



HAL
open science

Prévention de la mort inattendue du nourrisson : enquête qualitative auprès de patientes en suites de couches à la Maternité du CHRU de Nancy en 2019

Julie Gasson

► To cite this version:

Julie Gasson. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : enquête qualitative auprès de patientes en suites de couches à la Maternité du CHRU de Nancy en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870517

HAL Id: hal-03870517

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870517>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY**

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

GASSON Julie

Prévention de la mort inattendue du nourrisson : enquête qualitative auprès de patientes en suites de couches à la Maternité du CHRU de Nancy en 2019

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Dr BORSA-DORION Anne

Pédiatre Chef de service des Urgences Pédiatriques

de l'Hôpital d'enfants du CHRU de Nancy



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FAÇULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

GASSON Julie

Prévention de la mort inattendue du nourrisson : enquête qualitative auprès de patientes en suites de couches à la Maternité du CHRU de Nancy en 2019

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Dr BORSA-DORION Anne

Pédiatre Chef de service des Urgences Pédiatriques

de l'Hôpital d'enfants du CHRU de Nancy

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame le Docteur Borsa-Dorion d'avoir accepté la direction de ce mémoire ainsi que pour son aide et ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie Madame Brioso, présidente de l'association « Les Rires d'Anna » pour sa sensibilisation au sujet de la mort inattendue du nourrisson au cours de mes études, qui m'a donné l'envie de traiter ce sujet.

Je remercie Madame le Docteur Toupet, pour son aide dans l'élaboration des entretiens et sa relecture.

Je remercie Madame Galliot, sage-femme enseignante à l'école de Nancy et ma tutrice, pour son soutien.

Je remercie aussi les patientes que j'ai interrogées, de m'avoir accordé de leur temps pour la réalisation de mes entretiens et pour leur bienveillance à mon égard.

Pour finir, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille tout au long de mes études.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
1. TYPE D'ÉTUDE	12
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES	12
RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	14
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	14
2. PRÉVENTION AVANT LA GROSSESSE	16
3. PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE	20
4. PRÉVENTION APRÈS LA GROSSESSE	22
5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	30
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	38

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

InVS : Institut de Veille Sanitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

OMIN : Observatoire national français des Morts Inattendues du Nourrisson

CRMIN : Centres de Référence des Morts Inattendues du Nourrisson

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

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

INTRODUCTION

La définition de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) a évolué avec le temps. Actuellement, la MIN est définie comme le décès brutal d'un nourrisson âgé d'un mois à un an alors que rien dans ses antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir. Après avoir effectué l'ensemble des investigations post-mortem comprenant une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique, ainsi que la totalité des examens complémentaires (biologie, imagerie, autopsie, ...), soit une cause explicative du décès est retrouvée, soit aucune cause n'est mise en évidence et on parlera alors de Mort Subite du Nourrisson (MSN). [1] [2] La MIN englobe donc la MSN.

Dans ce mémoire, nous nous attacherons à parler de MIN.

Le nombre de MIN en France est stable depuis 2005 à environ 440 cas par an, après avoir connu une nette diminution de 75% entre 1991 et 1998 à la suite de campagnes de prévention internationales en faveur d'un couchage sur le dos. Cependant, la MIN reste encore à l'heure actuelle l'une des principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de 1 an dans les pays développés. [2]

Une seule enquête prospective sur les MIN a été menée en France jusqu'à présent ; il s'agit de l'enquête nationale de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) « Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans » de 2007 à 2009. Bien que la définition de la MIN concernait les nourrissons jusqu'à un an, l'InVS a choisi d'investiguer tous les décès jusqu'à 2 ans. Les résultats publiés en 2011 montraient une incidence de 0,42 MIN de moins de 1 an pour 1000 naissances dans la population étudiée (qui représentait 38,5% des nourrissons nés en France pendant la période étudiée). [1] Actuellement, en France, le taux d'incidence de la MIN est de 0,55 pour 1000 naissances (2018). [2]

Le nombre de MIN enregistrées au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy depuis 1991 jusqu'en 2020 est joint en annexe 1.

En 2015, l'Observatoire National français des Morts Inattendues du Nourrisson (OMIN), rassemblant 35 Centres de Référence des Morts Inattendues du Nourrisson (CRMIN) (dont celui de Nancy) et piloté par l'Association Nationale des Centres Référents de la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCRéMIN), a été créé dans le but d'obtenir des données épidémiologiques précises et exhaustives, d'identifier de nouveaux

facteurs de risque, d'actualiser les messages de prévention à destination du public et des acteurs de santé, mais aussi de développer la recherche scientifique dans ce domaine. [3]

D'un point de vue de sa physiopathologie, la MIN est complexe et multifactorielle. Celle-ci est basée sur le modèle du triple risque décrit par Filiano et Kinney en 1994. [2]

[4] Trois facteurs seraient présents au moment du décès de l'enfant :

- Une vulnérabilité, qui peut être de plusieurs types : une prématurité, l'exposition à des toxiques au cours de la grossesse, une hypotrophie, etc. ;
- Une période critique du développement cérébral de l'enfant ;
- Un stress exogène, qui peut aussi être de plusieurs types : la position de couchage, une literie inadaptée, un tabagisme passif, etc.

La MIN survient en général quand ces trois facteurs sont présents en même temps.

Si dans certains cas (environ deux tiers des cas), une MIN reste inexplicée, une cause est retrouvée dans un tiers des cas. Les étiologies principales retrouvées sont diverses. [2] Dans ce mémoire, nous nous attacherons à parler de la prévention des MIN par accidents de suffocation, directement liés à une malposition de couchage ou à un défaut dans l'environnement de couchage du nouveau-né.

Il existe de multiples facteurs de risque de MIN. Parmi ceux-ci on retrouve, de façon non exhaustive [2] :

- Le couchage sur le ventre ou sur le côté (facteur de risque majeur) ;
- Une literie inadaptée (matelas mou, partage du lit parental, cocon, canapé, tour de lit, cale-bébé, présence de couvertures ou de peluches) ;
- Le tabagisme pendant la grossesse et le tabagisme passif ;
- Une hypotrophie ou une prématurité ;
- Une hyperthermie ;
- Des conditions socio-économiques défavorables.

Des facteurs de protection de la MIN ont cependant été mis en évidence. Il s'agit par exemple, et de façon non exhaustive [2] :

- Du couchage sur le dos ;
- Du partage de la chambre parentale mais dans un lit séparé de celui des parents pendant les six premiers mois de vie ;
- De l'allaitement maternel (notamment exclusif) ;

- De l'utilisation de tétine ;
- De la vaccination ;
- Du respect des rythmes d'éveil et de sommeil de l'enfant.

Comme décrit à plusieurs reprises précédemment, les modalités de couchage du nourrisson constituent un élément fondamental du thème de la MIN et de sa prévention. Parmi les facteurs influençant l'environnement de couchage pour un nouveau-né donné dans une famille donnée, on retrouve principalement des facteurs et valeurs culturel(le)s et familiaux(ales) comme le statut socio-économique, le type d'allaitement (maternel ou artificiel) ou encore le relationnel parent-enfant. [5] [6]

Ces dernières années ont vu apparaître une recrudescence d'un mode de couchage appelé « cododo » qui se définit par le partage du lit parental avec le nourrisson. Bien que promu par certains auteurs [5] notamment dans les situations d'allaitement maternel, celui-ci représente un risque important d'enfouissement et de confinement entraînant une obstruction mécanique des voies aériennes supérieures, et multipliant ainsi par six à dix le risque de MIN quand il est en présence d'autres facteurs de risque (tels que le tabac ou la consommation de substances pouvant altérer l'état de conscience parentale). [2] [7] C'est dans ce contexte que la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) a établi des recommandations de bonnes pratiques sur le sommeil partagé et l'allaitement. [8] Malgré la bonne application de ces recommandations de bonnes pratiques, le cododo n'est absolument pas recommandé par les autorités scientifiques.

Par ailleurs, l'enquête de l'InVS en France a également permis de mettre en évidence un élément important : le caractère évitable de certaines MIN. En effet, un quart des MIN recensées aurait pu être évité si les recommandations de couchage avaient été respectées. [2] Pour exemple, cette étude a montré que plus d'un tiers des enfants de moins de six mois décédés de MIN dormaient dans un environnement non sécurisé. [1]

La place de la prévention est donc prédominante dans le cadre de la MIN. En réponse au modèle du triple risque décrit précédemment, l'enjeu de la prévention va donc être de cibler les enfants à risque, à un moment particulier de leur vie, dans un environnement à risque.

Les recommandations françaises en terme de couchage du nourrisson se calquent sur les recommandations américaines de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP). [2] [9] Pour un couchage sécurisé, le nourrisson doit être couché sur le dos, dans un lit à barreau sans tour de lit, sur un matelas ferme et de taille adaptée au lit, dans une gigoteuse

adaptée à sa taille et à la saison, sans oreiller, ni couverture, ou tout autre objet mou pouvant être rajouté dans le lit. La température de la chambre dans laquelle dort le nourrisson doit être comprise entre 18 et 20°C. Le *room-sharing* c'est à dire le fait de coucher l'enfant dans la même chambre que ses parents, mais dans son propre lit, est recommandé et est à bien distinguer du *bed-sharing* (ou cododo) c'est à dire le partage du même lit, qui lui n'est pas recommandé.

En réponse au caractère évitable clairement établi dans certaines MIN et afin de limiter au maximum le risque de survenue de MIN, le meilleur moyen reste à ce jour l'application de ces recommandations de prévention.

Qui dit prévention, dit acteurs de la prévention. Parmi eux, nous retrouvons en première ligne les professionnels de la santé au contact des jeunes parents et de leur nourrisson, et notamment les sages-femmes. La prévention de la MIN étant l'un des objectifs mis en évidence par la HAS dans les recommandations professionnelles, ces conseils de puériculture font partie des informations qui, toujours selon la HAS, doivent être données aux patientes tout au long de leur grossesse (consultations prénatales ou séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) pour celles y participant), lors du séjour en maternité et au moment des visites postnatales. [10] [11] Ces informations de prévention sont données par tout professionnels de santé jouant un rôle à un moment donné de la grossesse, du post-partum et du retour à domicile [12] ; c'est pourquoi la sage-femme apparaît comme l'un des principaux vecteurs de la prévention. Il convient donc de veiller à ce que les messages délivrés par les soignants ne soient pas erronés car il n'est pas rare que les exemples donnés en maternité contredisent les conseils de base du couchage du nouveau-né. [12]

Une enquête menée en 2018 au sein de la Maternité du CHRU de Nancy par A. Gemble [13] et qui avait pour but l'évaluation des connaissances des futures mères sur les facteurs de risque de MIN, a montré que les principales sources d'information pour les jeunes parents interrogés concernant le couchage du nourrisson sont les médias et la famille. Malheureusement, ceux-ci peuvent parfois être à l'origine de désinformation et de contre-messages s'éloignant des recommandations en vigueur. [12] En effet, et comme le souligne cette étude, les patientes avaient de meilleures connaissances quand le message de prévention était délivré par des professionnels de santé.

De plus, et en pratique, les futurs parents préparant l'arrivée de leur nouveau-né sont en lien étroit avec les grandes marques de puériculture, qui ont elles aussi une

influence sur la manière dont ils coucheront leur enfant. Elles délivrent souvent des messages ou conseillent du matériel qui ne sont pas en adéquation avec les recommandations. [13] Nombreux sont les contre-messages commerciaux et publicitaires irresponsables.

Si les conseils de couchage du nourrisson délivrés aux parents et futurs parents sont le seul moyen de prévention possible et efficace à grande échelle, il existe néanmoins un décalage certain entre les recommandations et la réalité du terrain, qui fait que certaines MIN, encore en 2020, auraient pu être évitées.

Ce sont toutes ces données qui ont motivé notre étude. L'une des hypothèses posées dès le début de ce travail de mémoire est que le thème du couchage du nourrisson et donc de la prévention de la MIN est rencontré par les patientes bien avant leur désir de maternité. Ensuite, la non application des recommandations par les patientes résulterait de contre-messages qui leur ont été délivrés, par différents acteurs, ou encore de leur représentation et perception (culturelle, sociale, familiale, ou autre) du couchage du nouveau-né, qui peut ne pas être en accord avec les recommandations. Enfin, nous émettons l'hypothèse que le message de prévention concernant la MIN a été délivré au moins une fois au cours de la grossesse ou au cours du séjour en maternité par un professionnel de santé.

La problématique posée est la suivante : le message de prévention au sujet de la MIN délivré au cours de la grossesse et dans le post-partum peut-il changer les pratiques des patientes en matière de couchage et d'environnement du nouveau-né ?

Pour répondre à cette question, notre objectif principal était de définir si les patientes reçoivent un message de prévention au sujet de la MIN en accord avec les recommandations par un professionnel au cours de leur prise en charge. Les objectifs secondaires étaient de définir à quel moment, par quel professionnel et par quel moyen le message de prévention au sujet de la MIN a été délivré, d'évaluer ce que les patientes ont retenu du message de prévention qui leur a été délivré, de recueillir les pratiques des patientes en terme de couchage de leur nouveau-né et de mettre en évidence des freins à la mise en pratique des recommandations par les patientes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Afin d'infirmer ou de confirmer ces hypothèses et de répondre à la question de recherche posée, une étude qualitative monocentrique par entretiens semi-directifs a été effectuée.

1.1. Population étudiée

La population étudiée était composée de patientes ayant accouché à la Maternité du CHRU de Nancy et faisant l'objet d'une consultation de sortie de maternité effectuée par une sage-femme, sur une période allant du 11 au 15 Mars 2019.

1.2. Modalités de réalisation de l'étude

Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'accouchées durant leur séjour à la maternité et plus précisément après leur consultation de sortie de maternité réalisée par une sage-femme et avant leur départ de la maternité.

Les entretiens étaient anonymes et réalisés après avoir prévenu les patientes en amont grâce à une note d'information écrite (annexe 2), et après avoir obtenu leur consentement oral. Le personnel soignant des services de suites de couches a également été prévenu grâce à une note d'information affichée dans chaque service (annexe 2).

La réalisation des entretiens a été effectuée selon la disponibilité des patientes interrogées, dans leur chambre au sein de la maternité, sans entraver les soins médicaux maternels ou néonataux prioritaires.

Les entretiens ont été effectués entre le 11 et le 15 Mars 2019.

2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES

Le choix d'utiliser l'entretien semi-directif comme méthode de recueil de données, afin de répondre à la problématique posée et aux objectifs de l'étude, a été fait pour laisser libre cours à la parole des patientes, notamment pour le récit de leurs

expériences personnelles et de leur ressenti, chose qui aurait été plus compliquée à obtenir par l'intermédiaire d'un questionnaire. Les questions posées suivaient une grille d'entretien (annexe 3) élaborée à l'avance à partir des hypothèses préétablies et permettaient de guider celui-ci, mais restaient générales et ouvertes afin de permettre aux personnes interrogées de répondre librement et d'exprimer leur point de vue.

La grille d'entretien, élaborée sous la forme d'un tableau, permettait de diviser celui-ci en trois thèmes (avant la grossesse, pendant la grossesse et après la grossesse, en suites de couches) présentant chacun des questions d'ordre général et des questions de relance. Ces trois thèmes ont été choisis afin de balayer l'ensemble des moments de la vie des patientes interrogées où celles-ci étaient susceptibles d'avoir reçu des informations au sujet de la MIN.

Les entretiens ont été, avec le consentement de chaque patiente, enregistrés grâce à un dictaphone, puis retranscrits informatiquement de la manière la plus fidèle possible. Un numéro a été attribué à chaque patiente, et donc à chaque entretien, afin de respecter la confidentialité des données recueillies. Un exemple d'entretien a été joint en annexe 4.

Aucune recherche d'informations n'a été effectuée dans les dossiers des patientes.

L'ensemble des réponses obtenues au cours des différents entretiens a été organisé sous la forme d'un tableau (annexe 5) utilisé pour leur analyse.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

1.1. Caractéristiques de la population

Au total, 15 patientes ont été interrogées. Elles étaient âgées de 25 à 38 ans, l'âge moyen de la population étant de 30 ans.

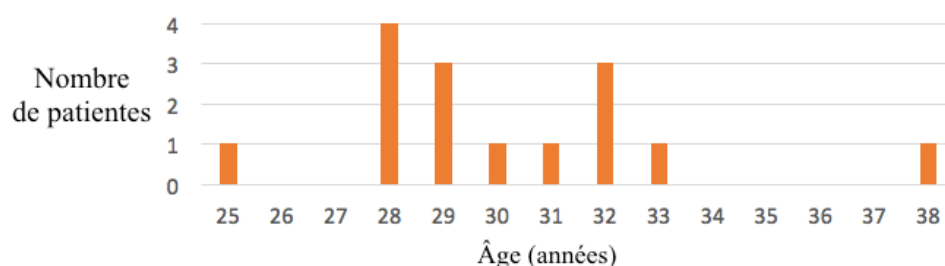


Figure 1 : Répartition de l'âge des patientes interrogées

Parmi les patientes interrogées, on dénombrait presque autant de primipare que de deuxième pare et une minorité de troisième pare.

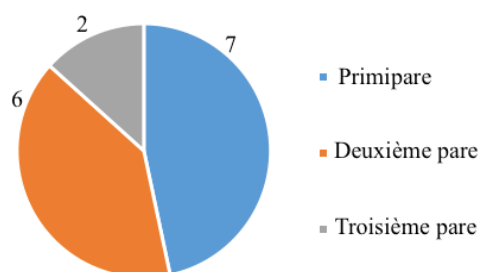


Figure 2 : Parité chez les patientes interrogées

D'un point de vue socioprofessionnel, la majorité des personnes interrogées et de leur conjoint font partie d'une Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) moyenne et supérieure. Trois patientes étaient sans emploi au moment de l'entretien, et, parmi les conjoints, un était sans emploi et un autre en apprentissage.

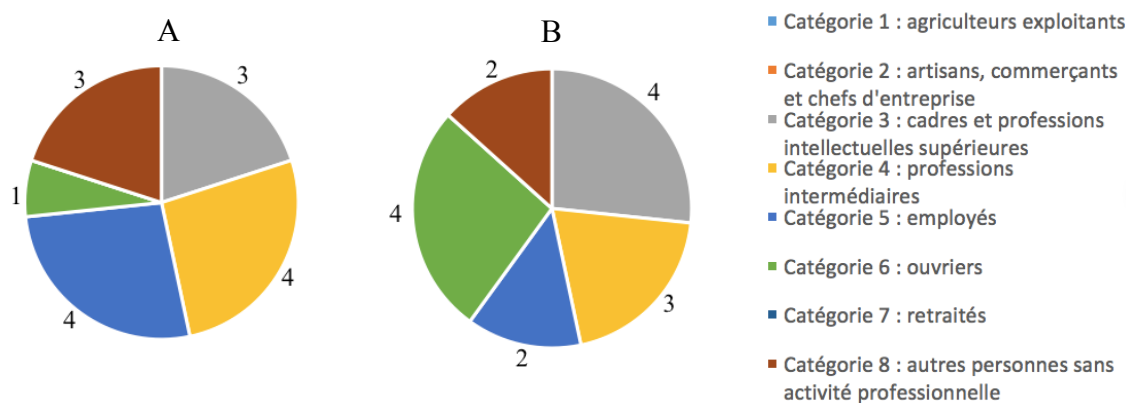


Figure 3 : Répartition des CSP des patientes (A) et de leurs conjoints (B) (selon la nomenclature PCS 2003 de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques)

La totalité des couples vivent ensemble, avec une répartition quasiment égale entre maison (n = 7) et appartement (n = 8).

1.2. Suivi et déroulement de la grossesse

La totalité des patientes a fait suivre régulièrement sa grossesse. La majorité a fait l'objet d'un suivi exclusif par une sage-femme.

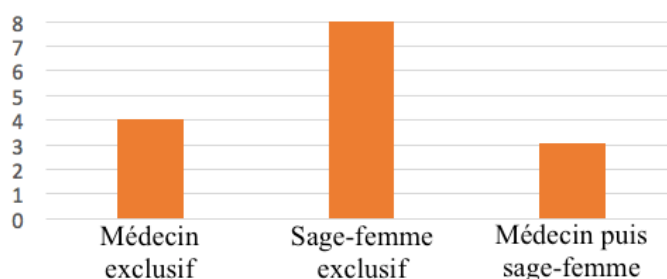


Figure 4 : Répartition du type de suivi de grossesse

Parmi les personnes interrogées, 4 ont présenté une grossesse incidentée (2 par un diabète gestationnel sous régime, 1 par une hypertension artérielle gravidique et 1 par un retard de croissance intra-utérin). Les autres grossesses étaient physiologiques.

Quatorze grossesses se sont soldées par un accouchement par voie basse, une par une césarienne.

1.3. Choix du type d'allaitement

Dans notre population, le choix du type d'allaitement était en faveur de l'allaitement maternel (n = 11).

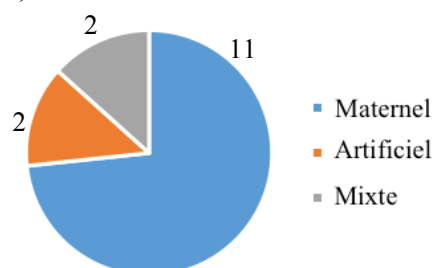


Figure 5 : Répartition du type d'allaitement choisi chez les patientes interrogées

2. PRÉVENTION AVANT LA GROSSESSE

2.1. Connaissances des patientes

Dans la population interrogée, quatre profils de patientes se dégagent sur la question de la connaissance de la MIN et de la définition personnelle qu'elles en font.

On retrouvait tout d'abord et majoritairement (onze patientes) les patientes qui ont mis en avant le caractère inévitable, inexplicable et imprévisible de la MIN, évoquant parfois même une certaine forme de fatalité : « *Si ça devait arriver ça arrivera de toute façon, qu'on ait peur ou pas [...] c'est imprévisible* » (patiente n°5), « *[...] si on fait tout bien et que ça arrive, on ne pouvait pas l'éviter en fait* » (patiente n°3). Pour K. Levieux et H. Patural (2020), il n'y a pas de place pour la fatalité face à ces événements tragiques que sont les MIN. [14]

Quatre de ces patientes ont utilisé le terme de « mort subite du nourrisson » afin de définir ce qu'était la MIN pour elles et d'en souligner son caractère soudain.

Trois de ces patientes ont directement parlé des règles de couchage du nouveau-né comme étant l'un des moyens d'éviter la MIN. Par exemple : « *On peut quand même éviter au mieux avec par exemple la température de la chambre, pas de couverture pour le bébé, pas le coucher sur le ventre, plusieurs petites choses comme ça* » (patiente n°3).

Les patientes constituant ce type de profil étaient âgées de 28 à 38 ans, venaient de toute CSP voire même étaient sans emploi pour l'une d'entre elle, et étaient quasi équitablement réparties entre primipares (n = 5) et multipares (n = 6).

Ensuite, on retrouvait deux patientes qui ont fait référence à un facteur extérieur comme étant à l'origine de la MIN. La patiente n°4 a défini la MIN comme étant « *un étouffement dans le lit qui peut être aggravé par des couvertures ou des nounours* ». La patiente n°7 a également fait référence à un étouffement dû à « *une couverture qui n'aurait pas dû être là et qui s'est mise sur sa tête* ». Ces réponses font directement écho aux recommandations de bonnes pratiques en terme de couchage du nouveau-né de l'AAP (2016). [9]

Ces deux patientes étaient respectivement âgées de 29 et 33 ans, multipare et primipare. L'une d'entre elles était sans emploi.

La patiente n°7 citée précédemment a permis de mettre en évidence un troisième type de profil car elle a également mis en cause un facteur physiologique comme étant à l'origine de la MIN. En effet, celle-ci a dans un premier temps défini la MIN comme étant « *un enfant qui s'étouffe avec sa salive ou du lait qu'il a mal ingurgité* ». Cette réponse fait écho à l'une des principales étiologies de la MIN, l'inhalation du contenu gastrique [2], lorsque la cause de celle-ci est clairement établie.

Enfin, on retrouvait deux patientes qui connaissaient la MIN, qui en avaient déjà entendu parler, mais qui étaient pourtant incapable d'en donner une définition. Ces deux patientes avaient le même âge (28 ans), l'une était primipare et l'autre multipare. L'une travaillait dans les transports, l'autre était employée dans une grande surface.

Ces résultats montrent que toutes les patientes interrogées avaient déjà entendu parler de la MIN voire même, pour la majorité d'entre elles, avaient des connaissances, quelles qu'elles soient, sur le sujet, avant la grossesse.

2.2. Sources de l'information et son contexte

L'entourage de la patiente et les médias ont été les sources d'information avant la grossesse majoritairement citées par les patientes au cours des entretiens.

En effet, parmi les patientes interrogées, neuf patientes ont cité leur entourage comme étant l'une des sources d'information à propos de la MIN avant leur grossesse. Soit les patientes ont été informées au sujet de la MIN au moment d'une grossesse au sein de leur entourage, soit car une personne de leur entourage travaille dans le milieu de la petite enfance, soit car une personne de leur entourage a été confrontée à un cas de MIN. Dans ce dernier cas de figure, deux patientes ont relaté une expérience de MIN au sein de

l'entourage par le biais du métier que la personne exerçait. Par exemple, le conjoint de la patiente n°5 a été confronté à la MIN via son expérience professionnelle en tant que sapeur-pompier, celui-ci était présent lors de l'entretien et racontait : « [...] j'ai déjà eu une mort subite en tant que pompier ; en fait, le bébé avait roulé et s'était retrouvé entre le matelas et le tour de lit ».

Neuf patientes ont également mis en évidence le rôle principal qu'avaient joué les médias dans leurs connaissances au sujet de la MIN. Bien souvent, c'était la télévision, via notamment des reportages ou des émissions consacré(e)s à ce sujet, qui était citée. Deux patientes ont néanmoins souligné le fait qu'elles avaient fait leurs propres recherches sur le sujet sur Internet avant leur grossesse.

Ces résultats étaient les mêmes que ceux retrouvés dans l'étude de A. Gemble (2018) relative à l'évaluation des connaissances des futures mères sur les facteurs de risque de MIN. [13]

Par ailleurs, les connaissances concernant la MIN de trois des patientes interrogées étaient tirées de leurs études. Deux avaient un Brevet d'Études Professionnelles carrière sanitaire et sociale, et travaillaient au moment des entretiens comme agent de service logistique et agent d'entretien ; une autre était kinésithérapeute.

Ensuite, parmi les huit patientes multipares que comprenait notre population, cinq d'entre elles ont relaté les professionnels de santé comme étant l'une de leurs sources d'informations au sujet de la MIN avant leur dernière grossesse. C'était notamment la sage-femme lors de séances de PNP. Une patiente se souvenait avoir eu une plaquette d'information à ce sujet lors de sa précédente grossesse.

Parmi les trois patientes multipares qui n'ont pas cité les professionnels de santé en réponse à la question de la source de leurs connaissances au sujet de la MIN, on retrouvait les deux patientes ayant accouché de leur troisième enfant.

Enfin, parmi les deux patientes qui connaissaient le sujet mais ne savaient pas en donner une définition, une a fait référence à l'association « Les Rires d'Anna », créée par P. Brioso en 2016 en Meurthe-et-Moselle et ayant pour but l'information et la sensibilisation des professionnels et des particuliers au sujet de la MIN. Cette patiente connaissait la MIN via les événements associatifs organisés autour de la thématique.

Les résultats concernant les connaissances des patientes et leurs sources d'informations permettent de valider notre première hypothèse qui était que le thème du couchage du nourrisson et donc de la prévention de la MIN est rencontré par les patientes bien avant leur désir de maternité, d'une façon ou d'une autre.

2.3. Ressenti des patientes face au sujet de la MIN

Une partie des patientes interrogées (six patientes) a associé un sentiment de peur, de frayeur ou d'inquiétude quant à la MIN.

Pour trois de ces patientes, qui étaient multipares, cette inquiétude était beaucoup plus grande pour leur premier enfant que pour le(s) suivant(s) : « *Pour le premier c'était une grande inquiétude. Pour le deuxième ça l'est toujours, mais je dirais, pas moins, mais pas de la même façon. Je pense qu'on est plus équipé pour avoir plus d'information en fait* » (patiente n°1), « *Quand c'est le premier enfant on s'inquiète un peu plus, on se renseigne plus aussi* » (patiente n°9).

Une de ces patientes a souligné l'importance de la connaissance du sujet et donc des moyens de prévention : « *C'est un sujet auquel on évite de faire face parce que ça nous fait peur, même si pour être vigilant il faut connaître le sujet* » (patiente n°7).

Une autre partie des patientes prenait en compte les différentes informations et l'existence de la MIN, mais ne se posait pas plus de questions que cela. Ces patientes sont, en partie, celles qui faisaient référence à cette notion de fatalité de la MIN.

Par ailleurs, deux patientes ont mis en avant l'évolution des messages de prévention au fil des années : « *C'est déstabilisant parce qu'à l'époque ils avaient mis des consignes bien spécifiques et, tous les combien de temps je ne sais pas, mais c'est comme si tous les 5 ans on changeait de consignes, alors que ça reste la mort du nourrisson. Donc on ne sait plus qui écouter, qui suivre, comment faire* » (patiente n°9), « *Maintenant ça ne change plus trop mais nos mamans à l'époque n'avaient pas les mêmes consignes* » (patiente n°11).

La première faisait référence au couchage sur le ventre prôné dans les années 1970 par exemple pour diminuer le risque de suffocation en cas de régurgitations. [15]

La deuxième faisait référence au tour de lit, longtemps perçu comme un élément décoratif indispensable du lit du nourrisson et qui n'est maintenant plus recommandé selon l'AAP. [9]

Enfin, une des patientes interrogées a souligné la notion d'universalité de la MIN : « *Pour moi c'est quelque chose qui est connu de tout le monde en fait* » (patiente n°3). E. Briand-Huchet (2013) avait également défini la MIN comme un « phénomène universel décrit depuis des siècles ». [12] Cette patiente est une kinésithérapeute primipare âgée de 29 ans faisant partie du premier profil de patiente évoqué à la question de la connaissance de la MIN avant la grossesse et relatant la notion de fatalité, et ayant bénéficié d'informations à ce sujet au cours de ses études.

Cette impression n'était pas forcément partagée par toutes les patientes, par exemple pour la patiente n°14, la MIN est un phénomène « *dont on entend très peu parler* ». Cette patiente est une professeur troisième par de 38 ans. Elle fait partie des multipares n'ayant pas cité les professionnels de santé en réponse à la question de la source de leurs connaissances au sujet de la MIN.

3. PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE

Dans la population interrogée, onze patientes disaient ne pas avoir reçu de message de prévention au sujet de la MIN au cours de leur grossesse. Parmi elles, trois patientes avaient fait suivre leur grossesse exclusivement par un gynécologue, cinq exclusivement par une sage-femme hospitalière, deux par un gynécologue puis une sage-femme hospitalière et une exclusivement par une sage-femme libérale.

Parmi les quatre patientes disant avoir reçu un message de prévention pendant leur grossesse, une était suivie exclusivement par un gynécologue mais effectuait des séances de PNP avec une sage-femme, une était suivie exclusivement par une sage-femme hospitalière, une était suivie par une sage-femme libérale puis une sage-femme hospitalière et une était suivie par un gynécologue puis une sage-femme hospitalière.

3.1. Prévention : par qui ? quand ? comment ?

La totalité des patientes (n = 4) ayant reçu une information au sujet de la MIN au cours de leur grossesse l'a eu par une sage-femme. Ces résultats confirment la place prépondérante qu'occupe la sage-femme dans la prévention de la MIN.

La patiente suivie par une sage-femme libérale dans un premier temps a fait l'objet d'un message de prévention oral au cours de ses consultations prénatales.

Les trois autres patientes ont reçu l'information au cours de leurs séances de PNP. Pour deux d'entre elles, la plaquette d'information « Les règles d'or de ma première année » (annexe 6) née d'une collaboration entre le CHRU de Montpellier, l'association Naître et Vivre et l'ANCRéMIN leur a été délivrée. Pour l'autre patiente, un diaporama imagé a été utilisé.

Par ailleurs, la patiente suivie exclusivement par un gynécologue a souligné avoir également eu une information à ce sujet grâce à des affiches ou plaquettes d'information se trouvant dans la salle d'attente.

Parmi les patientes ayant fait des séances de PNP au cours desquelles le thème de la prévention de la MIN a été abordé, deux d'entre elles ont souligné une attitude différente et opposée de la sage-femme à l'origine de la prévention. Pour l'une d'elles : « Pendant les cours, elle redit plusieurs fois les mêmes consignes, elle en reparle » (patiente n°3) ; contrairement à l'autre pour qui « c'était succinct pour ne pas trop inquiéter les parents, elle a abordé le sujet mais sans trop rentrer dans le détail » (patiente n°5). Ces témoignages montrent qu'il peut exister une certaine retenue de la part d'un professionnel quant à aborder le sujet de la MIN, de peur d'effrayer les futurs parents. On peut ainsi imaginer que cela peut donner lieu à un défaut d'information.

3.2. Informations retenues par les patientes

Les informations au sujet de la prévention de la MIN qui ont été le plus retenues par les patientes étaient :

- Le couchage sur le dos ;
- L'absence de couvertures, d'oreillers ou de peluches ;
- L'absence de tour de lit ;
- La température de la pièce ;
- Le partage de chambre les six premiers mois ;
- Le port d'une turbulette uniquement.

L'ensemble des patientes ayant reçu un message de prévention au sujet de la MIN au cours de la grossesse en avaient finalement retenu les principaux éléments, notamment le couchage sur le dos du nourrisson qui a été cité par les quatre patientes. Cependant, on

remarque que les patientes ayant eu la prévention au cours des séances de PNP à l'aide d'un support écrit (et pas qu'oralement) avaient retenu plus d'informations.

Le moment particulier que constitue la PNP au cours de la grossesse semble être un moment opportun pour la délivrance des messages de prévention au sujet de la MIN aux futures mères. Malheureusement, toutes les femmes enceintes ne participent pas forcément aux séances de PNP avec une sage-femme, celles-ci n'étant pas obligatoires.

4. PRÉVENTION APRÈS LA GROSSESSE

Dans la population interrogée, deux patientes ont déclaré ne pas avoir reçu de message de prévention au sujet de la MIN depuis leur accouchement. Ces patientes ne l'avaient également pas eu au cours de leur grossesse. Elles constituent donc un groupe de patientes pour lesquelles seules les connaissances sur la MIN antérieures à la grossesse seront prises en compte pour l'environnement de couchage de leur bébé à domicile.

Une de ces patientes faisait partie du profil de patientes mettant en avant le caractère inévitable de la MIN, mais ayant cité les conseils de prévention immédiatement au début de l'entretien. Elle associait la MIN au sentiment de peur et avait donc fait ses propres recherches sur Internet. Elle connaissait également le sujet par le biais de ses études et des médias. C'était une primipare de 25 ans, travaillant en tant qu'agent de service logistique et ayant fait suivre sa grossesse par une sage-femme hospitalière.

La deuxième patiente faisait partie du profil de patientes qui connaissaient le sujet mais qui n'étaient pas capable d'en donner une définition. Cette patiente avait entendu parler de la MIN avant la grossesse uniquement via l'association « Les Rires d'Anna » et pensait que, d'une manière générale, la population n'était pas assez informée à ce sujet : « *On devrait tous être avertis mais on ne l'est pas* ». C'était une primipare de 28 ans travaillant dans les transports et ayant fait suivre sa grossesse par un gynécologue puis une sage-femme hospitalière.

Il est possible que ces deux patientes n'aient pas suivi de cours de PNP.

Les treize patientes ayant déclaré avoir reçu un message de prévention au sujet de la MIN dans le post-partum provenaient des différents profils mis en évidence dans le thème de la connaissance de la MIN et leurs sources d'information avant la grossesse étaient diverses. Parmi elles, on retrouvait les quatre patientes ayant reçu une information

au cours de leur grossesse, ainsi que neuf patientes ne l'ayant pas reçu. Ces patientes étaient de tout âge, étaient primipare ou multipare, venaient de toute CSP et avaient bénéficié de tout type de suivi par un professionnel de santé.

La grande majorité des patientes a reçu un message de prévention au sujet de la MIN à un moment donné : ces résultats valident la troisième hypothèse qui était que le message de prévention au sujet de la MIN a été délivré au moins une fois au cours de la grossesse ou du séjour en maternité par un professionnel de santé.

4.1. Prévention : par qui ? quand ? comment ?

La totalité des patientes ayant reçu un message de prévention au sujet de la MIN au cours de leur séjour à la maternité l'ont reçu de la part du pédiatre au moment de la consultation pédiatrique de sortie de maternité de leur nouveau-né. Seulement une de ces patientes a signalé que la plaquette d'information « Les règles d'or de ma première année » (annexe 6) lui avait été donnée au cours de ce rendez-vous ; c'était d'ailleurs l'une des patientes l'ayant déjà reçu pendant sa grossesse par une sage-femme. Pour les autres, les informations étaient données oralement.

Trois patientes ont également reçu des conseils de prévention par une sage-femme au cours de leur séjour ; pour l'une d'entre elle, au moment de la consultation de sortie de maternité effectuée par la sage-femme, pour les deux autres, à un moment donné non défini de leur séjour dans le service de maternité. Ces informations étaient orales.

Une patiente a aussi pu avoir un message de prévention au sujet de la MIN par un membre du personnel du service de maternité, sans pouvoir préciser de quel corps de métier exactement. Ces informations étaient orales.

La délivrance des messages de prévention au sujet de la MIN fait partie des attributions de la sage-femme, comme dictées par la HAS. [10] [11] Elle fait aussi partie des obligations du pédiatre au cours de la visite post-natale en suites de couches et au cours des visites pédiatriques mensuelles. La dernière version du carnet de santé établie par le Ministère des Solidarités et de la Santé permet une traçabilité par l'obligation pour le pédiatre de cocher la case « Prévention de la mort inattendue du nourrisson : conseils donnés » (une page étant dédiée à ces conseils) au moment de la visite de sortie de

maternité, ainsi que la case « Position de couchage adaptée » présente à la page de chaque visite mensuelle (annexe 7).

A contrario, il n'a pas été retrouvé de textes évoquant l'obligation pour le gynécologue d'aborder la prévention de la MIN au cours du suivi de grossesse. De même pour les auxiliaires de puériculture ou les aides-soignantes exerçant en maternité, qui auront plutôt un rôle d'accompagnement et de conseils.

4.2. Informations retenues par les patientes

Les informations au sujet de la prévention de la MIN qui ont été le plus retenues par les patientes étaient :

- Le couchage sur le dos ;
- L'absence de couvertures, d'oreillers ou de peluches ;
- L'absence de tour de lit ;
- La température de la pièce et son aération journalière ;
- Le partage de chambre les six premiers mois ;
- L'utilisation d'un matelas ferme dans un lit à barreau ;
- Le port d'une turbulette uniquement.

Ces messages de prévention étaient semblables à ceux retenus par les patientes ayant eu l'information au cours de leur grossesse, mais étaient plus variés et plus précis. Le moment de la consultation de sortie de maternité par un pédiatre apparaît donc comme étant un moment opportun pour la délivrance du message de prévention au sujet de la MIN aux patientes.

Une hypothèse pourrait être que les jeunes mères sont plus aptes à retenir les messages de prévention en ayant leur nouveau-né auprès d'elles, cela rendant peut-être les choses plus concrètes. Ces résultats étaient retrouvés dans le travail de E. Mauchauffé (2012) sur la prévention systématique de la MIN en suites de couches [16].

Une autre hypothèse pourrait être que la prévention en suites de couches est une répétition de ce qui a déjà été dit, pour certaines des patientes interrogées, pendant la grossesse. On peut alors souligner l'intérêt de la répétition du message de prévention pour une meilleure assimilation et prise en compte de ceux-ci par les patientes.

Enfin, une autre hypothèse pourrait être que le pédiatre, qui n'est vu par les patientes qu'après la naissance, est reconnu par celles-ci comme étant le professionnel de

l'enfant, alors que la sage-femme ou le gynécologue seraient plutôt perçus comme des professionnels de la grossesse et de la naissance en tant que telles.

Par ailleurs, deux patientes ont souligné la mise en garde du pédiatre concernant des objets annexes tels que le cale-bébé ou le babyphone relié à un tapis cardiaque. En effet, ceux-ci ont été déconseillés par le professionnel de santé. De même, le pédiatre a alerté l'une d'entre elles sur l'usage d'un plan incliné (choisi principalement en pratique afin de diminuer les éventuelles régurgitations du nouveau-né) qui doit impérativement être placé sous le matelas.

Aussi, deux patientes ont relaté la contre-indication du cododo par le pédiatre.

4.3. Environnement de couchage à domicile

Douze des patientes interrogées ont choisi le partage de chambre. Parmi elles, une a prévu de faire du cododo avec son bébé, une a souhaité utiliser un lit cododo juxtaposé au lit parental (annexe 8), une autre a prévu de coucher son bébé dans un lit parapluie, une dans un cocon, une dans un couffin posé dans un lit à barreau, une dans un landau, une dans un berceau, une dans une nacelle, et enfin quatre dans un lit à barreau sans tour de lit. Ainsi, bien que le partage de chambre, recommandé par l'OMS pendant les six premiers mois de vie du nouveau-né, ait été choisi par la majorité des patientes, seulement quatre d'entre elles ont prévu d'adopter un couchage en accord avec les recommandations de l'AAP [9].

Parmi ces patientes, neuf patientes allaitaient leur nouveau-né, deux ont fait le choix de l'allaitement mixte et une celui de l'allaitement artificiel. Les deux patientes ayant choisi soit le cododo, soit le lit cododo, étaient des mères allaitantes. On peut imaginer que l'argument principal pour ce choix d'environnement de couchage était de faciliter l'allaitement maternel nocturne.

Trois des patientes interrogées ont choisi de coucher leur nouveau-né dans sa propre chambre. Parmi elles, une a acheté un lit en plexiglass, les deux autres ont prévu un lit à barreau sans tour de lit. Deux de ces patientes ont fait le choix de l'allaitement maternel, un autre celui de l'allaitement artificiel.

Ces patientes comprennent les deux patientes n'ayant pas eu de prévention, ni au cours de la grossesse, ni pendant le séjour en maternité. Celles-ci ont prévu d'utiliser dans tous les cas un lit à barreau sans tour de lit.

La totalité des patientes ayant cité le port d'une turbulette pour le couchage dans les informations retenues des messages de prévention de la MIN ont choisi son utilisation une fois de retour à domicile. Ceci était en accord avec les recommandations.

Une patiente disait vouloir placer son nouveau-né dans un nid d'ange, dans un lit à barreau sans tour de lit. L'utilisation du nid d'ange pour le couchage du nouveau-né n'est quant à lui pas recommandé car, dépourvu de bretelles, il existe des risques de glissement du bébé ou de recouvrement de son visage.

Aucune des mères interrogées n'a parlé de coucher son nouveau-né sur le ventre ou sur le côté. Le couchage sur le dos semble donc être bien intégré par les patientes. Ceci était également retrouvé dans l'étude de A. Gemble (2018) [13].

Cependant, la pratique montre que le non respect du couchage sur le dos peut apparaître dans certaines situations où les patientes sont en difficulté avec leur bébé, qui présente des coliques ou des pleurs prolongés par exemple. Ces changements ne peuvent intervenir qu'après le retour à domicile, et les patientes interrogées peuvent ne pas en avoir conscience au moment de l'entretien.

4.3.1. Utilisation d'objets annexes

Parmi les patientes interrogées, trois ont fait l'acquisition d'un babyphone relié à une plaque de surveillance du rythme cardiaque néonatal. L'argument principal était le besoin de la patiente d'être rassurée, comme le décrivait la patiente n°12 : « *Moi j'ai pris ça parce que je me dis que s'il arrive quelque chose, bien-sûr je ne ferais rien de plus, mais ça me réconforte de savoir qu'il y aura ça dans son lit* ». La patiente n°15 faisait, en plus, référence à la représentation qu'elle avait de son bébé, qu'elle considérait comme un être fragile qu'elle devait protéger : « *Elle est toute petite, toute faible, de petit poids, plus fragile* ».

Une de ces patientes est celle qui a souligné avoir été mise en garde sur l'utilisation de cet objet par le pédiatre. En effet, un type de matériel comme le tapis cardiaque peut être une source de stress pour les parents et faire l'objet d'éventuels dysfonctionnements. Cette réalité a été soulignée par la patiente n°12 : « *Après vous allez me dire que ce n'est pas fiable à 100% parce qu'il peut très bien sonner et puis qu'au final... Après c'est une question de choix* », ainsi que par la patiente n°15 : « *On verra, peut-être qu'à la maison ça m'angoissera et je l'enlèverai. Je ne veux pas que ce soit un outil qui m'angoisse plus*

qu'autre chose ». C'est pourquoi, en pratique, cet objet n'est pas forcément recommandé par les professionnels de santé dans la prévention de la MIN.

Deux de ces patientes ont également acheté un plan incliné à ajouter au lit de leur nouveau-né. Celles-ci ont prévu de le glisser sous le matelas, comme conseillé par le pédiatre au cours de la visite de sortie de maternité. L'argument était de diminuer les éventuelles régurgitations du nouveau-né et de diminuer le risque d'étouffement par celles-ci.

L'une de ces patientes a également, en plus du babyphone relié au tapis cardiaque et du plan incliné, choisi d'ajouter un cale-bébé constitué de deux boudins dans le lit de son bébé. L'argument était d'éviter les retournements. Cette patiente faisait partie de celles n'ayant pas eu de message de prévention, ni pendant la grossesse, ni pendant le séjour à la maternité, et dont les connaissances provenaient uniquement de l'association « Les Rires d'Anna ». Cet objet additionnel n'est également pas recommandé par les professionnels dans la prévention de la MIN.

Les objets annexes choisis par ces trois patientes ne leur ont pas été conseillés, ni par un professionnel de santé, ni par une personne de leur entourage, ni par un magasin de puériculture. Par contre, une patiente a avoué avoir été influencée par la télévision où elle a vu que le tapis cardiaque « *évitait beaucoup de mort du nourrisson chez les gens, donc ça m'a un peu conquise* » (patiente n°15). Ce dernier témoignage illustre la stratégie marketing qui est utilisée pour la vente de certains objets de puériculture comme le tapis cardiaque par exemple et qui joue sur les angoisses parentales face à la vulnérabilité de leur nouveau-né.

4.3.2. Méthodes de couchage choisies non recommandées

Une des patientes ayant acheté un tapis cardiaque était aussi celle ayant choisi un lit en plexiglass pour coucher son nouveau-né, moyen de couchage qui lui a été déconseillé par le pédiatre au moment de la visite de sortie. En effet, celui-ci peut être dangereux si le bébé venait à coller son visage au niveau des parois du lit.

Cette patiente s'était indignée au cours de l'entretien : « *On ne trouve pas ça normal de savoir ça après la naissance, c'est des dépliants qui devraient nous être donnés au bout de 2 mois de grossesse* » (patiente n°10), soulignant le fait que les préparatifs de la chambre du bébé avaient lieu au cours de la grossesse et non après la naissance. Cette

patiente est une primipare de 32 ans ayant été suivie exclusivement par une sage-femme hospitalière pendant la grossesse, n'ayant pas reçu de messages de prévention au sujet de la MIN au cours de sa grossesse et dont les connaissances à ce sujet avant la grossesse résultaient uniquement de son entourage (un cas de MIN chez une tante qui était assistante maternelle et qui a perdu un bébé qu'elle gardait). On retrouve donc ici le cas d'une patiente qui n'a pas suivi de séances de PNP avec une sage-femme ; une information délivrée au cours du suivi de grossesse aurait peut-être pu éviter l'achat d'un mode de couchage non recommandé.

Concernant les mises en garde sur ce type de lit, la patiente ajoutait : « *En ce qui concerne le lit, on ne le changera pas tout de suite parce que pour le moment il ne bouge pas, après on verra* ». La prévention faite avant le retour à domicile par un professionnel de santé n'a donc pas permis de changer les pratiques de cette patiente en matière d'environnement de couchage de son nouveau-né.

La patiente précédemment décrite s'était initialement vue conseiller le lit cododo par des amis, mais, après discussion avec son conjoint, le besoin de garder une certaine intimité et la peur de donner de mauvaises habitudes à leur enfant avaient primés.

Le lit cododo est un lit directement juxtaposé au lit parental. Celui-ci est à bien distinguer de la pratique du cododo où il existe une surface de sommeil commune pour la mère et son enfant. L'utilisation d'un lit cododo peut être approuvée par les professionnels à condition que celle-ci réponde à un certain nombre de recommandations de bonne pratique, qui sont notamment décrites par la CoFAM (2015) [8]. La pratique du cododo est quant à elle absolument non recommandée par les professionnels.

La patiente, troisième pare, ayant choisi de faire du cododo avec son nouveau-né a confié l'avoir déjà pratiqué avec ses aînés. C'était pour elle quelque chose d'inévitable dans la période néonatale : « *Je vous le dis honnêtement, je pense que tout le monde le fait à un moment ou un autre [...] en pleine nuit quand c'est plus possible et que dès qu'on le repose il pleure [...] je le ferais le moins possible, mais il arrive un moment où on est tellement fatigué qu'on doit le faire au moins une fois dans la nuit* » (patiente n°14). Elle soulignait également le « laisser-faire » des professionnels à la maternité : « *Là par exemple, je le fais à la maternité. Malheureusement, il ne faudrait pas le faire, ils nous le disent. Mais ils nous laissent le faire...* ». Cela démontre en partie que les professionnels de santé peuvent parfois, même sans s'en rendre compte, délivrer des contre-messages aux patientes en acceptant des pratiques qui sont en réalité à risque de MIN. Il est

cependant important de souligner et de prendre en compte la différence d'environnement entre la maternité, où les couples mères-enfants sont sous surveillance médicale et où les professionnels sont disponibles en permanence par exemple, et le domicile. Ces derniers s'adaptent au mieux dans la situation particulière et unique qu'est la naissance.

La patiente, deuxième pare, ayant choisi d'utiliser un lit cododo à domicile, avait pratiqué, elle aussi, le cododo avec son aîné.

Certaines des patientes interrogées ont choisi comme moyen de couchage de leur nouveau-né un berceau, une nacelle ou encore un couffin. L'utilisation de ceux-ci n'est pas interdite par les professionnels à condition qu'ils soient posés bien à plat (et sur un matelas ferme si dans un lit à barreau), que le bébé soit dans une turbulette et qu'il n'y ait pas d'ajout de couvertures, de draps, ou de tout autre chose, comme le soulignent les recommandations professionnelles.

Un cocon a été conseillé et offert à la patiente n°11 pendant sa grossesse par des amis, mais celle-ci a décidé de ne pas l'utiliser à domicile pour le couchage de son nouveau-né : « *On nous a dit de ne pas le faire dormir dedans, contrairement à ce que nos amis nous disaient. Et de plus privilégier si des fois il veut faire une sieste pendant la journée* ». En effet, l'usage d'un cocon ne doit être réservé que pour un moment bref où le bébé doit être posé par exemple, mais il n'est pas recommandé pour le sommeil.

Le lit parapluie a été cité par une des patientes interrogées comme étant le lieu de couchage de son nouveau-né au retour à domicile. Or, celui-ci ne devrait être utilisé qu'en couchage ponctuel. De plus, il était important au cours de l'entretien de rappeler à cette patiente que l'ajout d'un matelas dans ce type de lit n'était pas nécessaire et même dangereux, du fait du risque de glissement du bébé entre le matelas ajouté et les bords du lit.

Le choix des différentes méthodes de couchage du nouveau-né non recommandées décrites précédemment valide donc la deuxième hypothèse qui était que la non application des recommandations par les patientes résulterait de contre-messages qui leur ont été délivrés, par différents acteurs, ou encore de leur représentation et perception (culturelle, sociale, familiale, ou autre) du couchage du nouveau-né, qui peut ne pas être en accord avec les recommandations.

4.3.3. Influence des magasins de puériculture

Parmi les sources d'influence des jeunes parents en terme de puériculture, outre l'entourage et les médias, les grandes enseignes commerciales dans ce domaine jouent également un rôle important, comme en témoigne la patiente n°11 : « *Quand on a été acheter le lit chez *enseigne de puériculture* ils ont voulu nous vendre le tour de lit et du coup on a dit non. Ils nous ont dit que ce n'était pas plus risqué qu'autre chose. Peut-être que si on n'avait pas eu toutes ces infos on l'aurait acheté* ». Cette patiente était une primipare de 28 ans, allaitant son nouveau-né, ayant fait suivre sa grossesse par une sage-femme hospitalière et ayant bénéficié du message de prévention par une sage-femme pendant les séances de PNP et par le pédiatre durant le séjour à la maternité.

Ce témoignage démontre notamment que les commerciaux peuvent délivrer des contre-messages qui ne sont pas en accord avec les recommandations professionnelles et conseiller du matériel qui peut être dangereux pour le nouveau-né.

L'association ANCRéMIN, entre autre, est vigilante pour tous les nouveaux matériels mis sur le marché dans le domaine de la puériculture et pouvant être à risque de MIN. Elle a aussi une mission d'information auprès des commerciaux du marché de l'enfance et tente de faire évoluer les choses, mais il n'est pas simple de faire interdire des produits en France, qui pourront par exemple être acheté grâce à Internet dans d'autres pays. Dernièrement par exemple, les professionnels de la MIN mettent en garde contre la mise sur le marché d'une turbulette dans laquelle sont intégrées des zones de poids au niveau du thorax et/ou de l'abdomen (voire même du dos si le bébé dort sur le ventre), dont l'argument de vente principal consiste en l'imitation du contact d'un parent mettant sa main au niveau du thorax ou du ventre du nouveau-né pour le bercer.

5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

5.1. Biais et limites de l'étude

L'entretien semi-directif choisi comme outil méthodologique pour cette étude présente certaines difficultés, tout d'abord dans sa mise en pratique.

En effet, celui-ci, bien que cadré par des questions d'ordre général et des questions de relance établies par la grille d'entretien, permettait une expression libre de la patiente interrogée. Donc, dans certains cas, il fallait faire face à des patientes s'étendant

longuement sur un point précis. Dans d'autres cas au contraire, il était nécessaire de creuser certaines réponses de patientes qui ne s'exprimaient au départ que par l'affirmative ou la négative.

D'autre part, l'analyse de ces entretiens s'est avérée complexe car leur comparaison entre eux est plus difficile à établir que pour celle de questionnaires qu'on retrouve dans les études purement quantitatives par exemple. Cette étude a aussi nécessité d'analyser de manière croisée les informations générales des patientes telles que l'âge ou la parité par exemple, avec le récit de celles-ci, afin d'en ressortir d'éventuelles tendances.

Ensuite, l'analyse des entretiens s'est faite après une retranscription de ceux-ci, ce qui a pu inclure un biais d'interprétation dans cette étude.

Ensuite, les patientes interrogées constituant la population de l'étude sont plutôt issues des catégories socioprofessionnelles moyennes et supérieures, ce qui engendre également un biais de recrutement. De plus, les entretiens se sont faits sur la base du volontariat et sur une période courte.

D'autre part, les questions posées au cours de ces entretiens faisaient appel à la mémoire des patientes interrogées, à court, moyen ou long terme, concernant ce qui leur avait été dit au sujet de la prévention de la MIN, par qui, à quel moment et par quel moyen. Cela met en avant un éventuel biais de mémorisation.

Par ailleurs, le caractère de libre expression de l'entretien semi-directif évoqué précédemment permet un biais de déclaration de la part des personnes interrogées.

En effet, il est possible d'imaginer qu'au cours de leur déclaration, certaines patientes aient déformé la réalité afin de coller aux recommandations de la prévention de la MIN.

Aussi, une partie de l'entretien concernait ce qui allait être mis en place à domicile en matière d'environnement de couchage du nouveau-né ; il est possible que ce qui était prévu par la patiente au moment de l'entretien, ne soit pas ce qui sera réellement mis en place une fois à domicile, et cela pour diverses raisons. Par exemple, une mère allaitante qui ne prévoyait pas de faire du cododo, s'y verra peut-être confrontée finalement.

Enfin, le faible nombre d'entretien et la monocentricité de l'étude ne permet pas d'être représentatif de la population générale et donc une généralisation des résultats.

5.2. Points forts de l'étude

Bien que l'outil de recueil des données choisi, à savoir l'entretien semi-directif, comporte quelques difficultés, comme vues précédemment, celui-ci présentait également certains avantages.

En effet, l'un des avantages d'avoir eu recours à l'entretien semi-directif est qu'il a permis de poser des questions ouvertes aux patientes interrogées et de pouvoir les relancer, s'articulant ainsi comme une véritable discussion. Ainsi, il permettait de capter pleinement les réponses émotionnelles ou les sentiments des personnes sondées, chose très importante sur un sujet aussi sensible que celui de la MIN.

Par ailleurs, l'échange avec les patientes a permis de répondre plus précisément aux objectifs énoncés de l'étude, ce qui aurait été plus difficile avec l'utilisation d'un questionnaire avec des possibilités de réponses plus limitées.

CONCLUSION

Pour conclure, une majeure partie de la population de cette étude reçoit un message de prévention au sujet de la MIN en accord avec les recommandations par un professionnel au cours de sa prise en charge. Cette prévention se fait majoritairement de manière orale par une sage-femme ou un pédiatre, au moment des séances de PNP ou au cours du séjour à la maternité. La majorité des patientes retient les principaux messages de prévention, notamment la notion du partage de chambre, du couchage sur le dos, dans un lit à barreau avec uniquement le port d'une turbulette.

Cependant, si le partage de chambre sera appliqué par la plupart des patientes, moins de la moitié opteront pour un couchage en accord avec les recommandations. Il est important d'avoir souligné l'influence de l'entourage, des médias, des professionnels de santé ainsi que des magasins de puériculture dans la mise en place de l'environnement de couchage néonatal. Il demeure néanmoins des freins à la mise en pratique des recommandations par les patientes qui restent inexplicables.

C'est pourquoi, il est absolument nécessaire de poursuivre la prévention au sujet de la MIN auprès de toutes les patientes afin de réduire au maximum le nombre de décès qui seraient encore évitables si les recommandations de couchage avaient été respectées. Toutes les mères et futures mères doivent pouvoir bénéficier de ces informations. À l'image de la case concernant l'information au sujet de la MIN à cocher dans le carnet de santé du nouveau-né par le pédiatre, on pourrait par exemple imaginer la présence de cet item également dans le dossier de la patiente et son obligation par la personne en charge du suivi de la grossesse de le cocher.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le rôle de la sage-femme, actrice de la prévention à tout moment de la grossesse et du post-partum, ou même bien avant le désir de maternité des patientes.

Il aurait néanmoins été pertinent d'interroger les différents professionnels de santé (sages-femmes, pédiatres, auxiliaires de puériculture, gynécologues-obstétriciens, aides-soignantes) intervenant au cours de la grossesse et du post-partum sur ce sujet, afin de déterminer si les messages de prévention au sujet de la MIN sont bien acquis par ceux-ci et s'ils sont délivrés à un moment donné de la prise en charge de leurs patientes, et de

mesurer la place qu'ils donnent à ce sujet d'une importance fondamentale. La formation des professionnels et futurs professionnels par des spécialistes de la MIN est d'une importance capitale afin que tous soient au clair avec l'actualisation des connaissances.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale. 2007;2009
- [2] O. Pidoux. Mort inattendue du nourrisson. EMC – Pédiatrie [en ligne]. 2019 [cité le 20 février 2019] ; 14(1):1-6. Disponible sur : https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/1251950/04-84572_plus.pdf
- [3] Observatoire national sur la Mort Inattendue du Nourrisson [brochure]. Nantes : Centre Hospitalier Régional et Universitaire [cité le 15 février 2019]. Disponible sur : <http://www.sa-vie.fr/medias/files/brochure-omin-final--1.pdf>
- [4] Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome : the triple-risk model. Biol Neonate 1994 ;65 :194-7
- [5] McKenna J, McDade T. Why babies should never sleep alone : a review of co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breastfeeding. Paediatric respiratory reviews 2005;6(2):134-152
- [6] Canadian Paediatric Society. Recommendations for safe sleeping environments for infants and children. Paediatric child health 2004;9(9):659-663
- [7] Vennemann et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome : can we resolve the debate ?. J Pediatr 2012;160(1):44-8
- [8] Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. Sommeil partagé et allaitement : recommandations de bonnes pratiques [en ligne]. 2015 [cité le 25 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/sommeil_partagé.pdf
- [9] American Academy of Pediatrics. Task Force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome : diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and news variables to consider in reducing risk. Pediatrics 2005;116(5):1245-55

[10] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique [en ligne]. Mars 2014. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

[11] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles [en ligne]. Novembre 2005. Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

[12] Briand-Huchet E, Boveri E. Mort inattendue du nourrisson, EMC – Traité de médecine Akos [en ligne]. 2013 [cité le 20 février 2019] ; 8(4):1-5. Disponible sur : https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/260516/04-49114_plus.pdf

[13] Gemble A. Évaluation des connaissances des futures mères sur les facteurs de risque de mort inattendue du nourrisson. Étude prospective descriptive à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2019 [cité le 20 février 2019]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2019_GEMBLE_AURORE.pdf

[14] Levieux K, Patural H. Mort inattendue du nourrisson. EMC – Traité de médecine Akos 2020;23(3):1-4 [Article 8-1035]

[15] Lévy G. L'histoire de la mort subite du nourrisson. Les tribunes de la santé 2008;3(20): 39-43

[16] Mauchauffe E. La mort inattendue du nourrisson. Pour une prévention systématique en suites de couche [mémoire]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2012 [cité le 20 février 2019]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_MAUCHAUFFE_EMILIE.pdf

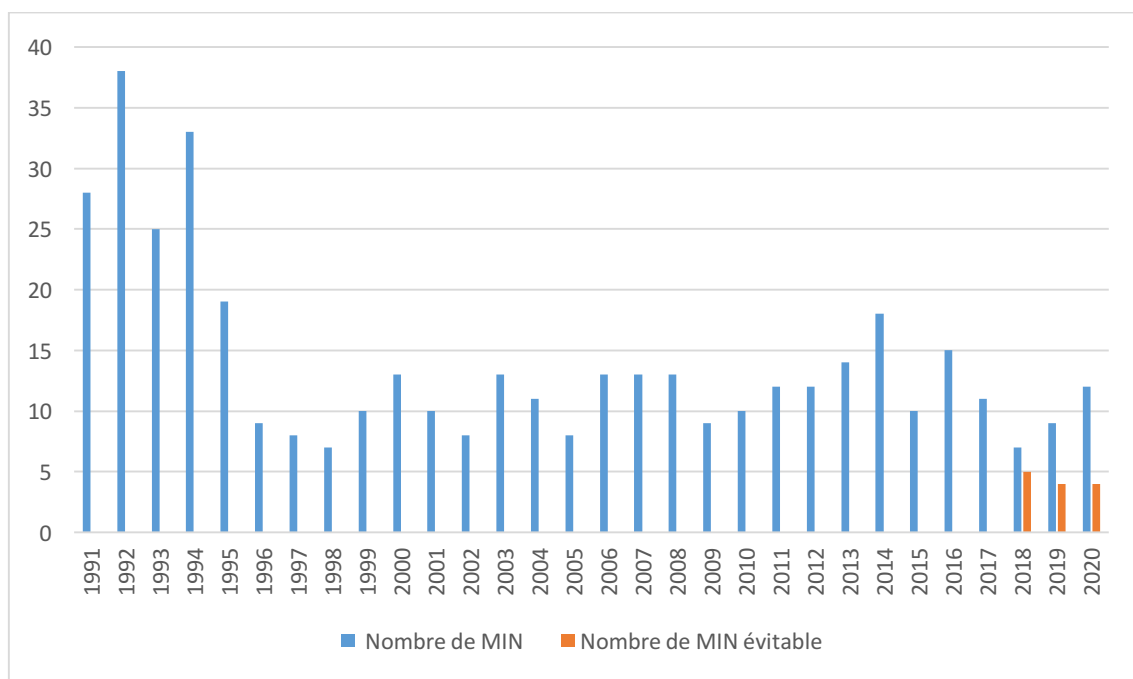
TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
1. TYPE D'ÉTUDE	12
1.1. POPULATION ETUDIÉE	12
1.2. MODALITES DE REALISATION DE L'ÉTUDE	12
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES	12
RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	14
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	14
1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	14
1.2. SUIVI ET DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	15
1.3. CHOIX DU TYPE D'ALLAITEMENT	16
2. PRÉVENTION AVANT LA GROSSESSE	16
2.1. CONNAISSANCES DES PATIENTES.....	16
2.2. SOURCES DE L'INFORMATION ET SON CONTEXTE	17
2.3. RESSENTI DES PATIENTES FACE AU SUJET DE LA MIN	19
3. PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE	20
3.1. PREVENTION : PAR QUI ? QUAND ? COMMENT ?	20
3.2. INFORMATIONS RETENUES PAR LES PATIENTES	21
4. PRÉVENTION APRÈS LA GROSSESSE	22
4.1. PREVENTION : PAR QUI ? QUAND ? COMMENT ?	23
4.2. INFORMATIONS RETENUES PAR LES PATIENTES	24
4.3. ENVIRONNEMENT DE COUCHAGE A DOMICILE	25
4.3.1. Utilisation d'objets annexes.....	26
4.3.2. Méthodes de couchage choisies non recommandées	27
4.3.3. Influence des magasins de puériculture	30
5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE.....	30
5.1. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	30
5.2. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	32
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE.....	35
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	38

ANNEXES

ANNEXE I

Graphique représentant le nombre annuel de MIN au CHRU de Nancy depuis 1991 jusqu'en 2020, avec le nombre de MIN évitables en 2018, 2019 et 2020 :



ANNEXE II

NOTE D'INFORMATION À L'ATTENTION DES PATIENTES

Pour le mémoire de Julie Gasson

Titre (provisoire) : La mort inattendue du nourrisson et sa prévention

Directrice du mémoire : Dr Borsa-Dorion Anne (Chef des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy)

Je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'École de Sages-Femmes de Nancy. Dans le cadre de mes études et pour l'obtention de mon diplôme, je dois réaliser un mémoire. Celui-ci porte sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson.

Dans ce cadre, je cherche à comprendre au travers d'entretiens comment les mères perçoivent le risque de mort inattendue du nourrisson.

J'effectue donc actuellement des entretiens dans le service, d'une durée d'environ 15 minutes. Les données seront anonymisées, soumises au secret professionnel et ne serviront que pour mon travail de mémoire.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous aurez choisi de m'accorder.

Julie Gasson

NOTE D'INFORMATION À L'ATTENTION DU PERSONNEL DU SERVICE

Pour le mémoire de Julie Gasson (ESF 5^{ème} année)

Titre (provisoire) : La mort inattendue du nourrisson et sa prévention

Directrice du mémoire : Dr Borsa-Dorion (Chef des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy)

Dans le cadre de mon mémoire sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson, j'effectue une étude par entretiens semi-directifs auprès de patientes dans le service de suites de couches de la maternité.

À ce titre, je serais présente dans les services de suites de couches (Richon 1 et Vermelin 1) à partir du 11 Mars 2019.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez d'autres informations.

Julie Gasson, étudiante en 5^{ème} année à l'École de Sages-Femmes de Nancy
Mail : gassonjulie@gmail.com

ANNEXE III

A) Questions sur la mort inattendue du nourrisson et sa prévention :

Thème	Question générale	Relances
1) Avant la grossesse Premier « contact » avec la MIN	Savez-vous ce qu'est la mort inattendue du nourrisson ?	<i>Si oui</i> : Pour vous, qu'est-ce-que la mort inattendue du nourrisson ? <i>Si non</i> : Est-ce-que le terme « mort subite du nourrisson » vous parle plus ? <i>Si vraiment non</i> : La mort inattendue du nourrisson désigne le décès soudain d'un enfant de moins de 1 an survenant alors que rien dans ces antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir ; elle se manifeste le plus souvent pendant le sommeil, chez des enfants réputés en bonne santé (définition).
	Pouvez-vous me raconter la première fois que vous en avez entendu parler et qu'est-ce-que l'on vous a dit à ce sujet ?	<i>Si en a déjà entendu parler</i> : Par qui en avez-vous entendu parler ? À quel moment ? Dans quel contexte ? Qu'avez-vous ressenti à ce propos ? Est-ce-que d'autres personnes vous en ont parlé ?
2) Pendant la grossesse Prévention	À quel(s) moment(s) pendant la grossesse avez-vous obtenu des informations sur la mort inattendue du nourrisson ?	<i>Si information reçu pendant la grossesse</i> : Par qui ? Quand ? Comment/sous quelle forme ? Dans quel contexte ? Vous en a-t-on parlé plusieurs fois et quand ? <i>Si information orale</i> : Qu'est-ce-que l'on vous a dit à ce sujet ? <i>Si information autre qu'orale</i> : Qu'est-ce-que vous avez lu/vu à ce sujet ?
3) Après la grossesse Mise en pratique	Avez-vous reçu des conseils pour coucher votre bébé depuis son arrivée ?	Par qui ? Dans quel contexte ? Qu'est-ce-que l'on vous a dit ? Qu'est-ce-que vous en pensez ?
	Qu'avez-vous prévu de mettre en place à la maison en terme de couchage et d'environnement pour votre bébé ?	Pouvez-vous me décrire l'endroit où votre bébé va dormir ? Du matériel vous a-t-il été conseillé ? Par qui ? <i>Si patiente multipare</i> : Allez-vous mettre en place la même chose que pour les aînés ?

B) Questions d'ordre général :

- **Âge** : Quel âge avez-vous ?
- **Parité** : Est-ce votre premier enfant ?
- **Situation socio-professionnelle**
 - Quel métier exercez-vous ? / Quel est votre niveau d'étude ? / Quel métier votre conjoint exerce-t-il ?
 - Vivez-vous en couple ? / Dans quel type de logement vivez-vous ?
- **Grossesse**
 - Par qui avez-vous fait suivre votre grossesse ?
 - Le suivi de votre grossesse était-il régulier ?
 - Votre grossesse s'est-elle bien passée ?
- **Allaitement** : Avez-vous choisi d'allaiter votre bébé ?

ANNEXE IV

Entretien n°5 : *Primipare de 28 ans, assistante technique, en couple avec monsieur qui est assistant de vol, vivent dans un appartement, grossesse suivie régulièrement par un médecin puis une sage-femme de la maternité, non incidentée, allaitement maternel.*

- Déjà d'ordre général est-ce que vous savez ce qu'est la mort inattendue du nourrisson ?

Oui.

- C'est quoi pour vous ?

C'est quand il arrête de respirer, on ne peut pas savoir quand est-ce que ça arrive. C'est...

- Imprévu ?

Oui voilà imprévu.

- D'accord. Et c'est quelque chose que même les examens complémentaires ne peuvent pas expliquer. Est-ce qu'avant votre grossesse vous en aviez déjà entendu parler ?

Oui c'est quand même quelque chose que l'on entend régulièrement. J'en ai déjà entendu parler, en plus ma sœur a accouché l'année dernière donc on en a parlé aussi.

- Donc pour vous c'est quelque chose qui est connu ? Quelque chose d'universel on va dire ?

Oui.

- Est-ce que vous avez eu d'autres sources d'informations ?

C'est des choses dont on parle comme ça entre personne, suivant aussi les professions des personnes. Mon mari était pompier donc forcément il en voyait.

- Donc c'est plus de votre entourage ? Vous n'avez jamais lu des choses à ce sujet ou vu des émissions télévisées ?

Conjoint : Si pendant la grossesse, on a un peu plus poussé les recherches sur ça.

- Donc pendant la grossesse vous avez fait des recherches sur le sujet ?

Oui enfin pas explicitement là-dessus mais sur...

Conjoint : Disons qu'on a été plus attentifs.

- Des recherches sur l'accueil du bébé et tout ça ? C'est ce que vous voulez dire ?

Oui. Comment faire une fois l'accouchement passé, une fois le retour à la maison, etc. Tout ce qui tournait autour du bébé.

Conjoint : Et aussi sur la prévention des risques de mort subite.

- Ok. Toujours avant la grossesse, est-ce que c'est quelque chose qui vous effrayait ? Ça connotait quoi chez vous ?

Si ça devait arriver ça arrivera de toute façon. Qu'on ait peur ou pas, c'est quelque chose qu'on ne peut pas prévoir. C'est imprévisible.

- Ensuite, pendant la grossesse, vous avez eu de la prévention ? On a parlé du fait que vous vous êtes renseignés sur quelques petites choses, mais est-ce-que des professionnels vous en ont parlé ?

Non.

Conjoint : Si à la préparation à l'accouchement.

Ah oui à la préparation avec une sage-femme.

- Elle vous a donné des informations justes oralement ou elle vous a donné des brochures ou des choses à aller voir sur internet ?

Conjoint : Non c'était juste oral avec un support PowerPoint.

- D'accord. Et sur le support c'était quoi ? Des photos ? Des vidéos ?

Conjoint : C'était sur la prévention de la mort inopinée du nourrisson.

- C'était juste des choses écrites sur le diaporama ?

Conjoint : Et c'était succinct pour pas trop inquiéter les parents. Elle a abordé le sujet mais sans trop rentrer dans le détail.

- D'accord. Sinon, d'autres professionnels vous en ont parlé ?

Non.

- D'accord. Et donc qu'est-ce-qu'elle vous a dit par rapport à ça ?

Elle nous a dit que pour le berceau il ne fallait pas mettre de tour de lit, pas de couverture, pas d'oreillers, rien à part le bébé et les habits qu'il a sur lui.

Conjoint : Et pour la température de la pièce.

- D'accord et pour le couchage en lui-même ?

Conjoint : Toujours sur le dos.

- Et depuis que vous avez accouché est-ce-que vous avez eu de la prévention pendant le séjour à la maternité ?

On nous a dit la même chose.

Conjoint : Par les sages-femmes oui.

- Donc par les sages-femmes qui viennent vous voir tous les jours ? Elles vous ont refait la prévention ?

Conjoint : Oui c'est ça.

- Parfait. Et par d'autres professionnels ?

Par le pédiatre ce matin.

- Les choses qui vous ont été dites pendant votre séjour à la maternité concordent avec ce qui vous a été dit pendant la grossesse ? C'était les mêmes informations ?

Oui.

Conjoint : oui.

- D'accord. Et vous, qu'est-ce-que vous avez prévu de mettre en place à la maison ? Est-ce-que toutes ces informations que vous avez reçu ça a influencé la manière dont vous abordez le retour à domicile et dont vous comptez le coucher ?

Du coup par rapport aux informations qu'on a eu et aux renseignements qu'on a cherché, on a prévu un berceau avec rien dedans, on la mettra sur le dos.

- Elle sera dans votre chambre ou dans sa chambre à elle ?

Dans notre chambre au début.

- Mais dans son propre lit à elle ?

Oui oui.

- C'est des choses que vous pensiez déjà mettre en place ou c'est parce qu'on vous a recommandé de mettre ça en place que vous allez le faire ?

Conjoint : Le cododo, enfin de ne pas dormir dans le lit, c'est moi qui lui ai dit car j'ai déjà eu une mort subite (en tant que pompier). En fait, le bébé avait roulé et s'était retrouvé entre le matelas et le tour de lit. Donc forcément.

Au début on voulait la faire dormir toute seule dans sa chambre.

Conjoint : Voilà par contre le cododo c'est venu plus tard, que c'était recommandé par l'OMS pendant les 6 premiers mois, pour minimiser les risques. Ça c'est venu justement suite à l'aménagement de la chambre, enfin de nos recherches pour aménager et accueillir le bébé.

- Ce que vous entendez par cododo c'est quoi ?

Conjoint : Dormir avec les parents mais dans son propre lit.

- D'accord. Donc ça ce n'est pas du cododo c'est du partage de chambre. On entend par cododo vraiment le bébé dans le lit avec les parents.

Conjoint : Ah oui d'accord. Parce que oui nous au départ on ne pensait vraiment pas la faire dormir avec nous. Après quand on a vu que c'était vraiment recommandé et que pour la maman c'était beaucoup plus simple...

- D'accord. Vous vous diriez que par votre pratique professionnelle et ce que vous avez pu voir, ça a influencé ce que vous comptiez mettre en place pour votre bébé ? Vous me parliez de l'expérience là avec le tour de lit...

Conjoint : Ah oui clairement. En plus, le médecin du SMUR (quand je travaillais avec) m'avait raconté que quand elle était interne elle avait fait 5 morts subites du nourrisson en 1 mois. Du coup, il me les a tous raconté une par une...

- Ah oui d'accord... Donc ça vous a bien sensibilisé ! Est-ce-que votre entourage vous a conseillé du matériel ?

Non. Après ma sœur m'a fourni quelque petits trucs, landau et tapis d'éveil. Mais sinon non on a tout choisi sans demander leur avis.

ANNEXE V

A) Généralités :

N°	Âge	Parité	Professions	Logement	Suivi de grossesse	Déroulement grossesse	Allaitement
1	30	2	Patiente : infirmière / Conjoint : mécanicien	Maison	Gynéco	Physio / César	Mixte
2	32	2	Patiente : responsable administratif / Conjoint : chargé d'affaire	Maison	Sage-femme lib puis hosp	Physio	AM
3	29	1	Patiente : kinésithérapeute / Conjoint : Barman	Appartement	Gynéco	Insomnie / HTA	AM
4	29	2	Patiente : sans / Conjoint : chef de secteur	Appartement	Sage-femme hosp	Physio	AM
5	28	1	Patiente : assistante technique / Conjoint : assistant de vol	Appartement	Gynéco puis SF hosp	Physio	AM
6	25	1	Patiente : agent de service logistique / Conjoint : apprentissage	Appartement	Sage-femme hosp	DG	AM
7	33	1	Patiente : AESH / Conjoint : agent de sécurité	Appartement	Sage-femme lib	PPAG	AM
8	32	3	Patiente : sans / Conjoint : bâtiment	Appartement	Gynéco puis SF hosp	Physio	Mixte
9	29	2	Patiente : agent d'entretien / Conjoint : gardien	Appartement	Sage-femme hosp	Physio	AA
10	32	1	Patiente : responsable de cuisine / Conjoint : technicien	Maison	Sage-femme hosp	Physio	AM
11	28	1	Patiente : chargée de clientèle / Conjoint : idem	Maison	SF hosp	Physio	AM
12	28	1	Patiente : transport / Conjoint : chauffeur	Maison	Gynéco puis SF hosp	Physio	AA
13	28	2	Patiente : employée grande surface / Conjoint : chômage	Appartement	Gynéco	DG	AM
14	38	3	Patiente : professeur / Conjoint : ingénieur	Maison	Sage-femme hosp	Physio	AM
15	31	2	Patiente : sans / Conjoint : bâtiment	Maison	Gynéco	Physio	AM

B) Avant la grossesse :

N°	Connaissance de la MIN / Propre définition	Par qui ?	Quand ? Contexte ?	Ressenti
1	Oui / Mort du bébé sans qu'il y ait de cause vraiment fixée	Télévision : émissions spécifiques sur les enfants, informations télévisées Professionnels de santé	Lors de la 1 ^{ère} grossesse	Grande inquiétude pour le 1 ^{er} enfant [...] plus d'infos de la part de l'équipe soignante pour le 2 ^e enfant, on en entend plus parler et surtout on est plus attentif à ce qu'on entend Pas moins de prévention pour le 1 ^{er} mais moins attentive
2	Oui / C'est quand on ne sait pas pourquoi le cœur s'est arrêté, on ne retrouve rien	Ne se souvient plus bien Reportages à la télévision ? PNP pour la 1 ^{ère} grossesse	Sage-femme lors des séances de PNP 1 ^{ère} grossesse	Prise en compte, surveillance, attention
3	Oui / Enfant qui arrête de respirer, problème respiratoire qui entraîne un arrêt cardiaque de façon inexpliquée		Pendant les études ?	Notion universelle, connue de tout le monde « Ça peut arriver à tout le monde [...] il y a des choses qu'on peut mettre en place comme éviter d'avoir dix milles doudous

				<p>dans le lit, etc où là on se dit qu'on ne se met pas dans les meilleures conditions. Mais si on fait tout bien et que ça arrive, on ne pouvait pas l'éviter en fait »</p> <p>Notion de fatalité</p> <p>« Je ne me pose pas plus de question que ça »</p>
4	Oui / Décès qui arrive subitement, étouffement dans le lit qui peut être aggravé par des couvertures, des nounours	Entourage Médias PNP pour la 1 ^{ère} grossesse	Sage-femme lors des séances de PNP 1 ^{ère} grossesse (plaquette d'informations)	<p>Avant d'avoir des enfants : ne se sentait pas concernée, « on faisait pas plus attention que ça » puis « c'est surtout quand on a eu notre 1^{ère} que là effectivement ça nous touchait un peu plus »</p>
5	Oui / « C'est quand il arrête de respirer, on ne peut pas savoir quand est-ce-que ça arrive, c'est imprévu »	Entourage : sœur et mari Recherches personnelles sur Internet	Grossesse de la sœur Expérience pro du mari	<p>« C'est quand même quelque chose que l'on entend régulièrement »</p> <p>Parents plus attentifs pendant la grossesse Recherche sur la « prévention des risques de mort subite » (parole du conjoint)</p> <p>« Si ça devait arriver ça arrivera de toute façon, qu'on ait peur ou pas [...] c'est imprévisible »</p>
6	Oui / Mort subite du nourrisson, pas vraiment de raison apparente mais « on peut quand même éviter au mieux avec par exemple la température de la chambre, pas de couverture pour le bébé, pas le coucher sur le ventre, plusieurs petites choses comme ça »	Études Télévision Recherches personnelles sur Internet	BEP carrière sanitaire et sociale Pendant la grossesse	<p>Frayeur, peur que cela arrive</p>
7	« Vaguement » / « C'est un enfant qui s'étouffe avec sa salive ou du lait qu'il a mal ingurgité, ou alors une mauvaise position, ou alors une couverture qui n'aurait pas du être là et qui s'est mise sur sa tête » / Par mauvaise position elle entend : « Si on le met sur le ventre » / « En général un bébé à cet âge, il ne bouge pas donc si on le met bien droit avec rien qui lui cache le visage, il n'y a pas de soucis [...] et plus tard justement s'il bouge, faire en sorte qu'il n'y ait pas des grosses couvertures ou des espèces de gros doudous à la tête ou je ne sais pas »	Entourage	1 cas dans ses proches	<p>« C'est un sujet auquel on évite de faire face parce que ça nous fait peur, même si pour être vigilant il faut connaître le sujet » / « On a beaucoup de neveux à la maison donc quand on les a, on fait toujours attention [...] on n'en parle pas du côté négatif mais plus du côté positif » / « On a toujours peur, on a toujours ce réflexe à n'importe quel moment dans la nuit de poser notre main sur leur corps pour voir si la cage thoracique bouge ou mettre la main pas très loin du visage pour voir s'il respire, ou s'approcher et faire un petit visage à visage » / Bébé = être fragile</p>
8	Oui / « C'est jusqu'à 3 ans » / Bébé retrouvé mort le matin	Entourage Médias	Depuis son enfance	<p>« Je ne préfère pas penser à ces choses là »</p>

9	Oui / « C'est plein de choses, il faut faire attention dans le lit, la position du bébé, la surveillance, etc » / « Ça porte bien son nom, la mort subite du nourrisson [...] Si on en fait pas assez attention... Je ne sais pas comment l'expliquer. Voilà le décès du nourrisson »	Entourage Études Professionnels de santé	Sœur (travaillait en crèche et maintenant assistante maternelle) BEP carrière sanitaire et sociale Lors de la 1 ^{ère} grossesse	« On s'en inquiète un peu plus et on se renseigne plus quand c'est le 1 ^{er} enfant » / « Je trouve ça effrayant mais c'est déstabilisant parce qu'à l'époque ils avaient mis des consignes bien spécifiques et [...] c'est comme si tous les 5 ans on changeait de consignes, alors que ça reste la mort du nourrisson... Donc on ne sait plus qui écouter, qui suivre, comment faire... » = couchage ventre vs dos, tours de lit
10	Oui / Quand le bébé arrête de respirer et meurt « naturellement »	Entourage	Tantes (assistantes maternelles) : une a perdu un bébé qu'elle gardait	
11	Oui / Bébé qui s'arrête de respirer	Entourage Brochures dans les cabinets médicaux Médias	Publicités Émission « Les Maternelles »	« Maintenant ça ne change plus trop mais nos mamans à l'époque n'avaient pas les mêmes consignes »
12	Connaît mais incapable d'en donner une définition	Association « Les Rires d'Anna »	Évènements autour de chez elle	« C'est un sujet assez ouvert » / « Effectivement quand ça nous arrive on est plus concerné que quand ça ne nous arrive pas » / « On devrait tous être avertis mais on ne l'est pas »
13	Connaît mais incapable d'en donner une définition	Médias		
14	Oui / « Mort subite » / Bébé qui meurt sans raison particulière	Médias Entourage	Avec grossesses et accouchements de l'entourage	« On en entend très peu parler » / Inquiétude pour le 1 ^{er} enfant « après je pense qu'on est plus zen, on surveille moins »
15	Oui / Bébé qui arrête de respirer de lui-même	Entourage Médias Professionnels de santé	Grande fratrie Reportages Lors de la 1 ^{ère} grossesse	S'occupait de ses frères et sœurs : « Je savais qu'il fallait faire attention pour les coucher » / « En tant que femme on est censée le savoir je pense » / Peur

C) Pendant la grossesse :

N°	Oui / Non	Par qui ?	Quand ? Contexte ? Forme ?	Ce qui a été dit ? Retenu ?
1	Non / PNP faite mais basée sur travail et acct			
2	Oui	Sage-femme	Consultations prénatales	Faire attention, demander si patiente connaissait « Je ne fais pas la différence entre ce qu'il m'a été dit à la 1 ^{ère} grossesse et maintenant » « Ils conseillent de garder le bébé dormir avec soi, enfin à proximité, que dès qu'il y a des choses qui nous paraissent inhabituelles tout de suite consulter »

3	Oui	Sage-femme Plaquettes information dans salles d'attente	Séances de PNP Plaquette d'information violette MIN donnée par sage-femme Répétition du message au cours des différentes séances	Coucher bébé dans son lit sans couvertures, ni oreillers, ni tour de lit, pas dix milles doudous, « enfin pas de choses qui peuvent obstruer ses voies aériennes vu qu'il n'aura pas le réflexe de s'enlever » Coucher bébé sur le dos
4	Non			
5	Oui	Sage-femme	Séances de PNP sous forme de Powerpoint sur « la prévention de la mort inopinée du nourrisson » (parole du conjoint) « C'était succinct pour ne pas trop inquiéter les parents [...] sans trop rentrer dans le détail »	Pas de tour de lit, pas de couverture, pas d'oreillers, rien à part le bébé et les habits qu'il a sur lui Température de la pièce Couchage toujours sur le dos
6	Non			
7	Non			
8	Non			
9	Non			
10	Non			
11	Oui	Sage-femme	Séances de PNP Plaquette d'information	Toujours bien dégager le visage du bébé Couchage sur le dos dans sa turbulette sans tour de lit Température de la chambre Partage de chambre les 6 premiers mois
12	Non			
13	Non			
14	Non			
15	Non			

D) Après la grossesse :

N°		Conseils pour coucher votre bébé ?			Actions à domicile		
		Par qui ?	Quand ?	Ce qui a été retenu ?	Description environnement de couchage	Matériels conseillés ?	Similitude avec aînés si multipare / Adéquation avec recommandations
1	Oui	Pédiatre Personnels du service	RDV de sortie de maternité Séjour en maternité	Coucher bébé sur le dos Pas de cododo mais partage de chambre jusqu'à 6 mois Pas de tour de lit Pas de doudou proche de la tête du bébé	Berceau parapluie juste à côté de notre lit Pas de cododo, le sommeil est trop précieux Une gigoteuse mais pas de tour de lit, de toute façon c'est un berceau parapluie, mais dans son lit après il n'y aura pas de tour de lit non	Non	Appliquera les conseils donnés par les professionnels, comme elle l'a fait pour son 1 ^{er} enfant

				Bébé dans une gigoteuse	plus, il sera dans sa chambre et avec une gigoteuse aussi		« C'est le personnel le plus à même de donner des conseils »
2	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Dormir avec soi, dans la même pièce, au moins le 1 ^{er} mois Lit à barreau sans tour de lit Coucher bébé sur le dos Température de la pièce ni trop élevée, ni trop basse Aération de la pièce tous les jours « C'est des notions que je connais »	Dans la chambre des parents Dans un cocoonababy posé dans le lit de bébé	Non	Idem que 1 ^{er} enfant, en adéquation avec les conseils des professionnels 1 ^{er} enfant dans sa propre chambre dès retour à domicile
3	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité Plaquette violette	Coucher bébé dans son lit sans couvertures, ni oreillers, ni tour de lit, pas dix milles doudous, « enfin pas de choses qui peuvent obstruer ses voies aériennes vu qu'il n'aura pas le réflexe de s'enlever » Coucher bébé sur le dos	Propre landau à côté de notre lit les 1 ^{ers} jours et « pour une raison pratique s'il faut l'allaiter plusieurs fois, et le temps de comprendre son rythme » Après : dans son propre lit, pas de cododo	Non	Prise en compte des recos au retour à domicile
4	Oui	Pédiatre Sage-femme	RDV x2 de sortie de maternité	« Règles de sécurité » : bébé à plat dans son lit sur un matelas ferme, sans tour de lit, ni couverture, ni d'objets divers dans le lit, avec juste ses habits sur elle » Ne pas faire dormir bébé sur le côté ou sur le ventre Dans la chambre des parents Température entre 19 et 21°C Aération de la pièce tous les jours	Dans son propre lit à côté de la mère Uniquement avec sa turbulette, pas de couverture, pas de doudou, rien d'autre dans le lit « Je préfère la mettre un peu sur le ventre la journée quand je suis à côté d'elle mais pas la nuit. Toujours sous surveillance »	Non	« C'est ce qu'on avait déjà fait pour la 1 ^{ère} oui, on a mis du temps avant de lui laisser un doudou dans le lit, on a mis plus d'un an je pense » « Elle était dans notre chambre pendant 3 mois, mais dans son lit, uniquement pour faciliter l'allaitement » Jamais fait de cododo
5	Oui	Pédiatre Sage-femme	RDV de sortie de maternité En service	Pas de tour de lit, pas de couverture, pas d'oreillers, rien à part le bébé et les habits qu'il a sur lui Température de la pièce Couchage toujours sur le dos	Berceau avec rien dedans Couchage sur le dos Dans la chambre parentale au début, mais dans son propre lit (« Au début on voulait la faire dormir toute seule dans sa chambre »)	Non	« Du coup par rapport aux infos qu'on a eu et aux renseignements qu'on a cherché, on a prévu [...] »

					Pas de cododo : « Le cododo, enfin de ne pas dormir dans le lit, c'est moi qui lui ai dit car j'ai déjà eu une mort subite (en tant que pompier). En fait, le bébé avait roulé et s'était retrouvé entre le matelas et le tour de lit. Donc forcément. Voilà par contre le cododo c'est venu plus tard, que c'était recommandé par l'OMS pendant les 6 premiers mois, pour minimiser les risques. » (<i>Reprise sur la confusion entre cododo et partage de chambre</i>)		
6	Non				Lit à barreau normal avec un matelas, sans couverture ni oreiller Thermomètre dans la chambre Dans sa propre chambre mais installation d'un lit pour le parent dans la chambre du bébé Pas de cododo : « je sais aussi que le cododo est un peu dangereux »	Non	« Comme je suis au courant et que j'ai les astuces entre autre, j'ai quand même un peu moins peur mais on va rester attentifs »
7	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité		« Au début peut-être la laisser dans sa nacelle parce que, déjà dans notre ventre ils sont confinés, arrivés ici ils ont un petit lit, ça reste correct. Donc je ne voulais pas la mettre directement dans un berceau. Donc dans la nacelle elle sera toujours aussi confinée » Dans la chambre des parents	Non	Sommeil plus léger (vs avant la naissance) depuis arrivée de son bébé, dort la lumière allumée
8	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Pas de couvertures Lit à barreau sans rien dedans	Pas de doudous ni de couvertures ou tour de lit Dormira à côté d'elle, dans son lit mais dans la même chambre que les parents	Non	Idem qu'avec les aînés Sommeil plus léger, vigilance accrue Appliquera les recos
9	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Pas de tour de lit, pas de doudous, rien hormis vêtements et turbulette Température de la chambre	Dans son lit à barreau Couchage sur le dos avec juste ses vêtements et sa turbulette Dans un couffin dans chambre parentale	Non	« Comme le pédiatre nous l'a conseillé [...] » / Aînée ne dormait que sur le ventre « Elle était assez tonique de la tête donc on n'a jamais eu aucun soucis, mais du coup c'était plus de surveillance, on a pas pu

							la mettre tout de suite seule dans sa chambre »
10	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Déconseille le babyphone avec plaque rythme cardiaque Conseille de mettre le rehausseur sous le matelas Pas de couverture, pas de doudou, pas de coussin, une simple turbulette	Babyphone avec une plaque pour vérifier le rythme cardiaque + lit en plexiglass : « On ne trouve pas ça normal de savoir ça après la naissance, c'est des dépliants qui devraient nous être donnés au bout de 2 mois de grossesse » « Rehausseur » Bébé simplement dans turbulette Dans sa propre chambre	Lit cododo mais « pas envie qu'il squatte avec nous parce que c'est dur après de le remettre dans sa chambre » / Cododo : « Les avis sont partagés, il y en a qui disent oui et d'autres qui disent non »	« En ce qui concerne le lit, on ne le changera pas tout de suite parce que pour le moment il ne bouge pas, après on verra »
11	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Idem que sage-femme pendant les séances de PNP Lit à barreau Matelas ferme Pas de cale-tête	Lit à barreau Turbulette uniquement, pas de couvertures ni peluches Mobile à distance du visage Thermomètre pour réguler température de la chambre Son propre lit mais dans la chambre parentale, pas de cododo : « Ça me fait peur, j'ai peur de bouger »	Lit à barreau Cocoonababy offert mais « on nous a dit de ne pas le faire dormir dedans, contrairement à ce que nos amis nous disaient. Et de plus privilégier si des fois il veut faire une sieste pendant la journée »	Impact des recos ++ : « Quand on a été acheter le lit chez Aubert ils ont voulu nous vendre le tour de lit et du coup on a dit non. Ils nous ont dit que ce n'était pas plus risqué qu'autre chose. Peut-être que si on n'avait pas eu toutes ces infos on l'aurait acheté »
12	Non				Babyphone avec une plaque : « Après vous allez me dire que ce n'est pas fiable à 100% [...] c'est une question de choix [...] ça me reconforte de savoir qu'il y aura ça dans son lit » Plan incliné en-dessous du matelas Cale-bébé (deux boudins) Lit évolutif à barreau avec « le moins de choses possible dedans » Dans sa propre chambre Matelas ferme		
13	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Pas de tour de lit Pas de couvertures	Lit cododo pendant les 6 premiers mois Pas de tour de lit		Cododo avec l'aîné

14	Oui	Pédiatre Sage- femme	RDV de sortie de maternité En service	Pas de couchage sur le ventre ni sur le côté Pas de cododo Gigoteuse et pas de couverture	Cododo sûrement ? Lit à barreau sans tour de lit Bébé dans une gigoteuse		Tour de lit pour les 2 premiers enfants Cododo ++ avec les aînés Concernant le cododo : « Je vous le dis honnêtement, je pense que tout le monde le fait à un moment ou un autre » / « En pleine nuit quand c'est plus possible et que dès qu'on le repose il pleure [...] Je le fais à la maternité [...] Ils nous laissent le faire à la maternité » / « Je le ferais le moins possible, mais il arrive un moment où on est tellement fatigué qu'on doit le faire au moins une fois dans la nuit »
15	Oui	Pédiatre	RDV de sortie de maternité	Couchage sur le dos Figure dégagée, pas de nounours, pas de couvertures, pas d'oreillers	Nid d'ange dans un lit à barreau Dans la chambre parentale Matelas « droit et propre » Gigoteuse Tapis cardiaque car « bébé toute petite, toute faible, de petit poids, plus fragile » : pour se rassurer Babyphone avec caméra	Tapis cardiaque vu à la télé « Ça évitait beaucoup de mort du nourrisson chez les gens donc ça m'a un peu conquise »	Pas de tapis cardiaque pour l'aîné « On verra peut-être qu'à la maison ça m'angoissera et je l'enlèverais. Je ne veux pas que ce soit un outil qui m'angoisse plus qu'autre chose »

ANNEXE VI

PROTÉGEZ -MOI DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

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

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

- Je suis installé à plat sur une surface ferme (tapis d'éveil, parc). Mes jouets sont disposés autour de moi.
 - J'aime découvrir par moi-même,
 - J'aime être avec vous.
- Si j'ai tendance à tourner la tête toujours du même côté quand je suis éveillé, attirez mon attention du côté opposé.
- Je ne suis pas dans une coque (sauf pour le transport) ni dans un pouf ou un cocon car je ne bouge pas librement.



PROTÉGEZ MA SANTÉ EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL AUTANT QUE POSSIBLE .

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

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

PROTÉGEZ -MOI DES INFECTIONS

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

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

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



SAMU 15
ou 112 par téléphone portable



PROTÉGEZ -MOI !



Les règles d'or
de ma première année

Illustrations : P. Delétré - Mère en page; CHRU de Montpellier - Direction de la Communication - G. Jaeger - 09/13



PROTÉGEZ-MOI TOUT AU LONG DE MA JOURNÉE

NE ME LAISSEZ JAMAIS SEUL

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



SOYEZ ATTENTIF

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

NE ME SECOUÉZ PAS

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



PROTÉGEZ-MOI LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

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



POUR LE TRANSPORT EN VOITURE

Je dois être attaché :
- Soit dans un siège auto adapté à mon âge.
- Soit dans une nacelle.
La coque est un moyen de transport et non un lieu de sommeil (risque de malaise et d'aplatissement de la tête).
www.securite-routiere.gouv.fr



EN ÉCHARPE OU PORTE BÉBÉ

Ma tête, mon nez et ma bouche sont bien dégagés et à l'air libre.
- Je suis en position verticale, la tête soutenue.



PROTÉGEZ MON SOMMEIL EN PRÉVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

DÈS LA NAISSANCE, JE DORS UNIQUEMENT SUR LE DOS TANT QUE JE NE ME RETOURNE PAS TOUT SEUL

- Jamais sur le ventre (risque d'asphyxie), ni sur le côté (risque de basculer sur le ventre). bien à plat dans une turbulette à ma taille et adaptée à la saison.
- Si je supporte mal la position sur le dos pour dormir, mes parents doivent en discuter avec mon médecin.



JE DORS DANS MON LIT DE BÉBÉ

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

JE DORS SEUL DANS MON LIT

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

L'HIVER, JE DORS DANS UNE PIÈCE DE 18 À 20°C.
L'ÉTÉ ON ME DÉCOUVRE.



ANNEXE VII

SORTIE DE MATERNITÉ

Date de sortie : _____
 Poids de sortie : _____ g
 Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte
 Traitements de sortie : vitamine K vitamine D*
 Autres : _____

Prévention de la mort inattendue du nourrisson :

Conseils donnés (cf. page 16) : non oui

Observations particulières, conclusions, examens complémentaires, traitements entrepris, recommandations éventuelles :

.....

* L'os en croissance a besoin de vitamine D, votre médecin prescrira le supplément nécessaire.

Si votre enfant garde un teint jaune au-delà de 15 jours ou si ses selles sont décolorées (blanches ou grises, cf. page 11), consultez votre médecin sans attendre.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux pour sa santé. Les enfants vivant dans un environnement enfumé ont plus de risques de développer des problèmes respiratoires (asthme, bronchites...).

10

EXAMEN DE LA DEUXIÈME SEMAINE

Poids : _____ g Taille : _____ cm PC : _____ cm
 Alimentation : allaitement maternel au biberon mixte
 Position de couchage adaptée : non oui

Examen clinique

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

Autres anomalies : _____

Échelle colorimétrique des selles

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



Numéro : _____

11

Conseils aux parents

Son sommeil

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

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

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

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture, ni de couette. Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un matelas.

Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, poufs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Respectez son rythme de sommeil.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

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

Laissez votre bébé bouger dans son lit.

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

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

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

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



16

Sa santé

Pour limiter la transmission des infections :

- lavez-vous bien les mains avant de vous occuper de votre bébé, et après ;
- évitez qu'on l'embrasse sur le visage et les mains, surtout si la personne est malade ou enrhumée ;
- évitez, si possible, les lieux publics très fréquentés (centres commerciaux, transports en commun, etc.), particulièrement en période d'épidémie de bronchiole.

Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.

Sa sécurité

Ne laissez jamais votre bébé seul :

- dans son bain, sur la table à langer ;
- à la maison, dans la voiture ;
- à la garde d'un autre enfant ;
- dans une pièce avec un animal, même très familier.

Évitez les nouveaux animaux de compagnie (NAC) (notamment tortues et autres reptiles) afin de limiter le risque d'infections graves pouvant être transmises par ces animaux.

Évitez les chaînes, cordons et colliers d'ambre autour du cou. Dans tous les cas, pensez à les retirer quand vous couchez votre enfant.

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

Veillez à ce que le matériel utilisé (siège, lit, jouets, etc.) soit récent, homologué (NF ou CE) et adapté à son âge.

En voiture, attachez votre bébé dans un dispositif adapté à son poids et homologué par la Sécurité routière.

Pendant les promenades en écharpe ou en porte-bébé, installez votre bébé en position verticale, visage dégagé et à l'air libre. Veillez à ce qu'il n'ait pas la tête trop fléchie en avant.

Avant 3 mois, faites examiner rapidement votre bébé s'il :

- a la diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) car il peut se déshydrater rapidement, surtout s'il vomit. Donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale* (SRO) tous les quarts d'heure, par petites quantités à la fois ;
- a de la fièvre (température rectale supérieure à 38 °C). Découvrez-le et donnez-lui à boire ;
- est gêné pour respirer ;
- a un comportement inhabituel.

* Disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.



17

ANNEXE VIII

Lit cododo :



<https://www.mababychecklist.fr/choisir-son-produit/lit-cododo/>

Cododo (sommeil partagé) :



Photos personnelles du Dr Borsa-Dorion

Cocons :



<https://www.bebebisous.com/lits-bebe-cocon/474-lit-bebe-cocon-gris-5908297432311.html>

<https://www.redcastle.fr/fr/cocoonababy/2678-cocoonababy-avec-drap-fleur-de-coton-blanc-3660950066579.html>

<https://www.cddiscount.com/pre-t-a-porter/bebe-puericulture/tineo-cocon-de-sommeil/f-11317370502-can703770.html>

Prévention de la mort inattendue du nourrisson : enquête qualitative auprès de patientes en suites de couches à la Maternité du CHRU de Nancy en 2019

Contexte. – La mort inattendue du nourrisson (MIN) constitue la première circonstance de décès entre le premier mois et la première année de l'enfant. On estime qu'un quart des MIN recensées en France aurait pu être évité si les recommandations de couchage avaient été respectées. Les modalités de couchage du nourrisson constituent un élément fondamental du thème de la MIN et de sa prévention.

Objectifs. – Définir si les patientes reçoivent un message de prévention en accord avec les recommandations par un professionnel au cours de leur prise en charge et recueillir les pratiques des patientes en terme de couchage de leur nouveau-né afin de mettre en évidence des freins à la mise en pratique des recommandations par les patientes.

Matériels et méthode. – Une étude qualitative monocentrique par entretiens semi-directifs a été effectuée auprès de patientes en suites de couches.

Résultats. – La majeure partie de la population étudiée reçoit un message de prévention au sujet de la MIN en accord avec les recommandations par un professionnel au cours de sa prise en charge. La majorité des patientes retient les principaux messages de prévention. Cependant, moins de la moitié opteront pour un couchage en accord avec les recommandations. Il existe une influence importante de l'entourage, des médias, des professionnels de santé ainsi que des magasins de puériculture dans la mise en place de l'environnement de couchage néonatal.

Conclusion. – Il est nécessaire de poursuivre la prévention au sujet de la MIN auprès de toutes les patientes et de former les professionnels et futurs professionnels.

Mots clés

Prévention, mort inattendue du nourrisson, couchage