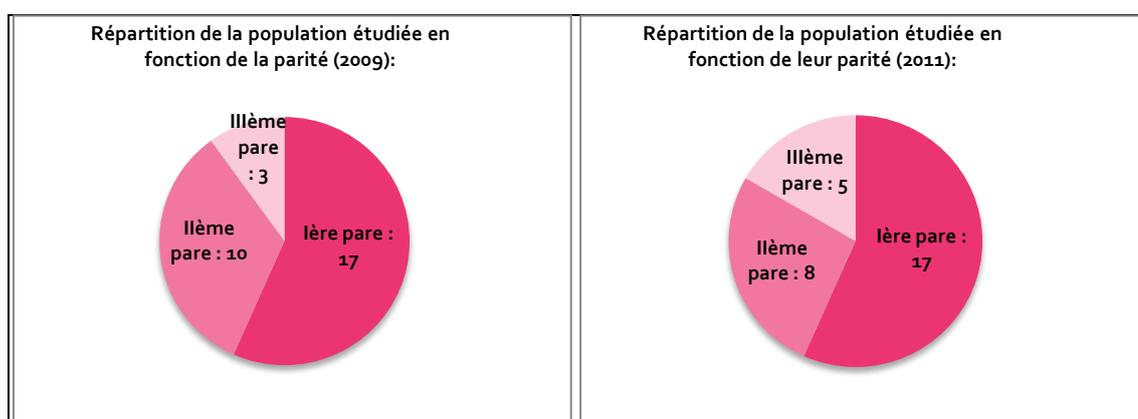


Figure 2 : Graphiques représentant la parité des accouchées interrogées.

2.1.1.3 Origine ethnique

Répartition des accouchées interrogées en fonction de leur origine (2009)

Origine	Nombre d'accouchées interrogées
Française	23
Algérienne	2
Turque	2
Marocaine	1
Polonaise	1
Albanaise	1

Répartition des accouchées interrogées en fonction de leur origine (2011)

Origine	Nombre d'accouchées interrogées
Française	25
Marocaine	2
Turque	1
Marocaine	1
Albanaise	1

Figure 3 : Tableaux représentant l'origine des accouchées interrogées.

2.1.1.4 Situation familiale

En 2009 comme en 2011, sur les 30 accouchées interrogées, 29 femmes vivent en couple et 1 femme est mère célibataire.

2.1.1.5 Niveau d'études

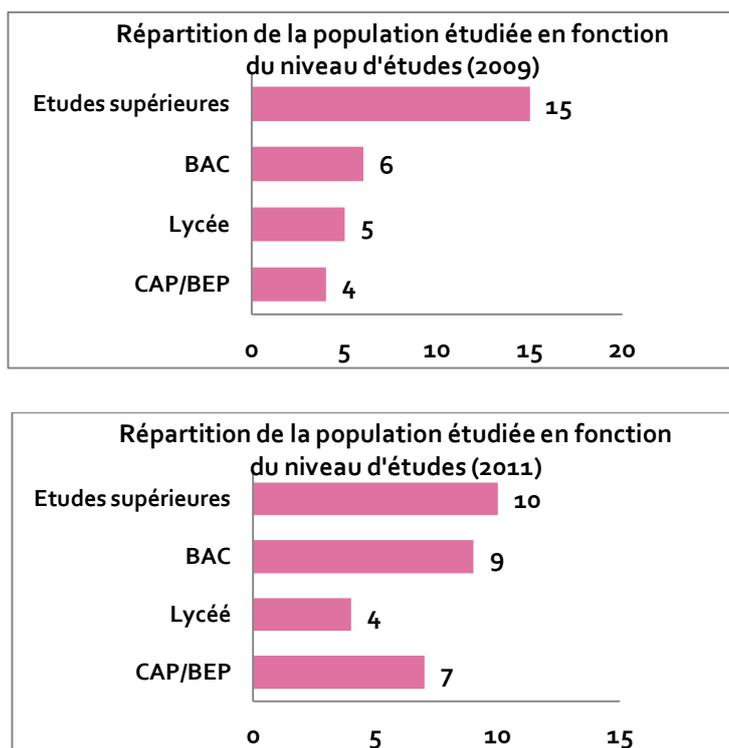


Figure 4 : Graphiques représentant le niveau d'études des accouchées interrogées.

2.1.1.6 Allergies

2009 : Sur les 30 patientes, 5 font des allergies. On dénombre : 2 femmes allergiques à la pénicilline, 1 allergique au latex, 1 aux poils de chats et 1 au pollen.

2011 : Sur les 30 patientes, 6 font des allergies. On dénombre 2 femmes allergiques à la pénicilline, 1 femme allergique à la spécialité médicamenteuse LORIAM©, 1 allergique au nickel et 2 au pollen.

2.1.2 Déroulement de la grossesse

2.1.2.1 Suivi de grossesse

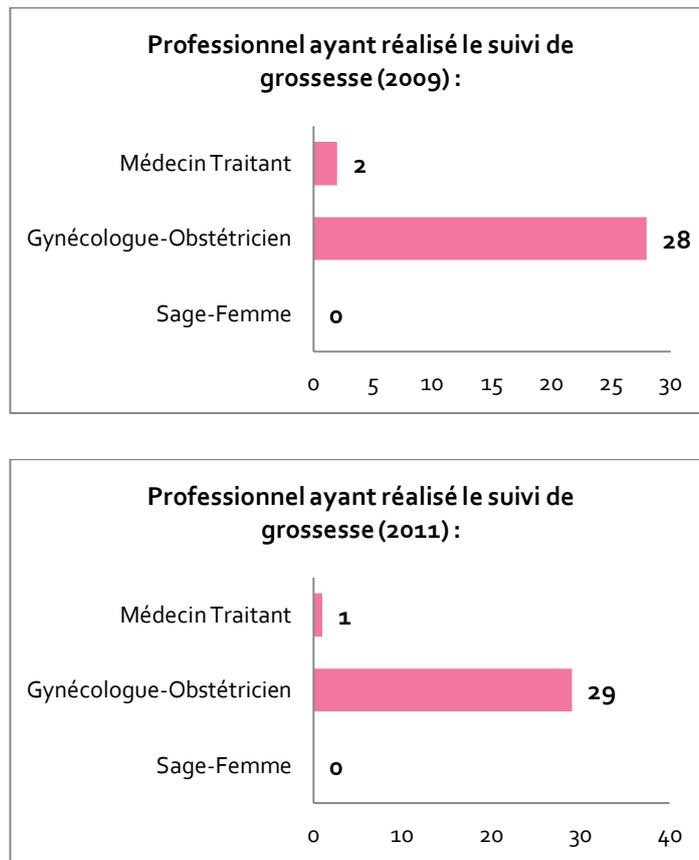


Figure 5 : Graphiques montrant quel type de professionnel a réalisé le suivi de grossesse des accouchées interrogées.

2.1.2.2 Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

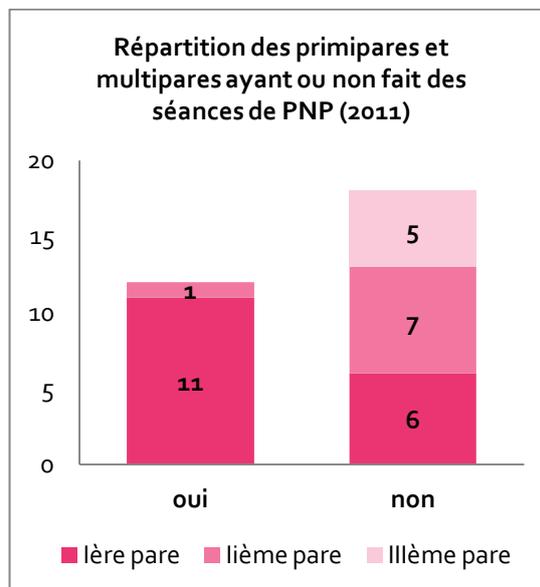
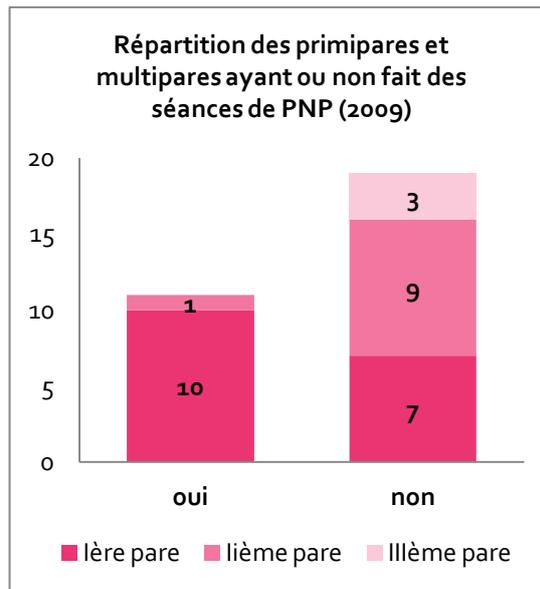


Figure 6 : Graphiques représentant le nombre de primipares et de multipares ayant ou non participé à des séances de PNP

2.1.2.3 Addictions

- Tabac

- *Consommation de tabac par les femmes interrogées*

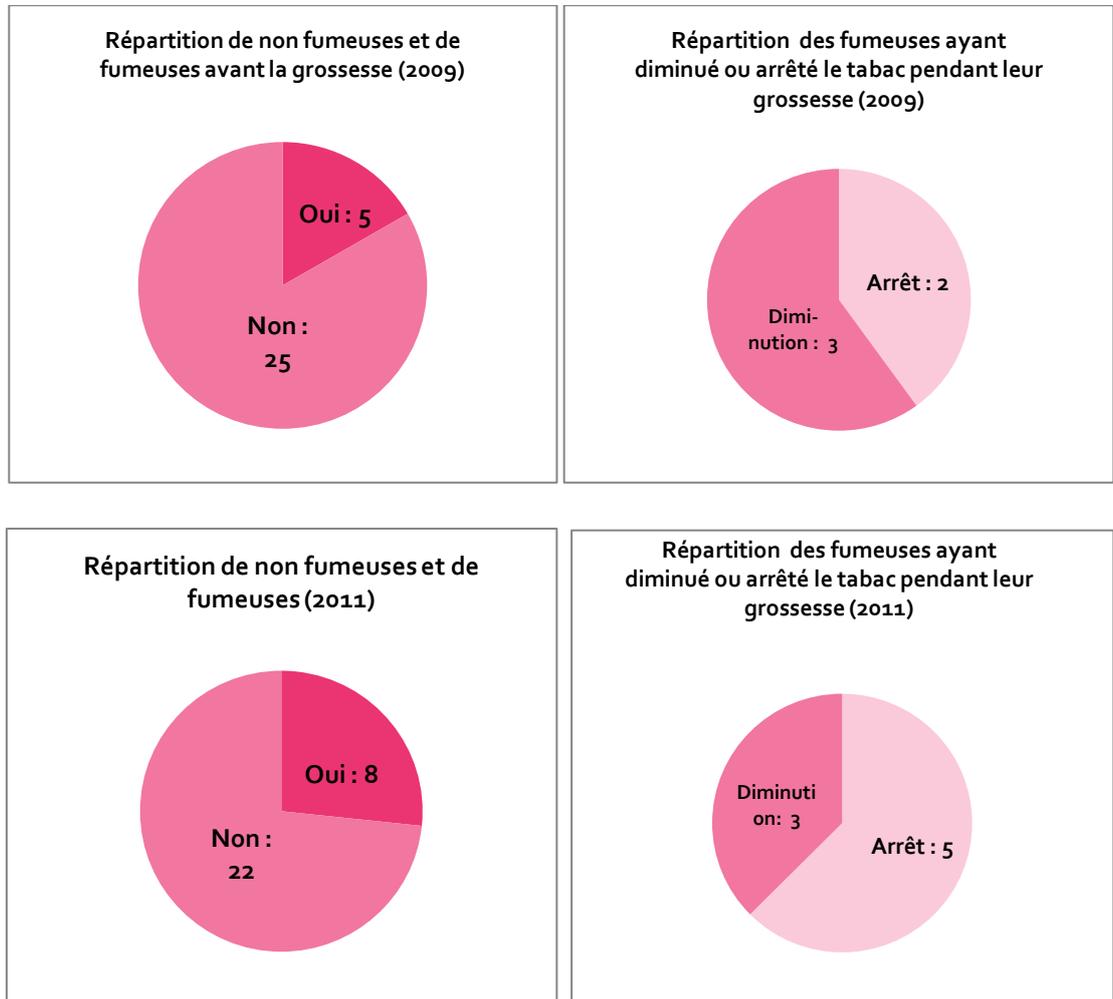


Figure 7 : Graphiques représentant le nombre de non fumeuses et de fumeuses parmi les accouchées interrogées avant et pendant leur grossesse.

- Consommation de tabac par les conjoints des femmes interrogées

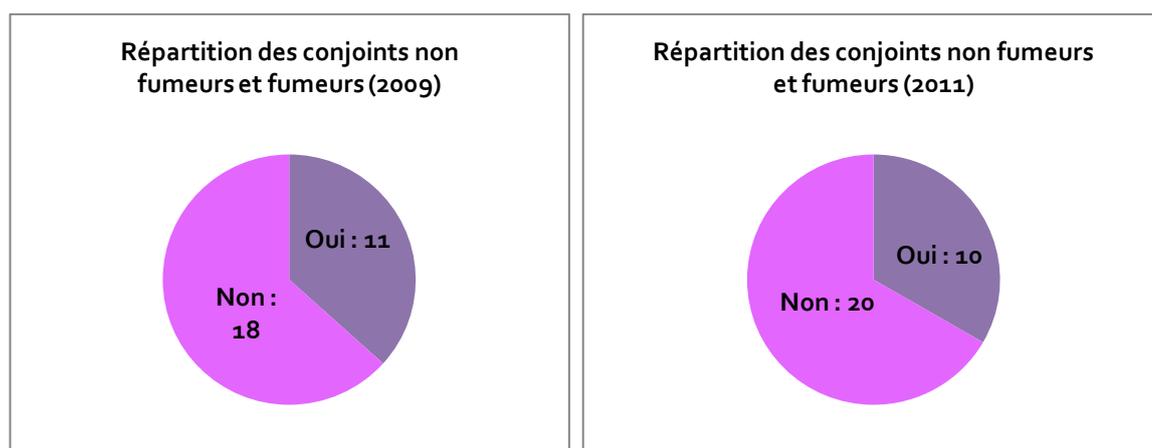


Figure 8 : Graphiques représentant le nombre de conjoints non fumeurs et fumeurs

La répartition se fait ici sur 29 car une des femmes interrogées étant célibataire n'a pas désiré parler du père de l'enfant.

- Répartition des fumeurs au sein du couple :

- 2009 : 17 couples non fumeurs, 4 couples fumeurs, 8 couples où un des deux membres était fumeurs : 7 où il s'agissait du conjoint fumeur et 1 où il s'agissait de la femme.
- 2011 : 16 couples non fumeurs, 4 couples fumeurs, 10 couples où un des deux membres était fumeurs : 6 où il s'agissait du conjoint fumeur et 4 où il s'agissait de la femme.

- Tabagisme passif

Que ce soit en 2009 ou en 2011, aucun conjoint fumeur n'a exposé sa compagne (même fumeuse) à son tabagisme passif.

L'ensemble des patientes interrogées se disent sensibilisée à la question du tabagisme passif et sont vigilantes au fait de ne pas s'y exposer.

- Drogues

En 2009, aucune des patientes interrogées n'est consommatrice de stupéfiants.

En 2011, 2 patientes sont consommatrices de cannabis. Elles étaient toutes deux consommatrices régulières (1 « joint » par jour pour la première et 3 par semaine pour la seconde). Elles ont arrêtés en prenant conscience des risques que cette consommation entrainerait pour la grossesse et la croissance de l'enfant. Toutes deux ne comptent pas reprendre en sortant de la maternité.

- Alcool

2 patientes sur 30 interrogées ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle avant d'avoir connaissance de leur grossesse en 2009.

5 patientes sur 30 interrogées ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle avant d'avoir connaissance de leur grossesse en 2011.

2.1.3 L'accouchement

2.1.3.1 Terme à l'accouchement

Toutes les patientes interrogées en 2009 ont accouché à terme c'est-à-dire entre 37 et 41SA.

En 2011, on dénombre 3 accouchements prématurés (entre 35 et 36SA) et 27 accouchements à terme.

2.1.3.2 Mode d'accouchement

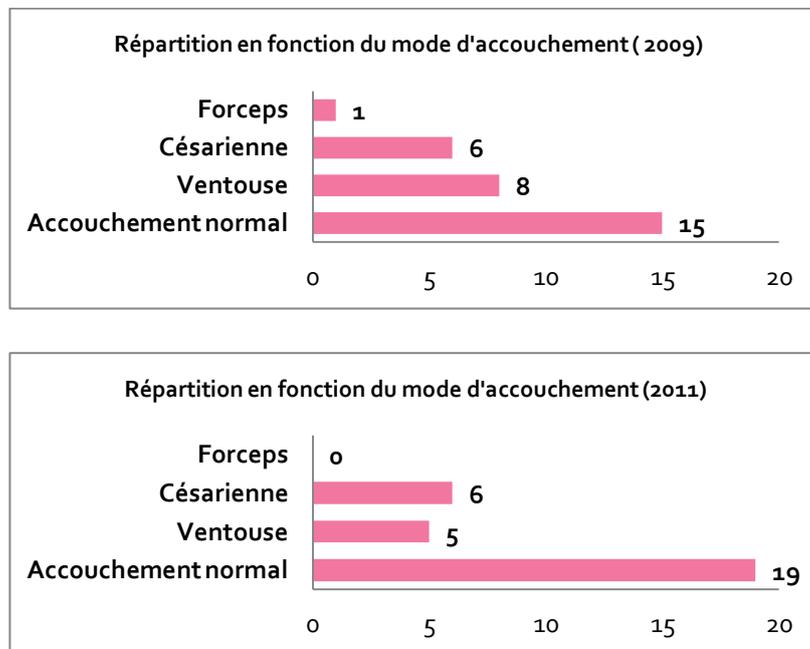


Figure 9 : Graphiques représentant le mode d'accouchement des femmes interrogées.

2.1.3.3 Poids de naissance des nouveau-nés

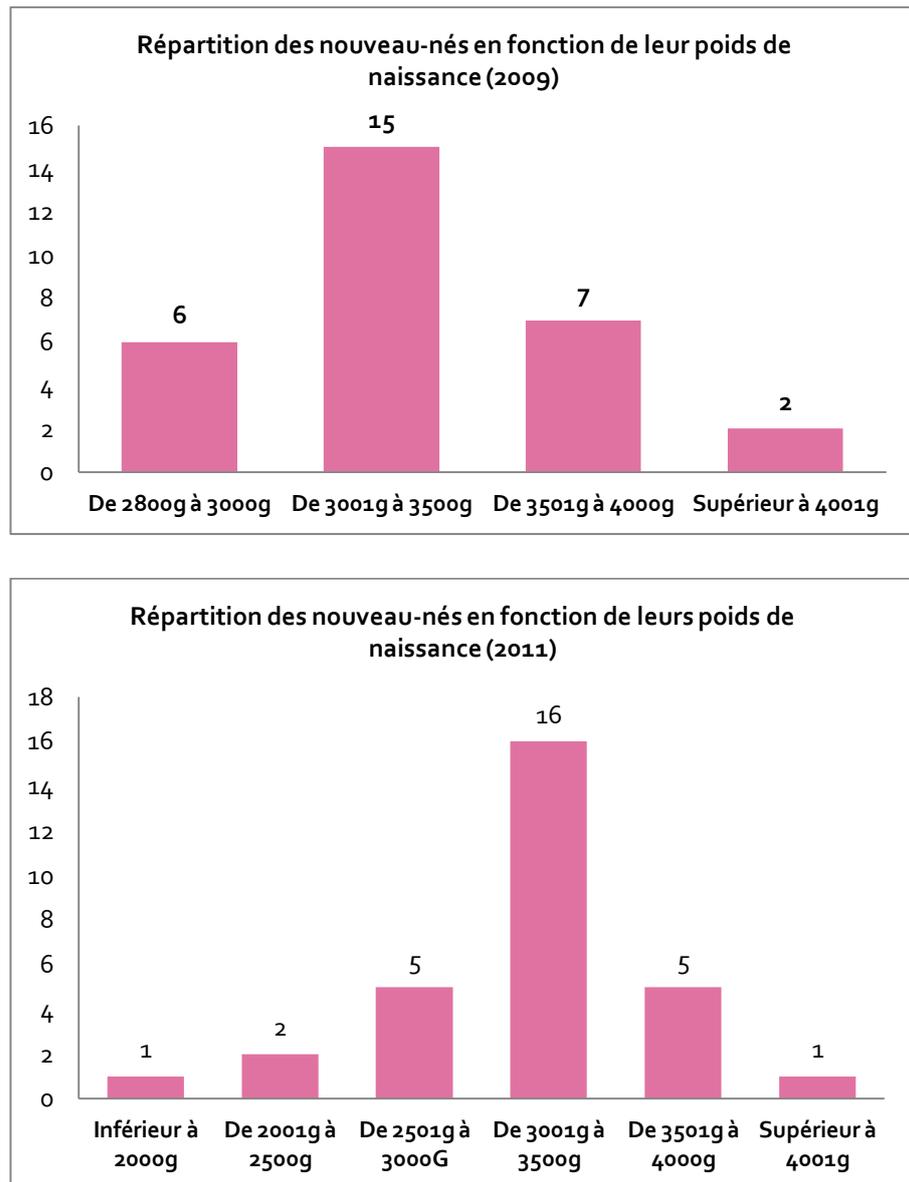


Figure 10 : Graphiques représentant la répartition du poids de naissance des nouveau-nés

Les poids de naissance se situent entre **2810g et 4070g** en 2009 et entre **1550g et 4010g** en 2011.

2.1.3.4 Adaptation immédiate du nouveau-né

2009 : 1 nouveau-né a été transféré en service de néonatalogie des suites d'une adaptation difficile due à un liquide teinté et d'un accouchement par ventouse. Les 29 autres ont présenté une bonne adaptation.

2011 : 3 nouveau-nés ont été transféré en service de néonatalogie pour prématurité.

2.1.3.5 Allaitement

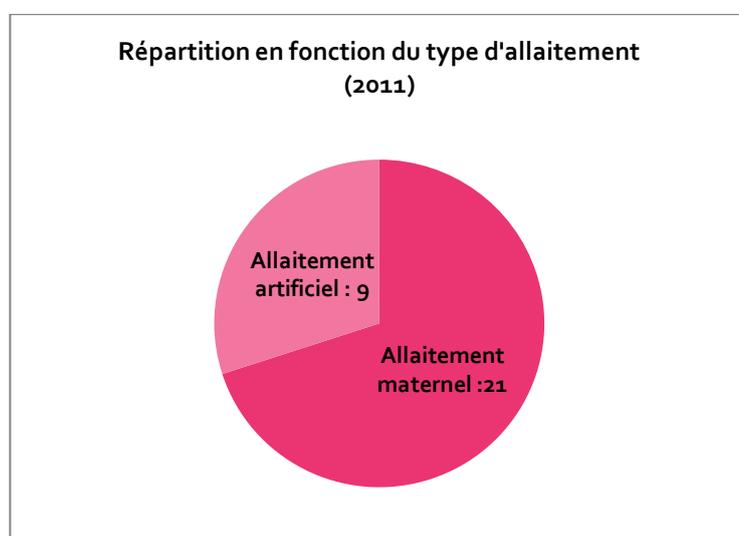
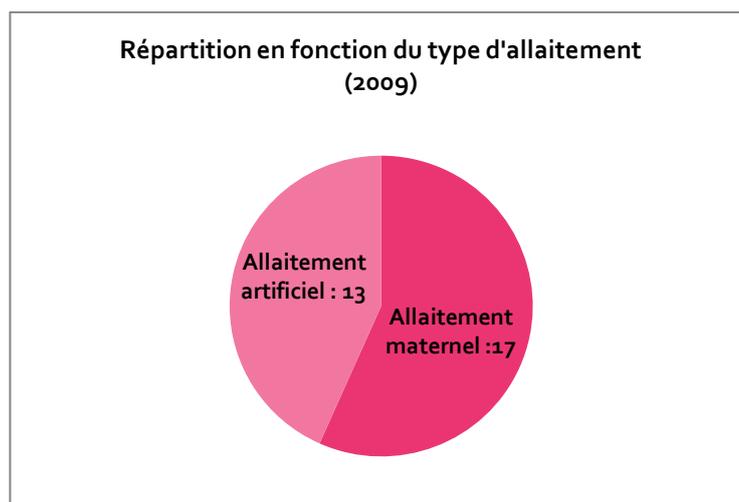


Figure 11 : Graphiques représentant le type d'allaitement

2.1.3.6 Séjour de l'enfant

Aucun nouveau-né n'a présenté de complications pendant le séjour en maternité au jour de l'enquête.

2.1.4 Connaissances des patientes et pratiques de puériculture envisagées

2.1.4.1 Pratiques de puériculture

- Position de couchage

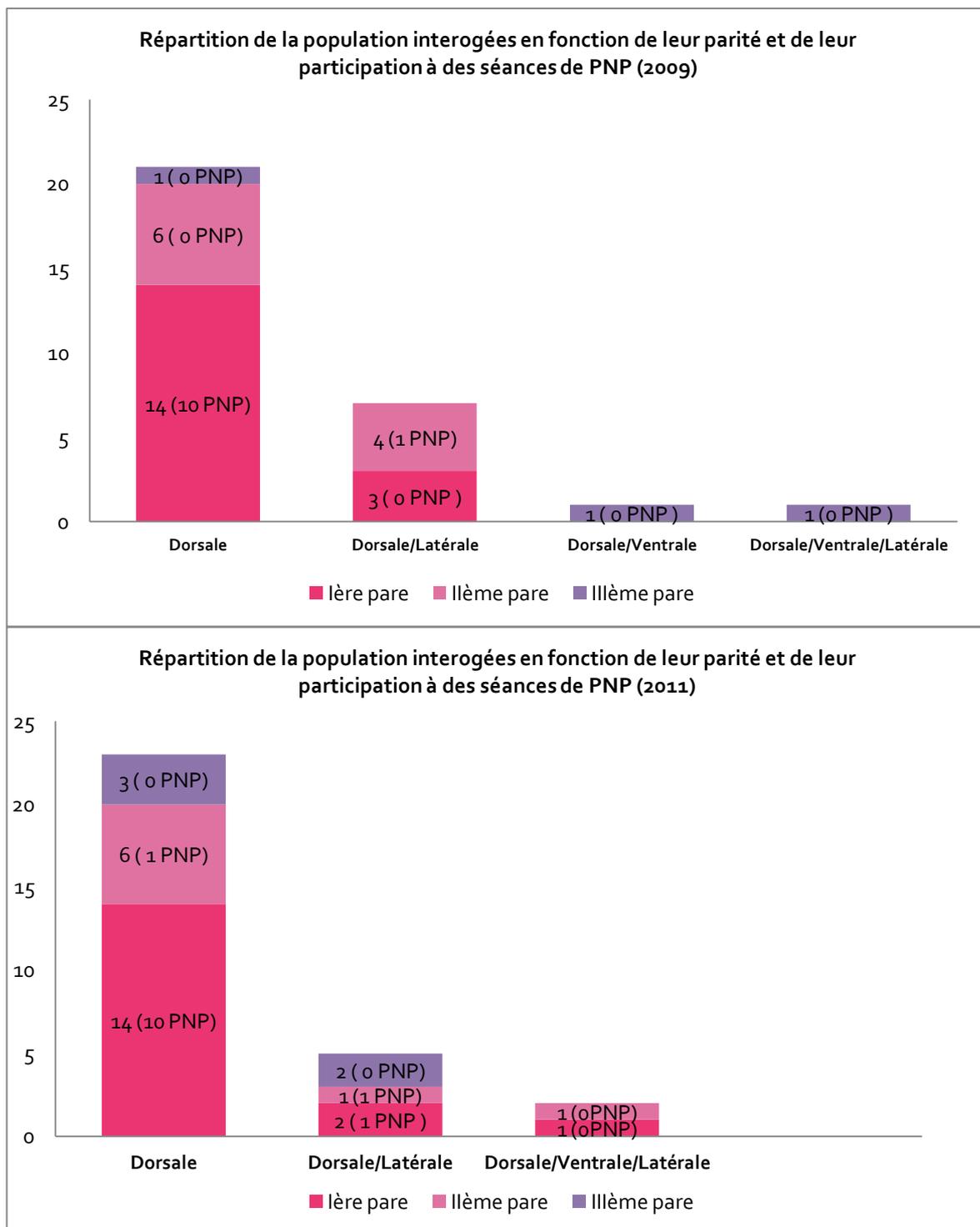


Figure 12 : Graphiques représentant les réponses des accouchées à la question « dans quelle position faut-il coucher un bébé ? » en fonction de leur parité et de leur participation ou non à des séances de PNP.

- Lingerie

L'ensemble des femmes aurait prévu une literie adéquate sauf une patiente interrogée en 2011 qui a accouché prématurément à 35SA et n'avait pas encore prévu la literie pour son enfant.

- Température de la chambre

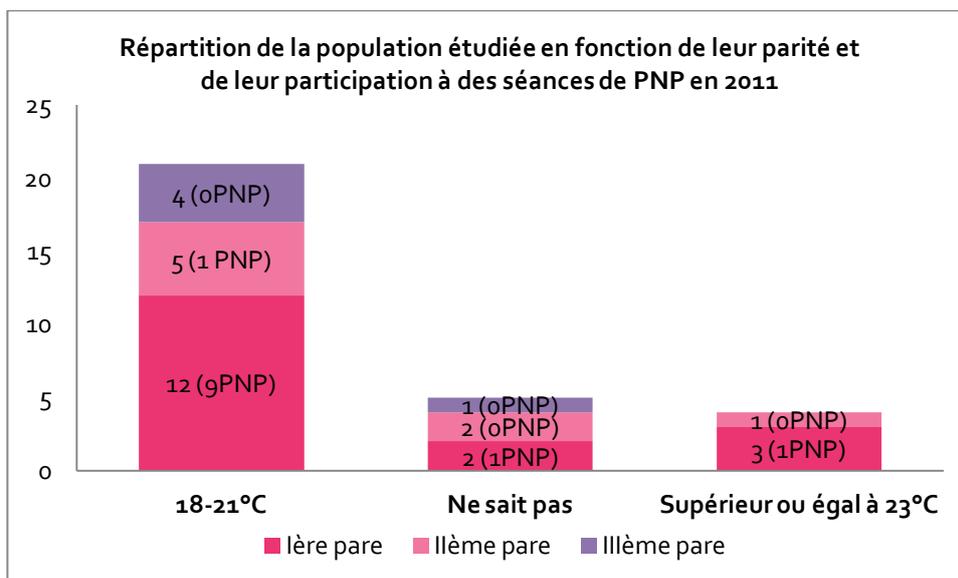
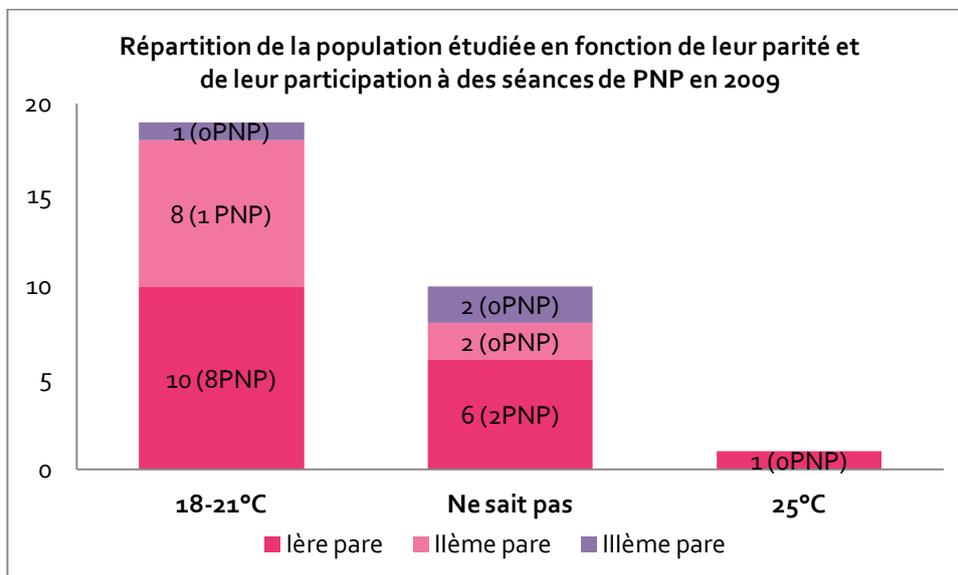


Figure 13 : Graphiques représentant les réponses des accouchées à la question « quelle température pour la chambre de bébé ? » en fonction de leur parité et de leur participation ou non à des séances de PNP.

- Chambre

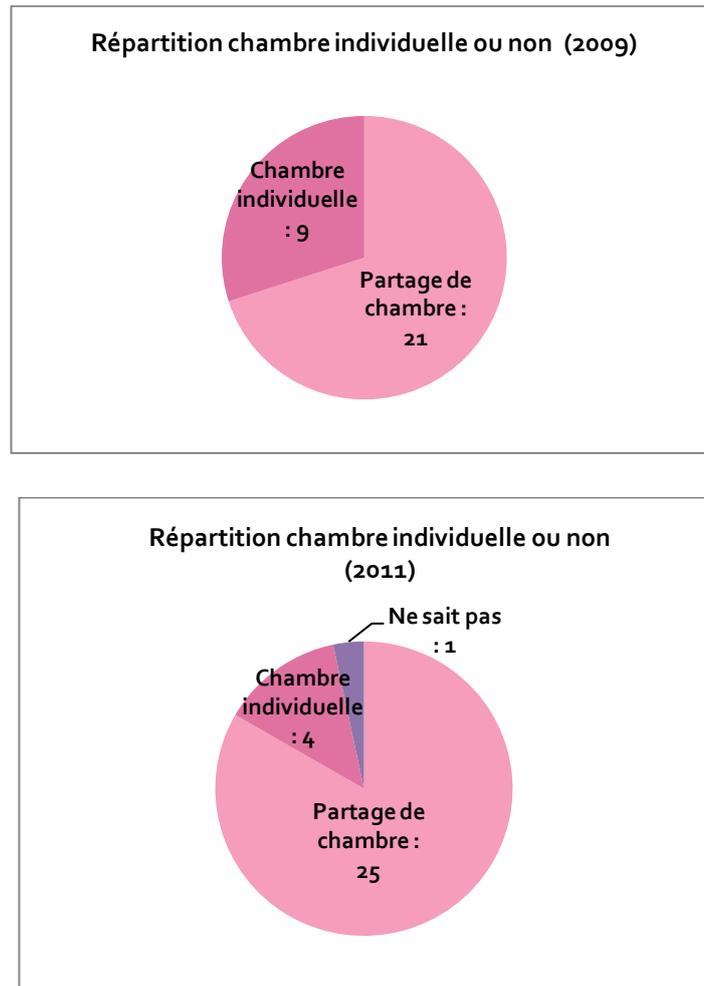


Figure 14 : Graphiques représentant les femmes qui envisagent un partage de chambre avec leur enfant ou une chambre séparée

En 2009, 20 enfants vont partager la chambre parentale à la sortie de la maternité et 1 enfant va partager la chambre de son frère.

En 2011, 23 enfants vont partager la chambre parentale à la sortie de la maternité, 2 enfants vont partager la chambre de leur frère. Une femme ne sait pas car elle a accouché prématurément et ne s'était pas encore positionnée sur ce point.

- Co-sleeping

2009 : Aucune des patientes interrogées n'envisage cette pratique.

2011 : 1 patiente se montre très intéressée par cette pratique en abordant le sujet avec elle.

2.1.4.2 Attitude vis-à-vis du tabac

L'ensemble des patientes est sensibilisé à la question du tabagisme passif et n'envisage pas d'y exposer leur enfant.

2.1.4.3 Observation de l'enfant dans la chambre

- **2009 :**

13 enfants étaient portés par leur mère durant l'entretien.

17 enfants étaient couchés dans leur berceau. 16 en position dorsale dont 1 en proclive. 1 couché en position latérale.

Aucun enfant en turbulette mais tous couverts par une couverture. 5 berceaux étant remplis de plusieurs peluches.

- **2011 :**

16 enfants étaient portés par leur mère durant l'entretien.

12 enfants étaient couchés dans leur berceau. La totalité en position dorsale.

1 enfant portait une turbulette dans son berceau.

2.1.5 Recherche d'informations

- **2009 :**

19 patientes n'ont pas recherché d'informations

11 patientes ont fait elles-mêmes des recherches : (plusieurs réponses possibles)

- Au près de leur entourage : 3 patientes
- Sur internet : 9 patientes
- Dans des ouvrages : 3 patientes

Les thèmes recherchés étant :

- « soins au nouveau-né » (cité 7 fois)
- « literie » (cité 5 fois)
- « alcool » (cité 2 fois)
- « pleurs du bébé » (cité 1 fois).

- **2011**

12 patientes n'ont pas recherché d'informations

18 patientes ont fait elles-mêmes des recherches : (plusieurs réponses possibles)

- Au près de leur entourage : 8 patientes
- Sur internet : 16 patientes
- Dans des ouvrages : 6 patientes

Les thèmes recherchés étant :

- « soins au nouveau-né » (cité 8 fois)
- « literie » (cité 3 fois)
- « alcool » (cité 3 fois)
- « alimentation » (cité 2 fois)
- « allaitement » (cité 2 fois)

2.1.6 Informations reçues concernant les pratiques de puériculture

2.1.6.1 Pendant les séances de préparation à la naissance :

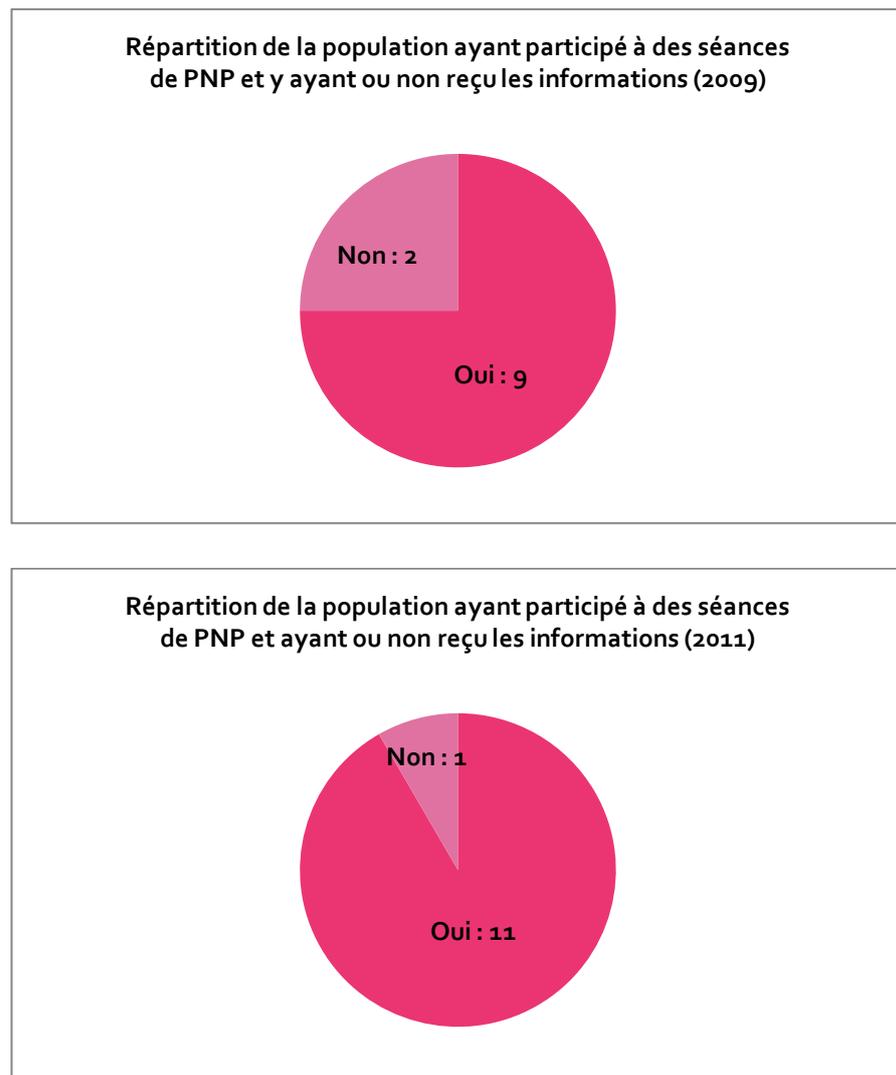


Figure 15 : Graphiques représentant les femmes ayant reçues ou non les différentes informations sur les pratiques de puériculture pendant les séances de préparation à la naissance.

En 2009 les thèmes abordés cités par les patientes interrogées : « couchage » (6 patientes l'ont mentionné), « soins au nouveau-né » (4), « tout ce qu'on a abordé dans l'entretien » (3), « mort subite du nourrisson » (2), « tabagisme passif » (1), « température de la chambre » (1).

En 2011 les thèmes abordés cités par les patientes interrogées : « couchage »(4 patientes l'ont mentionné), « literie » (3), « tabac »(2), « mort subite du nourrisson »(2), « retour à domicile après accouchement »(1), « tout ce qu'on a abordé durant l'entretien »(1).

2.1.6.2 Pendant le suivi de grossesse

En 2009, les 30 patientes déclarent n'avoir reçu aucune information à ce sujet de la part du professionnel suivant leur grossesse.

En 2011, 1 patiente déclare avoir reçu des informations au cours de son hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré au sujet de la mort subite du nourrisson au cours d'une discussion avec une étudiante sage-femme.

2.1.6.3 Pendant le séjour à la maternité au jour de l'enquête

- **2009**

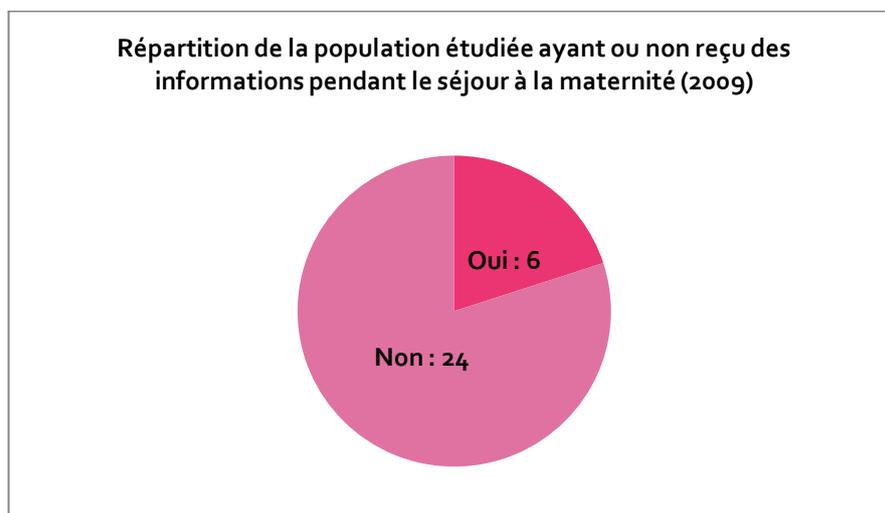


Figure 16 : Graphique représentant les femmes ayant reçues ou non différentes informations sur les pratiques de puériculture pendant leur séjour à la maternité au jour de l'enquête.

Parmi les femmes ayant répondu «oui », les informations ont été données :

- Par une auxiliaire de puériculture (pour 4 patientes) concernant : la température de la chambre de l'enfant suite à une question de la femme, la position de couchage du bébé suite à un couchage en position latérale et la position de proclive afin d'éviter les régurgitations du nouveau-né (pour 2 patientes différentes).
- Par une sage-femme (pour 1 patiente) concernant la literie nécessaire au nouveau-né pour le retour à domicile suite à la question de la patiente.
- Par une étudiante sage-femme (pour 1 patiente) suite à un couchage de l'enfant en position latérale.

- **2011**

2 femmes « pensent » avoir reçu des informations concernant les pratiques de puériculture au cours de leur séjour à la maternité au jour de l'enquête par une sage-femme ou une auxiliaire de puériculture sans pouvoir me dire dans quelle circonstance.

2.1.6.4 Documentations consultées :

- **2009**

- Différents prospectus et dépliants sur ces sujets : 6 patientes disent en avoir consulté.
- Les paragraphes à ce sujet dans le carnet de maternité : 6 patientes disent les avoir consulté.

- **2011**

- Différents prospectus et dépliants sur ces sujets : 11 patientes disent en avoir consulté.
- Les paragraphes à ce sujet dans le carnet de maternité : 9 patientes disent les avoir consulté.

2.1.7 Savez-vous pourquoi les précautions sont importantes ?

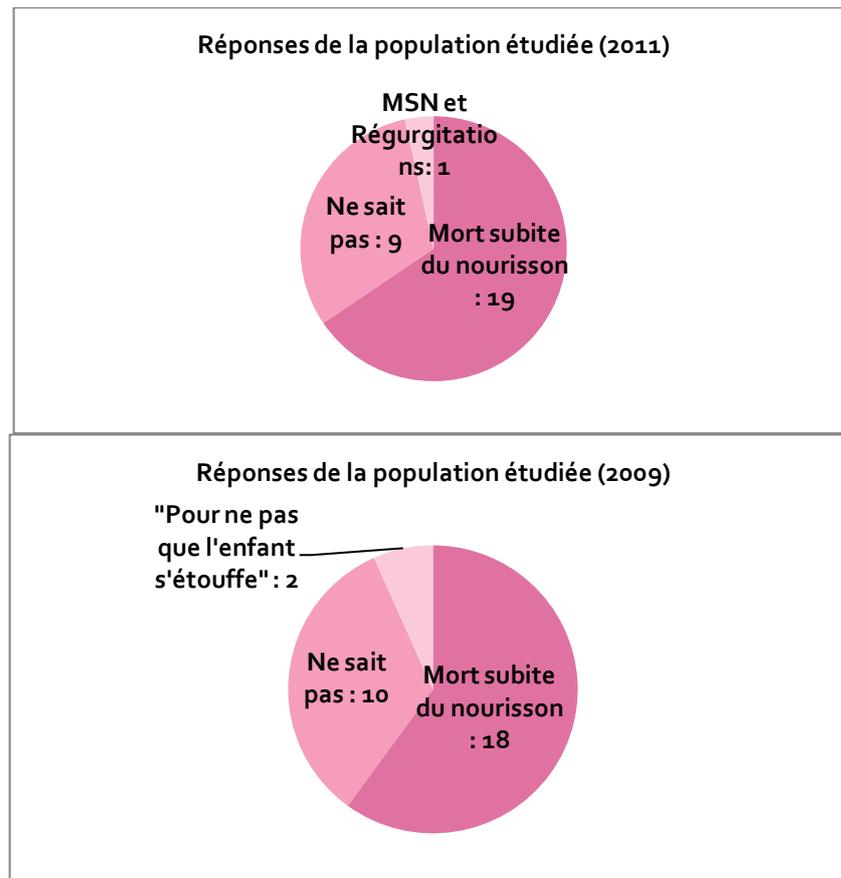


Figure 17 : Graphiques représentant la réponse à la question : « savez-vous pourquoi toutes les précautions abordées sont importantes ? »

2.2 Les entretiens téléphoniques

2.2.1 Les premiers mois de maternité

L'ensemble des nourrissons est en bonne santé au jour de mon appel. Aucun n'a été hospitalisé depuis la sortie de la maternité. Aucune pathologie n'est décelée : aucune allergie signalée, pas de problème respiratoire ou cardiaque.

L'âge des nourrissons avoisinant les 2 mois, certains ont été vaccinés et d'autres n'ont pas encore eu leur consultation du 2^{ème} mois.

2.2.2 La visite de sortie

- A la question : « Lors de votre visite de sortie de la maternité, vous a-t-on parlé des règles de puériculture ? »

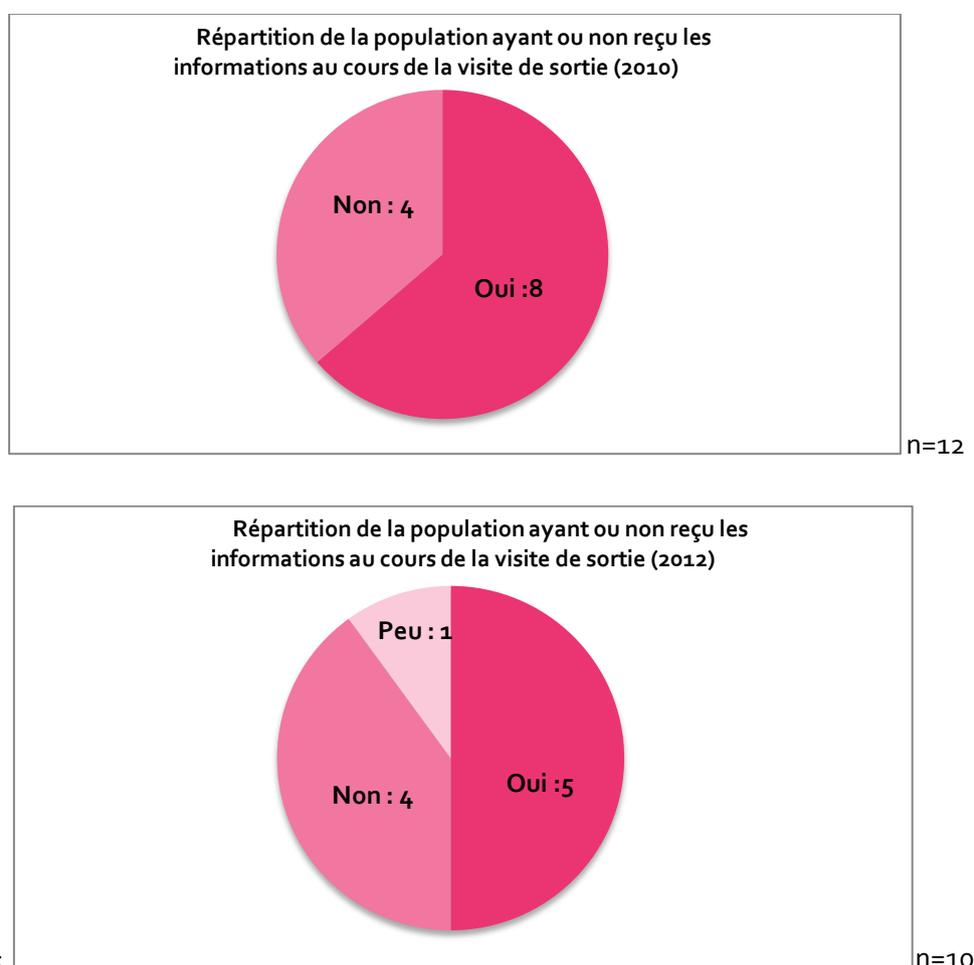


Figure 18 : Graphiques représentant les réponses de la population étudiée vis à vis d'une information reçue ou non sur les règles de puériculture au cours de la visite de sortie de la maternité

- « Par quelle catégorie de professionnel ? »

- 2010 : sur 8 réponses positives : par une sage-femme (2) par une sage-femme et une auxiliaire de puériculture (6).
 - 2012 : sur 6 réponses positives : une sage-femme et une auxiliaire de puériculture (6)
- La totalité des femmes interrogées me dit avoir reçu des documents à consulter à leur sortie de la maternité et les avoir consultés. (Carnet de santé de l'enfant, dépliants...)

2.2.3 Le retour à domicile

- A la question : « **Avez-vous eu besoin d'informations complémentaires à votre retour à domicile ?** »
- **En 2010** : 4 patientes sur 12 me répondent positivement :

Les informations ont été recherchées (plusieurs réponses possibles) :

- « Sur internet » :4
- « Dans les ouvrages » : 1
- « Au près de leur mère » : 1
- « Sage-femme de PMI » : 1

- **En 2012** : 5 patientes sur 10 me répondent positivement.

Pour les autres patientes des informations ont été recherchées : (plusieurs réponses possibles) :

- « Sur Internet » : 5
- « Sage-femme de PMI » : 2

2.2.4 Applications des règles de puériculture

L'ensemble des patientes dit respecter les différentes règles de puériculture. Tous les enfants dormiraient en position dorsale, la température de la chambre serait respectée et aucun enfant ne serait exposé au tabagisme passif. Tous les enfants bénéficieraient de l'usage de la tétine.

Une patiente me signale la pratique du co-sleeping durant les trois semaines suivant le retour à la maternité car « le bébé était inconsolable »

2.2.5 Souhait des accouchées

La totalité des femmes m'a dit souhaiter plus d'informations au cours de leur séjour à la maternité.

Voici les demandes que j'ai recensées : (Pour n=22 et plusieurs réponses possibles)

- « position de couchage » : 5
- « literie » : 5
- « température de la chambre » : 5
- « tabagisme passif » : 0
- « reflux gastro-œsophagien » : 1
- « sevrage allaitement maternel » : 3
- « soins » : 9
- « allaitement maternel » : 9
- « sommeil du bébé » : 1.
- « sexualité » : 1
- « contraception » : 1

2.2.6 Le meilleur moment pour aborder les règles de puériculture relatives à la prévention de la mort inattendue du nourrisson

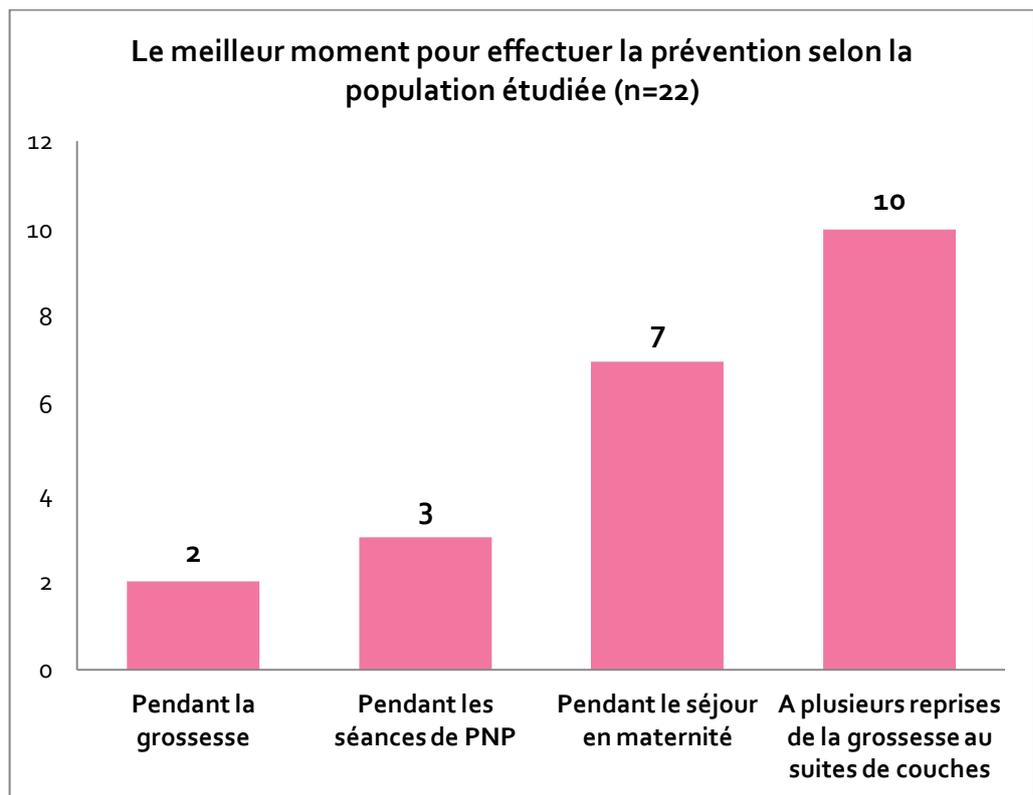


Figure 19 Graphique représentant le meilleur moment pour aborder la prévention et les règles de puériculture par rapport à la mort inattendue du nourrisson selon les femmes interrogées

Troisième Partie

***Pour une prévention
systématique...***

1 ANALYSE DES GRAPHIQUES

1.1 Profil des patientes interrogées :

Le profil des patientes va permettre de voir s'il existe, en fonction des facteurs de risque de morts subite et inexplicée du nourrisson (MSIN), une population à risque parmi les enfants des accouchées interrogées.

Les différents facteurs de risque étant : les conduites additives (tabac, drogues, alcool), la prématurité, le petit poids de naissance, les conditions socio-économiques.

L'allaitement apparaissant qu'en à lui comme un facteur protecteur.

1.1.1 Age (Figure 1) :

Du fait d'une sélection aléatoire des patientes, l'âge moyen des femmes que j'ai interrogées varie en fonction de l'année de l'enquête. En 2009, la majeure partie des femmes étaient âgées de 30 à 39 ans alors qu'en 2010 elles avaient plutôt entre 20 et 29 ans.

1.1.2 Parité (Figure 2) :

En ce qui concerne la parité, bien que la sélection fût aléatoire, le nombre de primipares interrogées est majoritaire. Sur les trente patientes en 2009 et 2011, il y a 17 primipares contre 13 multipares. En 2009, au sein des multipares, nous compterons 10 deuxième pare et 3 troisième pare. En 2011, 8 deuxième pare et 5 troisième pare sont interrogées.

1.1.3 Origine ethnique (Figure 3) :

Puisqu'une de mes hypothèses posées concerne l'origine ethnique des patientes, ce critère a donc été pris en compte. J'ai supposé que les pratiques de puériculture étaient influencées par la culture d'origine. Ainsi, dans mon étude, au cours de l'année 2009, 7 patientes étaient d'origine étrangère contre 5 patientes en 2010. Nous confronterons l'origine des patientes avec leur pratique plus tard dans l'analyse.

De plus, j'ai supposé qu'une barrière linguistique était un frein à une compréhension des messages de prévention. Il se trouve qu'au cours de mes entretiens je n'ai pas eu de problème de barrière linguistique. Bien que certaines ne parlent pas français parfaitement, nous avons réussi à nous entretenir. Cependant, je pense que l'encrage culturel est plus important dans cette population.

1.1.4 Niveau d'étude (Figure 4) :

Sur les 30 patientes interrogées en 2009, 15 ont fait des études supérieures, 6 avaient un niveau baccalauréat, 5 ont arrêté leurs études au cours du lycée et 4 avaient un CAP ou un BEP. Sur les 30 patientes interrogées en 2010, 10 ont fait des études supérieures, 9 avaient un niveau baccalauréat, 4 ont arrêté leurs études au cours du lycée et 7 avaient un CAP ou un BEP. Donc, la majorité des femmes interrogées avaient un bon niveau d'instruction.

1.1.5 Les allergies :

Etant donné le fait que les allergies du nourrisson est un facteur de risque dans la mort inattendue du nourrisson, j'ai interrogée les femmes sur leur propre allergie. Il s'avérera qu'aucun nourrisson même de mère allergique n'avait développé une allergie à 2 mois.

1.2 Le déroulement de la grossesse

1.2.1 Suivi de grossesse (Figure 5)

La majorité des patientes a fait suivre sa grossesse par un gynécologue-obstétricien. Il s'agit de 28 femmes en 2009 et 29 en 2010. Les 3 restantes ont été suivies par leur médecin traitant. Je n'ai interrogé aucune patiente suivie par une sage-femme.

1.2.2 Préparation à la naissance et la parentalité (PNP) (Figure 6) :

En 2009, 11 patientes ont participé à des séances de PNP pendant leur grossesse. Il s'agit de 10 primipares et d'une deuxième pare.

On constate que 7 primipares n'ont pas participé à ces séances, tout comme 9 des deuxièmes pare et la totalité des troisièmes pare. Ce qui signifie que 19 patientes n'ont pas participé à ces séances.

Nous pouvons en conclure que le public majoritaire des séances de PNP était des primipares, une seule multipare s'y étant rendue.

En 2011, nous pouvons faire le même constat. En effet, le même schéma se dessine sur ce deuxième graphique. 12 patientes ont participé à des séances de PNP : 11 primipares et 1 deuxième pare. 18 accouchées n'ont donc pas participé aux séances pendant leur grossesse : 6 primipares, 7 deuxièmes pare et la totalité des troisièmes pare.

Peu de multipares assistent aux séances de PNP pendant leur grossesse du fait d'un manque de temps, d'un manque d'intérêt ou parce qu'elles y ont déjà participé au cours de leur première grossesse.

Bien que ce soit des primipares qui assistent majoritaires aux séances de PNP, au sein cette population il y a tout de même 7 femmes sur 17 en 2009 et 6 femmes sur 17 en 2011 qui n'y ont pas participé. Le nombre de non-participation reste significatif. Il serait donc intéressant qu'elles puissent être informées à ce sujet afin d'y participer au cours d'une future grossesse éventuelle.

1.2.3 Les addictions

1.2.3.1 Le tabac

- La consommation de tabac par les femmes interrogées :

Reposant sur des vastes campagnes de prévention, la non-exposition des enfants au tabagisme passif est une pratique qui semble bien intégrée par la population générale. Puisqu'il s'agit d'un facteur de risque de mort inattendue du nourrisson, j'ai décidé d'interroger les patientes à ce sujet.

Ainsi, la Figure 7 va nous indiquer que la majorité des accouchées interrogées sont non-fumeuses. En 2009, il y a 25 non-fumeuses sur 30 et en 2011 22 non-fumeuses sur 30. En ce qui concerne les fumeuses, on constate qu'il y a eu deux arrêts du tabac et trois diminutions en 2009 puis 5 arrêts et 3 diminutions en 2011, ceci constitue donc des bons résultats et montre que les femmes ont été sensibles à la nécessité d'arrêter ou de réduire la consommation de tabac pendant leur grossesse.

- La consommation de tabac par les conjoints des femmes interrogées :

La Figure 8 nous indique que les conjoints sont plus fumeurs que leurs compagnes. En effet sur les 30 hommes, 11 sont fumeurs en 2009 et 10 en 2011 contre respectivement 5 et 8 femmes.

- La consommation de tabac par les deux membres du couple :

Pour chaque année, on relève 4 couples fumeurs. Nous avons tout de même une majorité de couples non fumeurs : 17 en 2009 et 16 en 2011.

- Le tabagisme passif :

Il est rassurant de voir que toutes les patientes que j'ai interrogées se sont dites sensibilisées au tabagisme passif et sont prudentes à ne pas exposer leur enfant. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit d'un message de prévention qui est bien ancré dans l'esprit des nouveaux

parents et je dirais même dans la population en général. L'exposition du nourrisson au tabagisme passif étant donc réduite voire nulle, participe donc à réduire le risque de mort inattendue du nourrisson.

1.2.3.2 Les drogues

Les patientes s'étant dites consommatrices de drogues se sont montrées vraiment responsables et étaient conscientes qu'il s'agissait d'une conduite à risque pour leur enfant. Elles n'envisageaient pas une reprise du cannabis et surtout pas d'y exposer leur nourrisson.

1.2.3.3 L'alcool

Il s'avère que les femmes que j'ai interrogées et qui avaient consommé de l'alcool de façon occasionnelle avant avoir connaissance de leur grossesse se sont montrées particulièrement intéressées par le sujet.

1.3 L'accouchement

1.3.1 Terme à l'accouchement

La prématurité est un facteur de risque de mort inattendue du nourrisson. Dans mon étude, on dénombre en 2011, 3 accouchements prématurés (entre 35 et 36 SA). Toutes les autres patientes ont accouché à terme, c'est-à-dire au-delà de 37 SA. Les enfants ayant eu une naissance prématurée ont été hospitalisés en service de néonatalogie et 1 seul y était encore au jour de mon enquête.

1.3.2 Mode d'accouchement (Figure 9)

Parmi les patientes interrogées en 2009, on dénombre 24 accouchements par voie basse (dont 9 accouchements avec aide instrumentale, 8 accouchements par ventouse et 1 accouchement par forceps) et 6 accouchements par césarienne.

Parmi les patientes interrogées en 2011, on dénombre 24 accouchements par voie basse (dont 5 accouchements avec l'aide d'une ventouse) et 6 accouchements par césarienne.

Le mode d'accouchement n'aura pas d'incidence dans mon étude, mais c'est un élément que j'ai tout de même jugé bon de recueillir dans le cadre de l'anamnèse.

Il conviendra de signaler que toutes les naissances étaient simples. En effet, les enfants issus de grossesse gémellaires seraient plus exposés au risque de mort inattendue du nourrisson.

1.3.3 Poids de naissance des nouveau-nés (Figure 10)

En 2009, 6 nouveau-nés avaient un poids de naissance strictement inférieur à 3000g.

En 2011, 8 nouveau-nés avaient un poids de naissance strictement inférieur à 3000g.

Un petit poids de naissance étant un facteur de risque de mort inattendue du nourrisson, ces enfants font donc partis d'une population à risque.

1.3.4 L'allaitement maternel (Figure 11) :

Parmi les accouchées interrogées en 2009, 17 allaitaient leur enfant. En 2011, l'allaitement maternel concerne 21 femmes. Il s'agit comme nous l'avons vu d'un facteur protecteur contre la MIN.

1.4 Connaissances des patientes et pratiques de puériculture envisagées

Le constat que nous allons pouvoir faire à propos des connaissances des patientes est important puisqu'il s'agit ici de mettre en œuvre notre rôle de professionnel de santé afin de corriger leurs erreurs et de les informer. La prévention en suites de couches va se faire ici, notamment par l'observation des pratiques des femmes.

1.4.1 Les pratiques de puériculture

1.4.1.1 Position de couchage (Figure 12)

Ces graphiques nous indiquent les réponses des accouchées à la question : « Dans quelle position faut-il coucher un bébé ? »

- Tout d'abord, on peut voir que « **position dorsale** » a été la réponse majoritairement donnée par les femmes : à 21 reprises en 2009 et 23 reprises en 2011.

Nous pouvons déjà en dire que globalement les femmes possèdent la bonne information.

Ensuite, en 2009, au sein des femmes ayant répondu « **position dorsale** », nous retrouvons **14 primipares** dont 10 ayant réalisé des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pendant leur grossesse, **6 deuxièmes pare** et **1 troisième pare** (aucune n'ayant participé aux séances de PNP).

En 2011, au sein des femmes ayant répondu « **position dorsale** », nous retrouvons également **14 primipares** dont 10 ayant réalisé des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pendant leur grossesse, **6 deuxièmes pare dont 1 ayant participé à des séances de PNP** et **3 troisièmes pare** n'ayant pas fait de séances de PNP.

Nous pouvons donc en conclure que la majorité des patientes ayant participé au cours de leur grossesse à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité connaissent la règle de puériculture relative à la position de couchage de l'enfant. En effet parmi les accouchées ayant réalisé des séances de PNP, une seule en 2009 et deux en 2011 n'avaient pas la bonne information.

Ensuite, nous remarquons que la majeure partie des multipares à la bonne information : 7 sur 13 en 2009 et 9 sur 13 en 2011. Bien que peu d'entre elles aient participé à des séances de préparation à la naissance (1 seule en 2011), nous pourrions apparenter cela au fait qu'il s'agit de multipares qui donc ont déjà eu accès de part de leur grossesse(s) antérieure(s) aux messages de prévention.

- La réponse « **position dorsale et latérale** » a été donnée par **7 femmes** en 2009. Il s'agissait de 3 primipares n'ayant pas participé à des séances de PNP, et de 4 deuxièmes pare dont 1 avait participé aux séances.

En 2011, la réponse « **position dorsale et latérale** » a été donnée par **5 femmes**. Il s'agissait de 2 primipares dont 1 ayant participé à des séances de PNP, d'une deuxième pare dont 1 avait participé aux séances et de 2 troisièmes pare n'ayant pas fait de séances.

Il s'agit de la deuxième réponse la plus donnée par les femmes. Elles pensent que la position latérale est une position recommandée pour ne pas que l'enfant s'étouffe en cas de régurgitations.

- La réponse « **position dorsale et ventrale** » a été donnée en 2009 par une troisième pare n'ayant pas assisté aux séances de PNP pendant sa grossesse.
- La réponse « **position dorsale, ventrale et latérale** » a été donnée en 2009 par une troisième pare n'ayant pas fait de PNP et en 2010 par deux accouchées, une deuxième et une troisième pare n'ayant pas assisté à des séances de PNP.

Pour les accouchées qui n'ont pas donné la bonne pratique et ayant participé à des séances de PNP, il y aurait eu un défaut de passage d'informations. Ceci montre bien que les informations ont besoin d'être répétées à plusieurs reprises au cours de la grossesse et après l'accouchement. De plus, nous avons vu que ce n'est pas parce que la femme a déjà eu un enfant qu'elle connaît toutes les pratiques recommandées.

Ceci confirme bien mon hypothèse sur le fait que les connaissances des patientes sur les pratiques de puériculture sont incomplètes, et ceci qu'elles aient ou non fait des séances de PNP.

Concernant l'hypothèse à propos de l'influence de l'origine ethnique sur cette pratique de puériculture, nous pouvons voir qu'il y a bien une résultante. En effet sur les patientes ayant des pratiques différentes que la position ventrale, en 2009, 4 patientes sur 9 et en 2010 3 patientes sur 7 étaient d'origine étrangères.

1.4.1.2 Température de la chambre (Figure13)

En ce qui concerne la répartition des réponses à la question « quelle température pour la chambre de bébé ? », le même constat que pour la position de couchage va être fait. En effet, la majeure partie des femmes répondant « de 18 à 21°C » ont participé à des séances de PNP.

Il apparaît en 2009 que 11 femmes sur 30 ne savent pas à quelle température doit être la chambre de l'enfant. En 2011 cela concerne 9 patientes sur 30.

Il s'agit d'un conseil de puériculture très simple à faire passer, visiblement pas toutes les mères ne l'ont à leur connaissance. Il est pourtant très important qu'elle soit au courant de la température de la chambre avant qu'elle ne retourne à leur domicile.

Je voudrais parler d'une patiente en 2011 qui m'a répondu « 28-30°C » car pour elle c'était la température de sa chambre à la maternité donc l'exemple à suivre.

1.4.1.3 Partage de chambre (Figure 14)

Le partage de chambre étant un facteur protecteur de la MSIN, je me suis demandé quelles étaient les pratiques envisagées à ce propos par les accouchées.

Il s'avère que le partage de la chambre parentale est la pratique majoritaire : elle concerne 21 enfants en 2009 et 25 enfants en 2011. Pour les autres nourrissons, ils bénéficieront de leur propre chambre. Une patiente que j'ai interrogée en 2011 n'avait pas encore d'idée quant à son organisation du fait de son accouchement prématuré. J'ai donc pu lui faire passer les messages de prévention.

1.4.1.4 Observation de l'enfant dans la chambre

J'ai pu tirer de mes observations que les nouveau-nés ne portent pas de turbulette dans leur berceau mais sont sous des draps et autres couvertures. De plus les berceaux sont le plus souvent remplis de peluches.

Globalement les enfants sont couchés en position dorsale. J'ai tout de même pu en observer un en position latérale en 2009.

Les comportements sont à faire changer à la base. Eventuellement demander aux parents de ramener une turbulette à la maternité afin qu'ils prennent de bonnes habitudes dès le début. Il est de notre rôle de les conseiller afin d'éviter les berceaux remplis de peluches et les mauvaises positions de couchages.

1.4.2 Recherche d'informations au sujet des pratiques de puériculture avant l'accouchement

La moitié des patientes (sur les deux années cumulées) ont fait des recherches avant leur accouchement. Il en résulte que leurs sources viennent majoritairement d'internet (pour 25 femmes), puis en second lieu de leur entourage (pour 11 femmes).

Nous pouvons donc en dire qu'une partie des femmes applique les conseils divulgués par leur entourage bien souvent de leur mère. A savoir que les pratiques ont bien évoluées comme nous l'avons vu, notamment concernant la position de couchage.

Au cours de mon stage en Hospitalisation à domicile, j'ai entendu une mère dire à sa fille de coucher son enfant sur le ventre, car c'était comme cela qu'il fallait faire « à son époque ». Il persiste malgré tout une empreinte culturelle due à l'entourage dans les pratiques.

Ceci valide donc en partie mon hypothèse selon laquelle les pratiques de puériculture des accouchées seraient influencées par leur entourage.

1.4.3 Informations reçues concernant les pratiques de puériculture

1.4.3.1 Pendant les séances de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP) (Figure 15)

Parmi les patientes ayant réalisé des séances de PNP, c'est-à-dire 11 femmes en 2009 et 12 en 2011, il y a respectivement 9 et 11 femmes disant avoir reçu les informations concernant les pratiques de puériculture.

Il en résulte que la quasi-totalité des patientes ont reçu les informations au cours de leurs séances.

Ces résultats sont quasi-concordants à ceux de la *Figure 12*. En effet pour 2 femmes n'ayant pas reçu les informations pendant leurs séances de PNP en 2009, une seule ne savait pas pour la position de couchage de l'enfant. En 2011, pour 1 femme n'ayant pas reçu les informations pendant leurs séances de PNP, 2 ne savaient pas pour la position de couchage de l'enfant.

Nous pouvons en conclure que les séances de préparation à la naissance sont efficaces pour faire passer les messages de prévention.

Faire passer les différents messages au cours des séances de PNP peut être un bon moyen et constitué un moment opportun puisque la quasi-totalité des femmes ayant fait de la PNP ont les informations. Ainsi, il faudrait que les multipares soient tout de même orientées vers ces séances de PNP.

Pour résumer, les séances de PNP constituent un des moments privilégiés pendant lequel une prévention peut être abordée. Elles permettent d'amorcer l'éducation à la parentalité et la compréhension des messages de prévention. Il ne s'agit donc pas d'un moment opportun puisque toutes les femmes n'en bénéficient pas mais d'une amorce pour les femmes y participant.

1.4.3.2 Pendant le séjour à la maternité

D'après la *Figure 16*, nous voyons qu'en 2009 seulement 6 patientes sur 24 ont reçu les informations sur les pratiques de puériculture au cours de leur hospitalisation, au jour de l'enquête. Les informations ont été dispensées par une sage-femme, par une étudiante sage-femme et par des auxiliaires de puériculture. Les conseils concernaient : la température de la chambre pour le bébé, la position de couchage suite à une erreur de couchage, la position proclive, la literie nécessaire à l'enfant.

En 2011, nous pouvons faire le même constat puisque seulement 2 femmes « pensent » avoir reçu les informations de la part de professionnel. En effet, lorsque j'ai interrogé les accouchées, elles ne savaient pas vraiment me dire si elles ont eu des informations à ce sujet ou non car elles reçoivent énormément d'informations après leur accouchement. Elles sont plus centrées sur leur bébé que sur toutes les informations que nous leur apportons, et bien souvent même lorsqu'elle allaite la plupart de leurs questions tournent autour de leur allaitement.

Il en résulte que l'information n'est pas faite systématiquement, ce qui confirme mon hypothèse concernant ce fait.

Donc si une femme n'a pas participé à des séances de PNP, n'a pas eu de conseils durant ses consultations prénatales et si elle n'a pas d'informations systématique au cours de son séjour en suites de couches, elles ont peut-être des idées erronées concernant les pratiques de puériculture à aborder.

Bien que, les patientes disent tout de même avoir consultées internet, des ouvrages ou leur entourage, cela ne remplace pas à mon sens le contact avec un professionnel.

1.4.3.3 Connaissances des femmes sur la mort inattendue du nourrisson (Figure17)

Après avoir abordé avec les femmes tous les différents conseils de prévention sans avoir mentionné le terme de « mort subite du nourrisson », j'ai posé cette question en fin d'entretien : « Savez-vous pourquoi toutes ces précautions sont importantes ? »

Ainsi, en 2009, 18 femmes sur 30 se montrent au courant en me répondant « mort subite du nourrisson », 10 femmes ne savent pas, 2 femmes me répondent « pour ne pas que l'enfant ne s'étouffe ». En 2011, 19 femmes sur 30 se montrent au courant en me répondant « mort subite du nourrisson », 9 femmes ne savent pas, 1 femme me répond « pour éviter les régurgitations ».

En totalité 37 femmes ont l'information sur 60.

En conclusion, beaucoup ne maîtrisent pas les conseils pratiques en totalité et il reste un manque d'information à combler avant leur retour à domicile, avant qu'elles puissent se sentir démunies.

1.5 Analyse des entretiens téléphoniques

1.5.1 Les premiers mois de maternité

Au cours des entretiens téléphoniques, j'ai appris que les enfants des femmes que j'ai pu recontacter sont tous en bonne santé.

1.5.2 La visite de sortie

Je me concentre plutôt pendant l'entretien à savoir si elles ont reçu des informations concernant les règles de puériculture et si oui par quels professionnels.

Ainsi, selon la *Figure 18*, nous pouvons constater que 8 femmes sur 12 ont reçu les informations en 2010 et 6 sur 10 en 2012. Soit 14 femmes sur 22, donc un peu plus de la moitié.

Les professionnels ayant dispensé les informations sont : les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture, et parfois à deux reprises par chacune d'elle.

De ce fait, l'information n'est pas donnée systématiquement et donc parfois, des patientes repartent chez elle sans l'avoir reçue. Ceci confirme alors en totalité mon hypothèse à ce sujet.

Nous ne mettons en évidence aucune différence entre les deux années.

1.5.3 Le retour à domicile

Je me suis ensuite intéressée au besoin d'informations au retour à domicile. Ainsi, 9 patientes sur 22 interrogées me disent avoir eu besoin d'informations à leur retour à domicile.

Ceci montre bien que les femmes ne sont pas armées face à toutes les situations pour leur retour à domicile ce qui affirme mon hypothèse. De plus il est évident que la plupart des informations sont recherchées sur Internet.

Notamment, je constate que les soins au nourrisson ainsi que l'allaitement maternel restent toujours leurs principales occupations.

1.5.4 Le meilleur moment pour aborder les règles de puéricultures selon les femmes (Figure 19)

Pour 10 femmes, la solution appropriée serait d'aborder les règles de puéricultures à plusieurs reprises au cours de la grossesse et des suites de couche.

Pour 7 d'entre elles, le séjour à la maternité est le meilleur moment.

Pour 3 femmes, les séances de préparation à la naissance sont adaptées à cette information.

2 femmes souhaiteraient recevoir ces informations au cours de la grossesse.

2 CONCLUSIONS APPORTEES PAR L'ANALYSE

Voici les conclusions que nous pouvons apporter suite à l'étude des différentes données :

- Toutes les femmes n'ont pas eu les informations concernant les pratiques de puériculture que se soit : pendant leur grossesse, pendant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, pendant leur séjour en suites de couches ou pendant la visite de sortie.
- L'information ne semble pas faite de façon systématique à toutes les patientes.
- Les femmes participant aux séances de PNP sont globalement bien informées.

- Il existe un manque d'information au retour à domicile signalé par les femmes. Ces informations sont alors plutôt recherchées sur Internet.
- Il n'y a pas de moment opportun pour dispenser les informations. L'important étant que l'information soit donnée, répétée à plusieurs reprises durant la grossesse jusque dans les suites de couches et même à domicile. Il faut que le professionnel vérifie la compréhension de la femme en l'observant, en la questionnant. De plus, les femmes aimeraient avoir les informations à plusieurs reprises.
- Toutefois, la visite de sortie me semble un moment privilégié où l'on peut s'assurer de la connaissance et de la compréhension de la femme avant son retour à domicile et éviter ainsi qu'elle se retrouve seule et démunie face à son manque d'information.
- Aucune différence n'est à constater entre les deux années d'enquête.
- Je voudrais également souligner le fait que si l'information doit être répétée à plusieurs reprises et à différents moments, il est indispensable pour la compréhension de la femme que les différents professionnels aient un discours similaire et cohérent.

3 POUR UNE MEILLEURE PREVENTION

Afin que les femmes aient accès à l'information en matière de prévention au sujet de la mort inattendue du nourrisson, il serait opportun d'établir une prévention systématique.

3.1 Mieux informer les femmes

3.1.1 Echanges avec les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture

En arrivant dans les services de suites de couches, avant d'aller réaliser mes entretiens, j'ai pris pour habitude de passer quelques minutes avec les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture présentes en garde afin de leur demander leurs habitudes de service. Ainsi, j'ai pu entendre différentes habitudes. Certaines sages-femmes me disent aborder la prévention par rapport à la mort subite du nourrisson, d'autres pensent qu'il s'agit du rôle de l'auxiliaire, d'autres me disent faire la prévention si elles voient une erreur de pratique ou de

couchage. Du côté des auxiliaires, le discours est tout aussi varié, certaines disent donner les informations systématiquement, d'autres si elles repèrent une attitude à risque...

Il n'y a donc pas de pratique systématique de la part de l'ensemble de l'équipe sur ce sujet précis afin d'évaluer leurs pratiques et leurs connaissances avant leur retour à domicile.

3.1.2 Différents temps et outils pour informer les femmes avant leur retour à domicile avec leur enfant

3.1.2.1 Le carnet de maternité

De nombreuses informations sont dispensées pour les futures mamans au sein du carnet de maternité. Ainsi, la prévention concernant la mort subite du nourrisson y est abordée. Nous pouvons retrouver les conseils sur la position de couchage, la température conseillée pour la chambre de l'enfant et sur le tabagisme passif. Les conseils concernant la literie sont sommaires. Toutefois, les messages importants sont dispensés et toute femme enceinte a accès à ce carnet. **Une explication donnée par le professionnel le remettant est donc indispensable pour expliquer à la patiente tout ce qu'elle peut retrouver dans ce carnet.**

3.1.2.2 Les consultations prénatales

Le praticien suivant la grossesse de la femme, surtout quand celle-ci en arrive à son terme pourrait d'un fait spontané, lui demander ce qu'il en est quant à l'accueil de l'enfant à venir. Il pourrait éventuellement déjà s'assurer de faire passer certains messages de prévention à cet égard en transmettant une plaquette d'informations [ANNEXE II] ou en abordant le carnet de maternité.

Ainsi, la réalisation de cette prévention pourrait être consignée dans le dossier médical.

Il apparaît en effet que les sages-femmes sont peut-être plus à même à ce discours puisqu'il s'agit notamment de conseils de puériculture.

Mais tout ceci permettrait à la patiente d'avoir dans un premier temps un début d'informations qui seront reprises plus tard durant la grossesse.

3.1.2.3 La visite de la sage-femme de P.M.I (Protection maternelle et infantile)

En période périnatale et afin de répondre à un objectif de santé publique et de prévention, les sages-femmes de P.M.I peuvent rendre visite aux femmes enceintes. La caisse d'allocation familiale ou les autres prestataires de services pour les allocataires transmettent à la sage-femme les déclarations de grossesse. C'est alors que celle-ci propose aux femmes son passage à domicile. Ainsi, des messages de prévention précoces peuvent déjà être abordés. La puéricultrice de P.M.I peut aussi être sollicitée pendant la grossesse pour répondre à des demandes quant à la préparation de la venue de l'enfant.

3.1.2.4 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Nous avons vu que les séances de PNP seraient un autre temps importants pour aborder cette prévention et tous ces conseils de puériculture. Elles y trouveraient un professionnel habitué à la prévention et disposé à répondre à leurs questions. Il faudrait plus inciter les patientes multipares à s'y rendre. Ces séances constituent une grande source d'information, de prévention, d'éducation et de préparation pour les femmes enceintes.

3.1.2.5 Le séjour en suites de couches et la remise du carnet de maternité

Il s'agit d'un autre moment privilégié pour dispenser les conseils de prévention aux femmes. En effet, ici, toutes les accouchées se retrouvent au contact de professionnels : sages-femmes, gynécologues-obstétricien, auxiliaires de puériculture... Pour elles, ceux-ci sont là pour remplir leur rôle et elles étant centrées sur leur enfant n'ont pas forcément à l'esprit tous les sujets qu'elles aimeraient abordés avec nous. Il apparaît de notre rôle d'avoir des sujets « clés » à détailler avec chaque femme sans pour autant attendre que celle-ci ne nous pose des questions.

La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture réalisent chaque jour une visite auprès des femmes. Il s'agit d'un véritable moment d'échange. Souvent, la femme voit un professionnel différent chaque jour, **il est donc important d'avoir un discours identique, cohérent et une dynamique soudée entre professionnels.**

De ce fait un problème est mis en exergue : Comment le professionnel en poste ce jour peut-il savoir si une femme a déjà eu une information, ou si elle a besoin de ré-explications par exemple ?

Pour cela, il pourrait être intéressant d'avoir une **liste d'items** qui serait intégrée au dossier de la femme et une à celui de l'enfant. Ces différents items seraient à aborder avec

chaque femme au cours de son séjour en suites de couches et ils seraient cochés en fonction de si l'information aurait été **donnée, comprise et intégrée** par la patiente, et ceci donc à différents degrés. Cela permettrait aussi d'avoir une idée sur les connaissances de la patiente avant sa sortie de la maternité et chaque professionnel pourrait alors s'y retrouver pour savoir quels sujets n'ont pas été traités avec chaque accouchée.

Pour effectuer la prévention par rapport à la mort subite du nourrisson, nous pourrions aussi envisager de **consigner cela dans le carnet de santé de l'enfant**. Nous pourrions coupler cette prévention au test d'acuité auditive par exemple et faire ainsi cette prévention pendant ce temps là. Ensuite, il s'agirait de **rajouter dans le carnet de santé un item « prévention mort inattendue du nourrisson » à cocher**, ainsi nous pourrions être sur que les informations auraient été dispensée à la mère au moins une fois.

Au sein de ce carnet de santé de l'enfant, il faut également expliquer à la femme que de nombreux messages de prévention s'y présentent. Dans le cadre de la MIN ils y sont tous mentionnés.

3.1.2.6 La visite de sortie de la maternité

Avant leur sortie de la maternité, chaque accouchée rencontre une sage-femme ou un médecin dans le cadre d'un examen médical et d'un entretien.

Au cours de cet entretien, différents thèmes vont être abordés. Ceux-ci concernent entre autres : le retour de couches, les conseils d'hygiène, la contraception et la reprise de la sexualité, la visite post-natale, la prescription médicamenteuse, la rééducation périnéale...

Il serait opportun de reprendre alors à ce moment là, la liste dont nous avons parlé auparavant incluant la prévention vis-à-vis de la mort subite du nourrisson et vérifier si toutes les informations ont bien été données.

Cependant par mon analyse, j'ai pu voir que les femmes ne se souviennent pas de tous les sujets abordés durant la visite de sortie car elles sont centrées sur l'arrivée de leur enfant d'où l'intérêt d'une continuité à domicile.

3.1.2.7 La visite du 8ème jour

Durant cette visite, le pédiatre examine l'enfant et donne des conseils à la mère. Le médecin pourrait alors également s'assurer qu'une prévention visant à réduire les risques de MIN a bien été effectuée grâce au système de case à cocher dans le carnet de santé. Ainsi, voici un autre moment où cette prévention peut être abordée.

En conclusion nous pouvons dire que cette prévention peut donc bien être abordées à plusieurs reprises. Nous avons recensé : les consultations prénatales, la visite de la sage-femme de P.M.I, les séances de PNP, le séjour en suites de couches, la visite de sortie de la maternité, la visite du 8^{ème} jour pour le nourrisson.

*Je réfute donc mon hypothèse selon laquelle la visite de sortie de la maternité serait un moment adéquat pour faire cette prévention. **Il s'agira plutôt de faire une prévention répétée à plusieurs reprises et par des professionnels arborant le même discours.***

3.1.3 Contrer les difficultés à cette prévention

3.1.3.1 Aborder le thème de la mort

Parler de « mort » pendant une grossesse ou après un accouchement semble une démarche difficile à effectuer. Toutefois, ceci rapporte à des conseils de puériculture. Donc avant d'utiliser le terme de « mort subite du nourrisson » il faut aborder les différents points puis éventuellement demander à la patiente si elle sait à quoi servent ces pratiques. Cela permettrait d'aborder cela d'une manière plus détendue.

3.1.3.2 Ne pas manquer de temps

En suites de couches, la charge de travail étant importante, il faut tout de même que les professionnels se montrent disponibles. Il est vrai que les messages de prévention à faire passer aux accouchées sont nombreux mais cela fait partie de notre rôle propre. Le séjour étant généralement court, de 3 à 5 jours, les femmes doivent intégrer un maximum d'informations en très peu de temps, d'où encore l'intérêt de leur faire de la prévention à plusieurs reprises.

3.1.3.3 Les patientes

En effet, si du côté des professionnels nous avons certains outils à disposition, et si rendre l'information systématique serait une solution afin de rendre l'information plus complète et adaptée, il conviendra aussi aux femmes d'avoir un certain sens des responsabilités.

Elles doivent se permettre de poser les questions aux professionnels qui suivent leur grossesse et ensuite leur enfant.

Il faudrait qu'elles lisent les documents que l'on met à leur disposition, carnet de maternité et autres dépliants informatifs.

Aussi, il faudrait qu'elles se rendent à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

3.1.3.4 Combler le manque d'information de la femme à son retour à domicile

Ce manque d'information pourra être corrigé par une démarche à domicile. Cela permet une approche globale de la situation, de plus une relation privilégiée peut s'établir et il pourra alors s'engager un véritable travail d'accompagnement dans tous les domaines dont la prévention.

- L'hospitalisation à domicile :

En effet, si la patiente remplit les critères nécessitant une hospitalisation à domicile, elle recevra la visite d'une sage-femme. Il sera alors facile pour la nouvelle accouchée d'aborder les points qui lui semblent importants. La sage-femme pourra alors corriger des conduites à risques et s'assurer du bien-être de la femme et de l'enfant puisqu'elle va intervenir directement au retour à domicile.

- La P.M.I. :

Comme nous l'avons vu précédemment, le service de PMI est à contribution en ce qui concerne la prévention, la protection et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. La sage-femme ayant déjà suivie une femme pendant sa grossesse peut-être amenée à la revoir à domicile. Ensuite certaines femmes vont être suivies grâce à une demande faite par le service de suites de couches où elles ont accouchées, par tout autre professionnel intervenant dans le secteur médico-social ou par la famille elle-même. De plus, la mairie va transmettre les avis de naissance à la puéricultrice de P.M.I et celle-ci pourra alors proposer sa visite aux accouchées.

- L'activité des sages-femmes libérales.

Les sorties de la maternité étant de plus en plus précoces, l'activité des sages-femmes libérales se rendant aux domiciles des patientes s'étend. Le même principe s'installe alors. Le manque d'information pourra alors être comblé.

Conclusion

La prévention fait partie du rôle propre des professionnels de santé. La sage-femme accueille le nouveau-né et assure un suivi de la mère et de l'enfant. Il apparaît alors que la prévention visant à réduire les risques de mort subite du nourrisson fait partie de ses compétences et qu'elle apparaît comme un interlocuteur privilégié des femmes enceintes et des accouchées.

Les patientes ont des connaissances concernant les différentes pratiques de puériculture à adopter mais celles-ci s'avèrent incomplètes. Le sujet semble abordé au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité mais pour les femmes n'y ayant pas participé le manque d'information semble assez significatif. En service de suites de couches il apparaît que les informations à ce sujet ne sont pas données de manière systématique à toutes les femmes. De ce fait on assiste à des mères qui signalent un manque de connaissances à leur retour à domicile. Il pourrait être intéressant de voir si les sages-femmes de P.M.I (Protection maternelle et infantile) font le même constat à ce sujet tout comme j'ai pu le constater au cours de mon stage en H.A.D (Hospitalisation à domicile).

Les risques peuvent être limités et des vies sauvées par la transmission de messages simples. A nous, professionnels de santé, de savoir mettre en œuvre une prévention efficace.

Bibliographie

[1] C.RAMBAUD. Médecine Judiciaire. Mort subite du nourrisson : Avantages du système de prise en charge français. Médecine et Droit numéro 16, 1996, pp.1-4.

[2] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques [en ligne]. Février 2007. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Disponible sur :< http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_533467/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans?xtmc=&xtcr=21>

[3] A. BOURRILLON. Pédiatrie 3^{ème} édition. Collection Abrégés et Connaissances pratiques. Edition Masson, 2005.

[4] [28] Naitre et vivre. <<http://naitre-et-vivre.asso.fr>>

[5] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Publications [en ligne] Bulletin épidémiologique hebdomadaire numéro 34. Janvier 2008. Morts inattendues du nourrisson. Disponible sur :< http://comunpc.univ-lille2.fr/comunpc/wp-content/uploads/2010/07/BEH_Mort_subite_nourrisson.pdf>

[6] [14] P.Franco, B.Kugener, M-J.Challamel. Prévenir la mort subite du nourrisson. Pour la Science numéro 391, 2010, pp.52-59. [en ligne] Disponible sur <http://www.naitre-et-vivre.org/gestion/pdf/franco_kugener_challamel_2010_3.pdf>

[7] Catherine OUAHRANI. Mort subite du nourrisson. Une baisse continue mais lente. Profession Sage-Femme numéro 143, 2008, pp. 14-16.

[8] J-M. Geffroy. La mort subite du nourrisson. Etude lorraine à propos de 121 cas hospitalisés au CHU de NANCY BRABOIS. (1980-1988).Thèse médecine. NANCY, 1991.

[9] J.Messer, H-E.Stork. Pratiques de puériculture et mort subite du nourrisson : un éclairage transculturel. Elsevier, Paris. Archives pédiatriques 1997 ; 4 :3-7. Pp 1-7.

[10] M.McKee et al./ Preventing sudden infant deaths – the slow diffusion of an idea. Elsevier, Health Policy 37, 1996, pp 117-135.

[11] [12] M-J Challamel. Le sommeil de l'enfant. Chapitre 13 :Mort subite inexpliquée du nourrisson. Edition Masson, 2009, pp.110-112.

[13] M.Dehan et R.Gilly. Progrès en pédiatrie 6. Mort Subite du nourrisson. Doin éditeurs-Paris, 1989,368p.

[15] C.Faure et al. / Position de sommeil, prévention de la mort subite du nourrisson et reflux gastro-œsophagien. Archives de pédiatrie 3. Elsevier, Paris, 1996, pp. 598-601.

[16] Institut de veille sanitaire. Juliette Bloch, Pierre Denis, Delphine Jezewski-Serra et le comité de pilotage. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans Enquête nationale 2007-2009. [en ligne] Disponible sur :
<http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf>

[17] M.Roussey et al. / Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. Archives de pédiatrie 14. Elsevier Masson, 2007 pp. 627-629.

[18] R.Carpenter, L. Irgens, Lancet 363 517/01/04. Pp. 185-190.

[19] L.Vaivre-Douret et al. /Comportements des mères face à la position de couchage de leur bébé : effets de la dernière campagne de prévention concernant la mort subite du nourrisson. Archives de pédiatrie 7, 2000.

[20] P.Lequien, C. Carpentier. Cosleeping et mort subite du nourrisson. Archives de pédiatrie 7. Elsevier, 2000, pp. 680-683.

[21] J-M-D Thompson et al. Sudden infant death syndrome: risk factors for infants found face down differ from other SIDS cases. J Pediatric, 2006; 149:630-3.

[22] M-M Vennemann, et al. / Sudden infant death syndrome : no increasead risk after immunisation. Vaccine. 2007;25:336-40.

[23] E-A Mitchell et al. / Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant syndrome? Pediatrics 2006; 117:1755-8.

[24] V Ratajczak. Prévenir la mort subite du nourrisson. Rapport d'étude, Licence sciences sanitaires et sociales. NANCY. 2001.

[25] E. Bokobza-Noyer. Etude sur les habitudes de puéricultures et sur la prévention de la mort subite du nourrisson au Havre en Octobre 1997. Thèse de santé publique. 1998.

[26] CNSF. Collège National des Sages-Femmes. La Sage-femme et le nouveau-né : Compétences et bonnes pratiques. Dossier 2012.

[27] Les dossiers de l'Obstétrique. Article : la Sage-femme et la prévention de la mort subite du nourrisson. Pp.9-11. Juin 1997.

Annexes

ANNEXE I

Classification

N° DU LOCALE

SP 4 41

7706

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Direction générale de la santé
Direction des hôpitaux
Direction de la sécurité sociale



Circulaire DGS/225/2B du 14 mars 1986 relative à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics, des problèmes posés par la mort subite du nourrisson

(Non parue au *Journal officiel*)

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,
Le secrétaire d'État chargé de la santé,

à

Messieurs les commissaires de la République de région
(directions régionales des affaires sanitaires et sociales)
(pour information) ;

Messieurs les commissaires de la République de département
(directions départementales des affaires sanitaires et sociales) (pour exécution).

Circonstance la plus fréquente de mortalité postnéonatale (enfants de un mois à un an), la mort subite du nourrisson est progressivement devenue un véritable problème de santé publique aux dimensions à la fois médicales, administratives et financières.

Il s'agit en effet d'un syndrome multifactoriel encore trop souvent inexpliqué, très difficilement dépistable et donnant lieu à des prises en charge très diverses, tant en ce qui concerne l'accueil des parents, le transport du corps, les examens complémentaires, l'autopsie à effectuer, que la surveillance des enfants ayant fait des malaises graves.

Aussi la présente circulaire a-t-elle pour objet de décrire le système que nous avons décidé de mettre en place à partir des établissements publics d'hospitalisation et qui comprend :

1. L'information des professionnels de santé ;
2. La désignation de départements de référence ;
3. La prise en charge des nourrissons faisant l'objet d'une prescription de surveillance par monitoring à domicile ;
4. L'amélioration des connaissances.

1. L'information des professionnels de santé

Lorsqu'un malaise grave ou un décès survient, dans des conditions apparemment inexpliquées, chez un nourrisson, la gravité et l'urgence de la situation déclenchent, de la part des parents ou des pro-

SNS 86/22

7

fessionnels de santé, des attitudes et des interventions qui ne sont pas, faute d'information suffisante, toujours adaptées. C'est pourquoi une action d'information des médecins et des personnels paramédicaux est engagée sous les formes suivantes : une brochure réalisée par un groupe d'experts, contenant des recommandations précises, a été tirée en 120 000 exemplaires par le secrétariat d'État chargé de la santé et sera diffusée à tous les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins de P.M.I. et S.A.M.U. ; seront également destinataires les puéricultrices et sages-femmes par l'intermédiaire de leurs associations ainsi que les directrices d'établissements et de services d'accueil de nourrissons, les pompiers et police secours.

Par ailleurs, le texte de cette brochure sera publié dans son intégralité dans les périodiques médicaux afin de compléter son impact (auprès d'autres spécialistes : O.R.L., anatomopathologistes, internes, etc.).

Des documents techniques mis au point par un groupe d'experts auprès de la direction générale de la santé seront mis à disposition des départements de référence :

- le protocole de monitoring cardio-respiratoire à domicile des enfants à risque ;
- le protocole d'investigation clinique et paraclinique des enfants décédés et des enfants à risque ;
- le protocole des vérifications anatomiques des enfants décédés.

2. Les départements de référence

Chaque C.H.R.-C.H.U. devra désigner un département de référence (département pédiatrique ayant acquis une expérience en matière de mort subite du nourrisson), à l'exception de l'assistance publique de Paris qui en désignera cinq, ayant vocation sur le plan régional à :

- 1° Jouer un rôle d'animation en matière de soins, de recherche et d'enseignement ;
- 2° Apporter un appui technique aux équipes et professionnels de la santé confrontés à ce problème ;
- 3° Diffuser auprès des équipes hospitalières et du corps médical toutes informations nécessaires ;
- 4° Mettre en place une surveillance sous monitoring à domicile lorsque celle-ci s'avère nécessaire.

Les départements de référence vous adresseront annuellement un bilan de leur activité en matière de monitoring à domicile.

3. La prise en charge des enfants faisant l'objet d'une prescription de surveillance par monitoring à domicile

A ce jour, il n'est pas prouvé que le monitoring à domicile, qui, en tout état de cause, représente une servitude pour la famille, protège de la survenue de la mort subite du nourrisson. Ce mode de surveillance correspond cependant, dans certains cas, à un besoin qu'il importe de savoir identifier. Aussi doit-il faire l'objet d'une évaluation scientifique élargie.

Actuellement, la mise en place d'une surveillance par monitoring à domicile n'est effectuée que par certains centres hospitaliers régionaux universitaires. Il a donc été décidé d'étendre cette fonction à tous les centres hospitaliers régionaux universitaires, mais aux seuls centres hospitaliers régionaux universitaires.

Par ailleurs, les solutions utilisées (création d'associations assurant la gestion d'un parc d'appareils utilisés en ambulatoire et le suivi des malades à domicile) ne sauront être poursuivies.

INS 86/22

La prise en charge des frais de monitoring à domicile devra désormais être organisée dans les conditions et selon les modalités ci-après :

- les départements de référence désignés comme tels par les C.H.R.-C.H.U., éventuellement saisis par le médecin traitant, auront qualité pour prescrire, mettre en place et organiser le suivi d'une surveillance par monitoring à domicile, la prise en charge étant subordonnée à l'accord du contrôle médical donné à l'échelon régional.

Dans un délai d'un an, les associations existantes devront négocier avec le C.H.R.-C.H.U. de rattachement les conditions de reprise de leur parc d'appareils et d'intégration de leur activité au service hospitalier gestionnaire. Les crédits d'exploitation de l'établissement concerné pourront donc être augmentés, hors taux directeur, pour l'exercice 1987 d'un montant équivalent à celui des forfaits versés en 1985 par les organismes d'assurance maladie à l'association pour couvrir ses frais de fonctionnement et d'amortissement du matériel ;

- les frais d'acquisition des nouveaux appareils seront imputés sur la section d'investissement de l'établissement gestionnaire ;

- les dépenses afférentes à l'amortissement, la mise en place et la maintenance du matériel (réservé exclusivement au monitoring pris en charge) ainsi qu'au suivi à domicile des malades seront financées sur les crédits d'exploitation autorisés de l'établissement centre de référence ;

- la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sera incluse dans la dotation globale de l'établissement. Le régime de la participation financière de la famille sera le même que celui de l'hospitalisation à domicile.

A titre transitoire, et jusqu'au 1^{er} janvier 1987 au plus tard, les caisses d'assurance maladie sont autorisées à maintenir leur intervention financière auprès des associations, sous réserve que le parc d'appareils géré par ces dernières soit gelé à son niveau actuel et que la totalité de la dépense soit imputée sur leurs budgets d'action sanitaire et sociale.

4. L'amélioration des connaissances

Le diagnostic de la M.S.I.N. ne peut se faire que par élimination des cas de mort subite expliquée. Il importe que les enfants décédés dans des conditions apparemment inexplicables soient transférés dans un établissement d'hospitalisation où seront pratiqués des examens médicaux complémentaires et une autopsie.

Transport du corps

Le transport du corps sera effectué par un véhicule spécialement aménagé, appartenant à un établissement d'hospitalisation public ou privé ou à une entreprise agréée par le préfet, commissaire de la République.

Accueil de la famille

Les parents accompagnant l'enfant décédé dans de telles circonstances devront évidemment faire l'objet d'un accueil particulier dont les modalités relèvent de l'initiative des établissements hospitaliers. Le cas échéant, une écoute et un soutien psychologique seront nécessaires, avec l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Examens préalables à l'autopsie

L'enquête diagnostique sera complétée par un examen clinique et des investigations paracliniques (radiographies, ponction lombaire, etc.).

Autopsie

Elle ne sera bien entendu pratiquée qu'après l'accord explicite des parents et exclusivement dans un établissement :

- figurant sur la liste des établissements spécialement autorisés à effectuer des prélèvements d'organes à des fins scientifiques (autopsies scientifiques) dans les conditions fixées par le décret n° 78-501 du 31 mars 1978 ;
- doté d'un service de pédiatrie.

Tous ces dispositifs étant mis en place en vue de l'amélioration des connaissances et d'un meilleur fonctionnement du service public hospitalier, la prise en charge des frais de transport, des examens complémentaires et de l'autopsie des enfants décédés de mort subite relève intégralement du budget global de l'hôpital où ces enfants sont transférés, sans qu'il y ait lieu à avance de frais ni participation financière de la famille.

Vous voudrez bien informer par ailleurs les représentants du corps médical de votre département des mesures mises en place par cette circulaire.

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,

M. GAGNEUX

*Le secrétaire d'État auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,*

Pour le secrétaire d'État et par délégation :

Le directeur du cabinet,

G. RIMAREIX



ANNEXE II

Que faire de plus ?

Apprenez à comprendre ses messages :

- Apprenez lui à jouer sur le ventre lorsqu'il est réveillé.
- Ne secouez pas votre bébé, même pour jouer, sa tête et son cou sont fragiles.
- Gardez votre bébé en position verticale un quart d'heure après le biberon.
- Pleurs, reflux du biberon, vomissements, rejets abondants, fièvre, etc. C'est sa façon de dire que quelque chose ne va pas.

Consultez votre médecin :

- Si votre bébé régurgite beaucoup ou vomit.
- S'il est gêné pour respirer, même sans fièvre.
- S'il a de la fièvre (plus de 38°), s'il devient très pâle ou bleu.
- Si son comportement n'est pas comme d'habitude (pleurs très importants, grosse somnolence).
- Il ne peut être couché sur le ventre qu'en cas de raison médicale particulière.

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

Pourquoi tous ces changements dans nos attitudes ?

- La mort subite du nourrisson n'est pas due qu'à une seule cause. On sait maintenant que l'environnement de l'enfant joue un rôle important.
- Grâce à la modification des pratiques de couchage de nos bébés, le nombre de morts subites du nourrisson a chuté de 75 % depuis 1992. Des gestes simples permettent d'éliminer les principaux risques.

Que fait-on dans les autres pays ?

Dans tous ces pays, les habitudes de couchage des bébés se sont modifiées : le nombre de morts subites du nourrisson a diminué de **+ de 75 %**.

Ces conseils ont été diffusés depuis :

- 1987 en Hollande
- 1991 en Australie et Grande-Bretagne
- 1992 aux Etats-Unis
- 1993 en Allemagne, Autriche et Suède.

Ils sont également recommandés par les autorités sanitaires françaises.

Qui contacter ?

NAÏTRE ET VIVRE

Reconnue d'utilité publique, l'association Naître et Vivre a pour but l'étude des problèmes liés à la mort subite du nourrisson, l'information et l'aide psychologique et morale aux parents, la collecte de fonds en vue d'aider la recherche médicale.

Naître et vivre - 5, rue La Pérouse - 75116 Paris
Tél : 01 47 23 98 22 - <http://www.naitre-et-vivre.asso.fr>

les Centres Régionaux de Référence

Le Ministère de la Santé a créé en 1986 des Centres de Référence pour l'Etude et la Prévention des morts subites du nourrisson chargés de :

- Diffuser toute information
- Prendre en charge les enfants décédés et leur famille
- Organiser la recherche sur la mort subite du nourrisson.

En téléphonant au numéro 15, vous obtiendrez le numéro de téléphone du centre correspondant à votre région.

Dossier réalisé en collaboration avec le Dr Elisabeth Briand-Huchet, pédiatre, Hôpital Antoine-Bécère (Clamart).

Assureurs Prévention Santé

Créée en 1982 par les sociétés d'assurance, cette association a pour objet de promouvoir toute action de prévention sanitaire.

Les assureurs s'engagent dans la prévention

Ses missions : « Développer la prévention en matière de santé » « Promouvoir et encourager les travaux scientifiques orientés vers la recherche d'une meilleure prévention »

Ses actions : « Edition de documents de conseils pratiques sur des thèmes de prévention santé, sous l'auspice d'un comité médical présidé par le Pr P. Morel » « Organisation de campagnes de prévention »

APS - 26, Bd Haussmann, 75311 Paris cedex 09
Pour télécharger d'autres documents : www.aps.fr

Prévenir...

la mort subite du nourrisson



16



Assureurs Prévention Santé

Les assureurs s'engagent dans la prévention

Dans quelle position coucher votre bébé ?

Dès mes premiers jours de vie et pendant ma première année :

Je fais dodo 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'enfourir.
- Ne l'installez pas sur le côté.
- Ne vous endormez pas avec lui dans votre lit.



Préférez l'allaitement maternel dans la mesure du possible.

Dans quelle literie ?

- 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 fatales.

En modifiant nos habitudes, nous pouvons éviter de nombreux cas de morts subites du nourrisson.

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

Quelle température dans sa chambre ?

18 à 20°

C'est suffisant.

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



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

كيف تضعين طفلك

الرضيع في سريره ؟

يمنع التدخين كلياً في الداخل

ما هي درجة الحرارة التي ينبغي أن تكون عليها غرفة طفلي الرضيع ؟

بين 18 و 20 درجة مئوية
تكون دافئة بما فيه الكفاية.
استعملي ملابس النوم التي يتغير سمكها حسب الفصول.
لا يجب الإفراط في تغطية طفلك.

وماذا عن الفراش ؟

لا تستعملي الوسادات
استعملي مهذا مجهزة بقضبان متينة،
مع فراش تكون أعاده مناسبة للسرير بشكل جيد.
لا تستعملي عظاماً أو لحافاً... بهذه الطريقة...
لا يمسك طفلك تحت الحاف
ولا يبقى أنف طفلك تحت الوسادة
والأ... فقد يؤدي ذلك لوفاة طفلك الرضيع.
ارضعي طفلك إذا أمكنك ذلك
شجعي طفلك على اللعب وهو منبطح عندما يكون مستيقظاً

ما هي الوضعية الصحيحة ؟

يجب دائماً وضع الطفل الرضيع على ظهره.
بهذه الطريقة لا يغطي وجه الطفل،
ويمكنه أن يتنفس بشكل أفضل ؛
وبالتالي يكون من السهل التحكم في الحمى.
ولا يمكن لطفلك أن يتواجد تحت الأغطية.
لا تضعي أبداً طفلك على جنبه.
لا تخلدي للنوم مع طفلك في سريرك.

بتغيير عاداتنا يمكننا إنقاذ حياة العديد من الأطفال من متلازمة موت الرضيع الفحاشي (SIDS) والمعروفة أيضاً بـ "موت الطفل في السرير".

CHRU HOSPITALIER
CENTRE CHU DE RECHERCHES LINGUISTIQUES

Assureur Prévention Santé

NATRE ET VIVRE.

En Anglais :

HOW TO PUT YOUR BABY IN BED?

NEVER SMOKE INSIDE

HOW WARM SHOULD MY BABY'S ROOM BE ?

18 to 20 °c
That is warm enough.
Use sleep clothing whose thickness should vary with the seasons.
Never cover too much your baby.

WHAT IS THE RIGHT POSITION ?

Always place the baby on his back.
That way..
The baby's face is not covered, it can breathe better ; fever will be easier to keep under control.
The baby can't get stuck under soft bedding.
Never place your baby on its side.
Never fall asleep with your baby in bed with you.

WHAT ABOUT THE BEDDING ?

No pillows
Use a crib with rigid bars, with a firm mattress whose dimensions fit the bed properly.
No cover or quilts...That way...
Your baby won't get caught under the quilt
Your baby's nose won't stay under the pillow
Otherwise... your baby can die.
Breastfeed your baby if possible
Encourage your baby to play in prone position whenever he is awake.

By changing our habits, we can save many babies from SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) also known as "cot death"

ANNEXE IV

Numéro :

Questionnaire

Grille pour entretien semi-directif

1) La patiente :

- _____ Geste _____ Pare
- Age : _____ ans
- Origine :
- Vit en couple : Oui Non
- Mariée : Oui Non
- Profession :
- Niveau d'études :
- Accouchements antérieurs :
- Allergies :
- _____ ème jour du post-partum.

2) Déroulement de la grossesse :

- **Suivi de la grossesse:**
 - Sage-femme Gynécologue-Obstétricien Médecin traitant
- **Préparation à la naissance :**
 - Oui Non
- **Tabac :**
 - Oui Non
 - _____ Cigarettes par jour en dehors de la grossesse
 - Diminution pendant la grossesse
 - Augmentation pendant la grossesse
 - Arrêt du tabac

_____ Cigarettes par jour pendant la grossesse

➤ Tabagisme du conjoint : Oui Non

_____ Cigarettes par jour

Tabagisme passif Oui Non

Si oui, quel est votre sentiment vis à vis de cela ? :

- **Avez-vous consommé de l'alcool pendant votre grossesse ?**

Oui Non

Si oui, à quelle occasion, quelle fréquence :

- **Avez-vous consommé des drogues pendant votre grossesse ?**

Oui Non

Si oui, détails de la patiente :

3) **Déroulement de l'accouchement :**

- Terme à l'accouchement : _____SA

__- **Prématurité :**

Oui Non

- **Mode d'accouchement :**

Accouchement normal VB

Ventouse

Forceps

Césarienne

- **Poids de naissance de l'enfant :** _____g

- **Adaptation de l'enfant à la naissance :**

Bonne

Transfert : _____ Cause : _____

- **Allaitement :**

- Maternel Artificiel

- **Séjour de l'enfant :**

- Alimentation :
- Prise de poids :
- Traitement :
- Ictère :

4) Connaissance des patientes et pratiques de puériculture envisagées :

➤ **Règles de couchage :**

- Quelle position de couchage:

Dorsale

Ventrale

Latérale

Autre :

- Quelle literie pour l'enfant :

- Quelle température dans la chambre :

- Chambre individuelle : Oui Non

- Partage de chambre : Oui Non

Si Oui : Parents

Frère

Sœur

Autre :

- Co-sleeping envisagé : Oui Non

Si oui : Quelles sont vos motivations ?

- **Attitude envisagée vis à vis du tabac (plusieurs réponses possibles) :**

- Ne voit pas d'inconvénients par rapport au tabagisme passif (le sien, du conjoint ou de l'entourage)
- N'envisage pas d'exposer l'enfant au tabagisme passif
- Ne sait pas

➤ **Observation de l'enfant dans la chambre :**

- **Dans le berceau :**
 - Position : _____
 - Couvertures/couettes : _____
 - Peluches/autres dans le berceau : _____
 - Autre détail : _____
- **Dans les bras de la patiente :**
 - Allaitement : Oui Non

- **Autres remarques :**

5) **Règles de couchage pour les enfants précédants :**

- **Position de couchage :**

- Dorsale
- Ventrale
- Latérale
- Autre :

- **Comment dorment-ils aujourd'hui :**

6) **Informations reçues sur ce sujet :**

• ***Pendant la préparation à la naissance :***

- Oui Non

- Si oui, quelles informations :
- Documentation reçues :

• ***Pendant le suivi de grossesse :***

- Oui Non

- Si oui, à quel moment :
- Quelles informations :
- Documentations reçues :
- Informations données par :

-- Une sage-femme :

Oui Non

-- Une auxiliaire de puériculture :

Oui Non

-- Un pédiatre :

Oui Non

-- Un médecin traitant

Oui Non

-- Un obstétricien

Oui Non

-- Autre :

● ***Pendant le séjour à la maternité jusqu'à présent :***

Oui Non

■ Si oui, à quel moment :

■ Quelles informations :

■ Informations données par :

-- Une sage-femme :

Oui Non

-- Une auxiliaire de puériculture :

Oui Non

-- Un pédiatre :

Oui Non

-- Un médecin traitant

Oui Non

-- Un obstétricien

Oui Non

-- Autre :

● **Quels supports écrits avez-vous consultés :**

- Prospectus et dépliants
- Carnet de maternité
- Carnet de santé
- Autres :

7) **Recherche d'informations à ce sujet pendant la grossesse :**

- Oui** **Non**

Si oui :

- Entourage :

- Auprès des professionnels :
 - Questions posées :

 - Quand et à quel professionnel :

- Internet :
 - Mots clés recherchés :

 - Thèmes recherchés :

- Livre :

- Autres :

8) **Savez vous pourquoi ces précautions sont elles importantes ?**

MADAME,

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête portant sur les pratiques de puériculture. J'aimerais vous contacter par téléphone afin de pouvoir compléter celle-ci.

Pour cela, il m'est nécessaire d'obtenir votre autorisation. Si vous êtes d'accord, merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint.

JE SOUSSIGNEE MME _____ AUTORISE MELLE MAUCHAUFFE A ME
CONTACTER PAR TELEPHONE DANS LE CADRE DE SON MEMOIRE.

Numéro de téléphone :

Horaires de disponibilité :

Signature :

GRILLE POUR L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE

1) Comment se déroule vos premiers mois de maternité :

- Age de l'enfant : _____ mois
- Suivi de l'enfant : Pédiatre Médecin traitant
- Vaccinations :
- Hospitalisations :

2) Lors de votre visite de sortie à la maternité vous a t-on parlé des règles de puériculture :

Oui Non

Qui ?

- Auxiliaire de puériculture
- Sage-femme
- Pédiatre
- Obstétricien
- Autre :

- Vous a t-on distribué des documents à ce sujet ?
 Oui Non
- Les avez-vous consultés ?
 Oui Non
- 3) A votre retour à domicile avez-vous eu besoin d'informations ?
 - Si oui, où les avez-vous recherchées ?
- 4) Aujourd'hui dans quelle position dort votre enfant ?
 Dorsale

 Ventrale

 Latérale

 Autre :
- 5) Quelle température pour la pièce ?
- 6) Partage de lit avec parents
 Oui Non

Partage de chambre

- Oui : Avec : _____ Non
- 7) Tabac dans l'environnement de l'enfant :
 Oui Non
- 8) Exposition de l'enfant au tabagisme passif :
 Oui Non

10.) Usage de la tétine :

- Oui Non
- 11) - **Allergies :**
 - **Bronchites :**
 - **Reflux gastro-oesophagien :**
 - **Autre problème respiratoire :**
 - **Problème cardiaque :**
 - **Autre pathologie :**
 - **Si allaitement maternel, combien de temps ? Si arrêt pourquoi ? :**

12) Auriez-vous souhaité recevoir plus d'informations concernant ce sujet pendant votre séjour à la maternité:

Oui Non

A quel sujet :

Position de couchage

Literie

Température de la chambre

Exposition au tabagisme passif

Que faire en cas de reflux ?

Sevrage allaitement

Autre sujet :

13) Selon vous, quel serait le meilleur moment pour aborder ce sujet ?

- Pendant la grossesse
- La préparation à la naissance
- Pendant le séjour en maternité
- A plusieurs reprises
- Autre réponse :

14) Avez-vous des questions ?

Au sein des compétences de la sage-femme se révèle son rôle préventif. Elle est un interlocuteur privilégiée de la femme pendant sa grossesse et après son accouchement, notamment pendant le séjour en suites de couches. Les risques de mort subite et inexplicée du nourrisson peuvent être limités grâce à des conseils simples et des pratiques de puériculture à transmettre aux femmes. Le rôle de la sage-femme est d'informer les parents à ce sujet afin qu'ils dispensent les meilleurs soins à leur enfant.

Ce travail à été mené dans le but d'évaluer les connaissances des accouchées (donc peu de temps avant leur retour à domicile avec leur enfant) sur les pratiques de puériculture visant à réduire le risque de mort subite et inattendue du nourrisson. Ainsi, grâce à des entretiens réalisés au cours de leur séjour en suites de couches, j'ai pu constater que les connaissances des accouchées sont incomplètes à ce sujet.

Les professionnels n'abordent pas ce sujet de façon systématique. Parler de « mort » après un accouchement est un tabou. Mais, sans véritablement utiliser ce terme, il s'agirait plutôt de questionner les femmes plus systématiquement sur leurs connaissances, d'observer leurs pratiques, de leur demander si elles connaissent l'importance de celles-ci. Il faudrait donc améliorer les outils de communications et d'informations car il s'agit ici de messages simples qui permettraient de préserver ces nouvelles familles.