



HAL
open science

**Etat des lieux des connaissances des mères au sujet de la
prévention de la mort inattendue du nourrisson à la
sortie de la maternité: étude épidémiologique
observationnelle descriptive transversale et
monocentrique sur les connaissances des mères en
matière de prévention de la MIN à la sortie de la
maternité du CHR Metz-Thionville, site de Thionville
en 2019**

Elisa Boyer

► **To cite this version:**

Elisa Boyer. Etat des lieux des connaissances des mères au sujet de la prévention de la mort inattendue du nourrisson à la sortie de la maternité: étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et monocentrique sur les connaissances des mères en matière de prévention de la MIN à la sortie de la maternité du CHR Metz-Thionville, site de Thionville en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04344798

HAL Id: hal-04344798

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04344798v1>

Submitted on 14 Dec 2023

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
Ecole de Sages-Femmes de Metz



Etat des lieux des connaissances des mères

Au sujet de la prévention de la mort inattendue du nourrisson

À la sortie de la maternité

Etude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et monocentrique
sur les connaissances des mères en matière de prévention de la MIN
à la sortie de la maternité du CHR Metz-Thionville, site de Thionville en 2019

Mémoire présenté et soutenu par

Elisa Boyer

Promoteur : CHR de Metz-Thionville

Directeur de mémoire : Madame Catherine Mergen-Morel

Expert du mémoire : Madame Patricia Ghezzi

Promotion 2015-2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et tout particulièrement :

- Madame Catherine Mergen-Morel, directrice de ce mémoire, pour son implication, ses conseils, son temps, et ses encouragements.
- Madame Ghezzi, experte de mémoire, pour sa contribution à ce mémoire et ses conseils avisés.
- Madame Mangeot et Madame Peers pour avoir été les cobayes de mon questionnaire.
- Les professionnels de santé du service de suites de couches de la maternité de Thionville qui ont été d'une grande aide pour la distribution de mes questionnaires.
- Les patientes qui ont participé à mon étude.
- Ma famille pour son soutien tout au long de ces années, et notamment à ma maman qui m'a soutenue et supportée durant mes deux années de PACES.
- Lisa, pour sa patience durant les 5 mois de notre cohabitation et son aide précieuse lors de la réalisation de mon questionnaire.
- Mathilde, pour son dévouement afin de réaliser la correction de mon résumé en anglais.
- Jessica, pour sa patience, son soutien, et son aide face à mes questions récurrentes.
- Elodie, pour son soutien moral lors de la réalisation de nos mémoires simultanés.
- Morgane, pour m'avoir fait voyager et rêver de mon avenir lors de ces longues heures à écrire ce mémoire.
- Et enfin Mathieu, pour son amour, sa patience et sa présence réconfortante.

SOMMAIRE

Introduction.....	6
PARTIE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	7
1. Qu'est-ce que la Mort Inattendue du Nourrisson ?.....	8
1.1. Définition : MSN ou MIN ?.....	8
1.2. Epidémiologie de la MSN et MIN.....	9
1.3. La prise en charge de la MIN selon l'HAS.....	10
2. Les nouvelles recommandations.....	11
2.1. L'histoire des recommandations.....	11
2.2. Les nouvelles recommandations de l'AAP et de Naitre et vivre.....	12
2.3. Les facteurs protecteurs.....	13
2.4. Les actions de prévention	14
3. Le rôle de la sage-femme.....	16
3.1 La prévention et les sages-femmes	16
3.2. La prévention de la MIN et les sages-femmes.....	16
PARTIE II : L'ETUDE.....	18
1. Présentation de l'étude	19
1.1 Problématique.....	19
1.2 Objectifs	19
1.3 Hypothèses.....	19
2. La réalisation de l'étude.....	20
2.1 La population cible	20
2.2 Le lieu de l'étude.....	20
2.3 La méthode.....	20
2.4 Les critères de jugements.....	21
2.5 Le recueil des données.....	21
2.6 La minimisation des biais.....	21
PARTIE III : RESULTATS.....	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	23
1.1 Age maternel.....	23
1.2 Parité.....	23
1.3 Catégorie socio-professionnelle.....	24

2. Etat des lieux de l'information reçue au sujet de la MIN lors du séjour à la maternité	24
2.1 L'information par les professionnels de santé	24
2.2 Durée du séjour	25
2.3 Qualité de l'information selon les patientes	26
2.4. Utilité de l'information selon les patientes	26
3. Etat des lieux de la connaissance des patientes sur la MIN	27
3.1 Avant le séjour à la maternité	27
3.2 En sortant de la maternité	28
PARTIE IV : DISCUSSION	30
1. Analyses des résultats	31
1.1 La MIN connue des femmes avant la maternité	31
1.1.1 L'efficacité des campagnes de prévention	31
1.1.2 La prévention orale préférée par les patientes	31
1.2. Une information sur la MIN encore insuffisamment donnée à la maternité	32
1.2.1 La prévention faite majoritairement par les auxiliaires de puériculture et les sages-femmes	32
1.2.2 La durée de séjour sans lien avec l'obtention de la prévention sur la MIN	33
1.3. Des femmes rassurées et conscientes de l'importance de la prévention de la MIN à la maternité	34
1.4. Des connaissances à approfondir à la sortie de la maternité	35
1.4.1 Des connaissances assimilées et appliquées	35
1.4.2 Mais des connaissances encore incomplètes	36
2. Limites et biais de l'étude	36
2.1 Points forts de l'étude	36
2.2 Points faibles de l'étude	36
2.3 Ouverture : points d'amélioration	37
Conclusion	38
Bibliographie	39
Annexes	42

GLOSSAIRE

AAP = the American Academy of Pediatrics

ANCRéMIN = Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson

APMS = Association des Assureurs pour la Prévention en Matière de Santé

CHR = Centre Hospitalier Régional

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

CRMIN = Centre de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson

HAS = Haute Autorité de Santé

HPST = Hôpital Patient Santé Territoire

INPES = Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

InVS = Institut de Veille Sanitaire

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

MSN = Mort Subite du Nourrisson

MIN = Mort Inattendue du Nourrisson

PMI = Protection Maternelle et Infantile

PRADO = Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

RCP = Royal College of Pathologists

UNSSF = Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

INTRODUCTION

La mort inattendue du nourrisson (MIN) reste en France un enjeu de santé publique. En effet, malgré les recommandations de l'association Naitre et Vivre et de American Academy of Pediatrics et les multiples campagnes de prévention depuis 1994, la MIN est encore la première cause de mortalité des enfants entre 1 mois et 1 an en 2015. Ce malheur toucherait environ 300 à 400 familles par an.

Durant ma formation à l'école de sage-femme, je n'ai observé que quelques sages-femmes qui évoquaient le sujet de la MIN avec les patientes lors de leur séjour à la maternité. Certaines patientes couchaient encore leur nourrisson sur le ventre et leurs berceaux étaient souvent remplis de doudous, de cadeaux en tout genre, de couvertures etc. De plus, durant mon stage en suites de couches au Centre Hospitalier de Basse-Terre en Guadeloupe, je me suis étonnée de voir que plusieurs sages-femmes conseillaient le couchage sur le ventre et le partage du lit afin d'apaiser leurs enfants. Je me suis donc interrogée à la fois sur les connaissances des mamans concernant ce sujet, et également sur la prévention que faisaient les sages-femmes ou autres professionnels de santé au moment des suites de couches.

Dans un premier temps, nous présenterons la MIN, ses définitions, l'épidémiologie et sa prise en charge en cas de découverte d'un nourrisson décédé. Nous rappellerons ensuite les nouvelles recommandations, leurs histoires, les facteurs de risque et les facteurs de protection. Et enfin, nous évoquerons le rôle de la sage-femme dans cette prévention.

Dans un second temps, nous présenterons les résultats de notre étude. Tout d'abord, nous verrons les caractéristiques de la population étudiée, puis les résultats sur l'information donnée ou non à la maternité, et enfin nous présenterons les résultats des connaissances des femmes.

Et pour finir, nous engagerons une discussion afin d'évaluer la connaissance des femmes à la maternité sur la prévention de la MIN après information par les professionnels de santé.

PARTIE I :

La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)

1. QU'EST-CE QUE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ?

1.1. DEFINITION : MSN OU MIN ?

Historiquement, la définition précise de la Mort Subite du Nourrisson (MSN) est donnée par Beckwith en 1969 afin d'avoir un nombre précis d'enfants décédés avec des caractéristiques communes. La définition qu'il élabore repose sur le décès soudain d'un enfant, inattendu de par son histoire, et dont le bilan post mortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate du décès. Cette description a été limitée, plus tard, aux enfants de moins d'1 an. [1]

Désormais en 2019, il existe deux termes bien distincts :

- **La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)**

En 2000, Flemming et Blair introduisent le concept de la MIN, elle est définie comme "*tout décès survenu brutalement chez un nourrisson de moins de 2 ans que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir*" [1]

Depuis février 2007, la Haute Autorité de Santé emploie désormais le terme de MIN pour regrouper des situations multifactorielles de décès brutal d'un enfant de moins de 2 ans considéré jusque-là comme en « bonne santé » demeurant inexpliqué en post-mortem ou si des circonstances de décès ont été retrouvées après autopsie. [2]

La conception actuelle de la MIN est orientée vers un aspect plurifactoriel de l'accident mortel. Il n'existe pas une seule cause mais plusieurs facteurs isolés ou associés pouvant entraîner la mort. En effet dans la MIN, des circonstances de décès ont pu être établies et expliquent le décès après autopsie du corps de l'enfant comme :

- Une **infection virale ou bactérienne foudroyante** (méningite, encéphalite) [3]
- Une **pathologie inconnue** au moment du décès : pathologies cardiaque, respiratoire, du sommeil, digestive ou métabolique (MCAD).
- Des **conditions environnementales** comme un accident de literie, la température ambiante ou le tabagisme passif.
- Des **causes accidentelles ou traumatiques** tels que le syndrome du bébé secoué, intoxication médicamenteuse [3]

L'épidémiologie de la MIN reste difficile à évaluer car aucun code n'a été mis en place pour ce terme dans la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10). [3]

- **La Mort Subite du Nourrisson (MSN)**

En 2004, Krous et Beckwith ont donné une nouvelle approche au terme de MSN, qu'ils présentent comme "*un décès inexpliqué d'un enfant de moins d'1 an, survenant apparemment pendant le*

sommeil, qui reste inexpliqué après des investigations post-mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique". [1]

Par conséquent, toute MSN est une MIN, mais ce n'est qu'après l'autopsie que le décès peut être qualifié de MSN. Si aucune pathologie n'est retrouvée expliquant le décès, cela ne veut pas dire qu'aucune circonstance ou facteur de risque n'est en cause. De la même façon le scénario de l'accident peut également être évoqué même si l'autopsie ne peut pas l'expliquer. [3]

D'après le Centre de Référence de la Mort Inattendue du nourrisson (CRMIN) de Lyon, la MSN représente environ 40 à 50% des MIN. [3] La MSN est reconnue comme une cause naturelle de décès depuis 1970. Un code a d'ailleurs été mis en place dans la CIM 10 pour classifier et répertorier toutes les MSN, il s'agit du code CIM R95 qui correspond à la catégorie « Causes de mortalité mal définies et inconnues » [3]

Dans ce mémoire, nous parlerons de MIN en général, tout en sachant que la MSN y est incluse.

1.2. EPIDEMIOLOGIE DE LA MSN ET MIN

L'épidémiologie de la MIN est difficile à analyser et à comparer du fait des différentes appellations qui ont évolué au fil du temps, et en fonction des pays. Le terme de MIN n'existait pas avant 2000, c'est pourquoi nous parlerons dans ce mémoire de MSN lorsque les faits se sont déroulés avant 2000.

En France, en 1985, la MSN devenait la première cause de décès infantile avec 19% des décès. C'est en 1991 qu'a été observé en France, le taux le plus élevé de de MSN avec 1,9 pour 1000 naissances vivantes. [1]. C'est pourquoi, à partir de 1994, le ministère de la santé a pris la décision de mener plusieurs campagnes de prévention en faisant la promotion du couchage sur le dos en collaboration avec l'association Naitre et Vivre et la Direction Générale de la Santé. [4]

L'association Naitre et Vivre a été fondée en 1979 par les parents confrontés à ce drame, et est la première association luttant contre la MIN. Plus tard, cette association a été rejointe par des professionnels médicaux et paramédicaux et est reconnue d'utilité publique depuis 1991. Elle a pour action l'accompagnement des parents, la prévention de la MIN et le soutien de la recherche. [5] Ces campagnes ont permis de baisser de 75% le taux de mortalité d'enfants à la suite d'une MSN. [6]

D'après l'enquête de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de 2007-2009, les mauvaises conditions de couchage sont retrouvées en grande fréquence lorsque l'on cherche à expliquer les décès. Sur les 220 MIN de moins d'un an, 46% des enfants étaient retrouvés sur le ventre, 57% avaient des objets de literie proches du visage, 18,4% relevaient du cosleeping, 1/3 de mères étaient fumeuses, 13% avaient une température de la pièce supérieure à 20°C. [7]

La dernière étude de 2014 du Centre de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson (CRMIN) de Lyon a révélé de nouveaux chiffres. En France en 2014, 157 cas de MSN ont été recensés dont 93 garçons et 64 filles. En ce qui concerne la MIN, les chiffres sont plus imprécis car il n'existe pas de code dans la CIM 10, comme dit précédemment. Approximativement d'après le CRMIN de Lyon, il y aurait entre 350 à 450 cas par an pour les nourrissons de moins d'un an et environ 50 cas par an pour les enfants entre 1 et 2 ans. [3] En 2016, la MIN reste en France, la première cause de mortalité entre 1 mois et 1 an. [5]

1.3. LA PRISE EN CHARGE DE LA MIN SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS

Afin d'uniformiser les prises en charge, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place un protocole de prise en charge lorsqu'un enfant est retrouvé décédé.

Lors des Journées scientifiques des SAMU de France en 2005, des experts ont recommandé qu'au premier contact téléphonique, le régulateur questionne sur l'âge de l'enfant, sur son tonus et sa couleur. L'envoi du secours médicalisé sans délai est préconisé. De plus, le régulateur doit guider une réanimation cardio-respiratoire par téléphone. Il faut également montrer de l'empathie et de la compréhension si le décès est certain, il faut favoriser le dialogue avec l'appelant. [8]

D'après les recommandations de 2007 de l'HAS concernant la prise en charge de la MIN, le premier intervenant sur place doit :

- Pratiquer une réanimation si le décès de l'enfant n'est pas certain ou paraît récent ;
- Noter dans quelle position l'enfant a été trouvé ;
- Faire un interrogatoire précis sur les circonstances du décès ;
- Rechercher un éventuel signe de maltraitance ;
- Expliquer aux parents le déroulement de la procédure, ce qui va se passer. [9]

Lors de la journée scientifique des SAMU, les experts ont insisté sur le fait que l'annonce du décès doit être faite avec tact, respect, empathie et chaleur humaine afin de permettre le travail de deuil des parents [8]

Parfois, la mort a été donnée de façon intentionnelle et est dissimulée sous le nom de MIN par les parents. Deux grandes catégories sont retrouvées le plus souvent : Le bébé secoué et les homicides dissimulés. Les intervenants devront rechercher des signes évocateurs de ces deux mauvais traitements afin d'en informer les autorités judiciaires. [9] L'American Academy of Pediatrics (AAP) a publié un rapport clinique afin d'aider les professionnels à distinguer un décès d'enfant dû à des mauvais traitements et une MIN. [10]

Ensuite, les parents et l'enfant décédé sont emmenés à l'hôpital. Des explorations médicales et une autopsie seront réalisées sur l'enfant. Une prise en charge psychologique de la famille ainsi qu'un accompagnement du deuil seront également effectués.

Les centres de référence de la MIN ont été créés le 14 mars 1986 pour assurer une prise en charge adaptée des enfants et de leur famille. En effet, ils sont chargés de l'animation des soins post-mortem, de l'accueil et du suivi des parents, de l'organisation de la recherche et de l'enseignement et de la diffusion de l'information sur la MIN. [11]

2. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS SUR LA PREVENTION DE LA MIN

2.1. HISTOIRE DES RECOMMANDATIONS

Jusqu'aux années 1960, la position de couchage des nourrissons en France était le décubitus dorsal, mais la MSN était un phénomène mal connu, certains médecins croyaient même que c'était une maladie héréditaire. [12]

C'est dans les années 1970 qu'est apparu le concept de couchage en décubitus ventral. En effet, certains pédiatres recommandaient cette position de couchage pour les nourrissons afin de diminuer les reflux gastro-œsophagiens, pour diminuer le risque de suffocation en cas de vomissements, et pour augmenter le tonus dorsal avec le relèvement de la tête. [3]

Peu de temps après, en 1980, une nouvelle « mode » venue des Etats-Unis visant à coucher les nourrissons sur le ventre avec la tête sur le côté, a eu un succès inattendu en France. Cet effet de mode était inexplicé, aucun congrès médical, aucune publication scientifique n'avait émis de telles recommandations. Ce phénomène de société a été, au même moment, corrélé par une expansion rapide du nombre d'enfants décédés par MSN. Par ce fait, entre 1975 et 1980, le taux de MSN passait de 28,3 pour 100 000 naissances vivantes à 102,8 ce qui correspond à une augmentation de 263%. [12] Même s'il existe d'autres facteurs de risque, la croissance spectaculaire de MSN liée au changement de position de couchage des nourrissons a permis d'établir une relation de cause à effet entre positions de couchage et MSN. [12]

En France, l'Académie de Médecine a été saisie par le professeur Sénécal dès 1983 sur l'effet dangereux de la position ventrale pour le couchage. Cette académie préconisait alors le retour du couchage sur le dos. [1] Par la suite, de nombreux pays, tels que les Pays-Bas, la Tasmanie, vont sauter le pas et vont publier des campagnes nationales visant à conseiller le couchage sur le dos. C'est quelques années après que les résultats ont suivi et ont démontré le rôle néfaste du couchage sur le ventre grâce à une diminution de plus de la moitié du nombre de MSN par an. [13]

C'est seulement en 1994 que le ministère de la Santé en France a décidé de mener une campagne nationale d'éducation sanitaire visant à supprimer cette pratique dangereuse. [14] Les statistiques des

causes médicales de décès, établies par l'Inserm chaque année, permettent de connaître le nombre de MSN et d'en suivre l'évolution et du coup l'impact des campagnes nationales. L'Inserm a donc enregistré une diminution de presque 70% des MSN entre 1991 et 1996 suites aux campagnes de 1992 et 1993, faites dans plusieurs départements, et après la campagne nationale de 1994. En effet, en 1991 le nombre de décès par MSN était de 1464 ce qui fait 1,8 décès pour 1000 naissances vivantes alors qu'en 1996 le nombre de décès par MSN était de 451 ce qui correspond à 0,61 décès pour 1000 naissances vivantes. [14]

En 2016, l'AAP a publié ses nouvelles recommandations. Elle préconise notamment d'installer le bébé dans la chambre des parents, de coucher le bébé sur le dos sans peluche. Les pédiatres américains insistent aussi sur l'importance du contact physique entre la mère et le nouveau-né immédiatement après la naissance. [15]

2.2. LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'AAP ET DE L'ASSOCIATION NAITRE ET VIVRE

Aucune recommandation de l'HAS concernant les facteurs de risque de la MIN n'a, à ce jour, été publiée. Néanmoins, dans le protocole sur les recommandations de la prise en charge de la découverte de la MIN, l'HAS évoque brièvement ce qu'il est important de faire. [2]

La MIN est un phénomène multifactoriel. D'après l'association Naitre et Vivre et le CRMIN de Lyon, certains facteurs de risque de MIN sont identifiés tels que :

- Le **sexe** : le garçon est plus touché que la fille (60%) ;
- L'**hypotrophie** ;
- La **prématurité** ;
- Un **retard de développement ou anomalie du cerveau** ;
- La **prise de médicaments sédatifs** comme les antitussifs. Ils favorisent le développement d'apnées obstructives et diminuent la fréquence des éveils.
- **Les infections virales mineures** peuvent être également un facteur de risque de la MIN. En effet, elles déstabilisent les commandes cardiaques et/ou respiratoires du nourrisson.
- **Des facteurs liés à l'environnement** : conditions de couchage, hyperthermie, tabagisme... [3,5]

C'est sur les facteurs liés à l'environnement qu'il est possible d'agir afin de diminuer le nombre de décès d'enfants. Ces facteurs, dit évitables, sont un levier d'action essentiel et doivent être impérativement connus par les parents dès la maternité afin d'éviter le plus possible une MIN. [5]

Depuis 2006, l'AAP et les recommandations du ministère chargé de la Santé du Royaume-Uni s'accordent sur les facteurs de risques de la MIN liés à l'environnement [1]:

- Mettre les nourrissons sur le dos pour tous les moments de sommeil est recommandé depuis les années 1990. Le couchage sur le côté n'est plus préconisé car cette position

est instable et le nourrisson peut basculer et ainsi se retrouver en position ventrale. Cette position favorise le déplacement du bébé, qui peut ainsi ramper et s'enfourer dans la literie et provoquer l'asphyxie [3]. De plus, la position ventrale gêne la thermolyse car les surfaces d'échange thermique se limitent à la seule moitié du visage qui n'est pas au contact du drap. Cette position expose également au risque de confinement si l'enfant met son visage de face sur un plan trop mou. De plus, le nourrisson sur le ventre dort plus profondément et s'éveille moins facilement. [3]

- Le risque est plus important si la mère a consommé de la nicotine pendant la grossesse. Le critère est dose-dépendant. En effet, le risque augmente proportionnellement au nombre de fumeurs dans la maison. Le tabagisme in utéro peut provoquer des anomalies de neurotransmetteurs qui perturberaient le réflexe d'éveil chez le nouveau-né à terme. En cas de confinement, le nouveau-né ne déclencherait pas de réflexe d'éveil et cela mènerait à un arrêt cardiaque. De plus, le tabac à la maison augmenterait les apnées obstructives du sommeil par action de la nicotine sur les centres respiratoires. [16]
- Il est recommandé d'utiliser un matelas ferme, sans matériel mou dans le lit tels que l'oreiller, la peluche, les édredons, les couettes, les couvertures afin d'éviter tout risque d'enfouissement et d'obstruction des voies aériennes. [1]
- Un couchage séparé mais dans la même chambre des parents est indiqué. Même si le partage du lit avec les parents est pratique pour l'allaitement maternel, il n'est pas conseillé. L'enfant doit être replacé dans son lit lorsque les parents se rendorment. [1] Le risque augmente si les parents fument, consomment de l'alcool, des drogues ou s'ils sont très fatigués. [3]
- Une hyperthermie de l'enfant pourrait provoquer une MIN. L'enfant doit être peu couvert pendant le sommeil, la température de la chambre doit être comprise entre 18°C et 20°C. Le risque augmente en cas d'emballotement, de duvet, et de port d'un bonnet. [1] En effet, une température corporelle élevée déstructure le sommeil du nourrisson qui s'éveille moins facilement et augmente le rythme cardiaque de l'enfant. [3]

2.3. LES FACTEURS PROTECTEURS

Des facteurs protecteurs sont également évoqués par la littérature tels que :

- Le partage de la chambre est un facteur favorable. En effet, le risque diminue si l'enfant dort dans la chambre de ses parents pendant les 6 premiers mois de sa vie. Celui-ci est valable seulement si l'enfant a son propre lit à barreaux. [17]
- Le repérage précoce d'un épisode de maladie diminuerait le risque de MIN. [17]
- L'allaitement maternel favorise le partage de la chambre et l'allaitement est associé à moins de tabagisme maternel, ce qui en fait un facteur protecteur. [17]

- La vaccination diminuerait également le risque. Lors des années 1970, après l'introduction du premier vaccin tétravalent, le Tétracoq[®], une augmentation rapide du taux de MIN a eu lieu. De ce fait, une polémique a éclaté et un questionnement s'est posé sur le lien de causalité entre la vaccination et la MIN. Mais après plusieurs études cas témoins, « aucun lien de causalité entre vaccination et MIN n'a été démontré dans cette méta-analyse, la vaccination pourrait, au contraire, avoir un effet protecteur avec un OR multivarié de 0,54. » d'après le site Vaccination Info Service. [18]. En effet, la vaccination pourrait permettre l'induction d'une immunité contre différents agents pathogènes qui pourraient être une cause de certaines MIN. [18]
- Une étude faite par Li et al. a démontré que la tétine aurait un effet protecteur pour la MIN avec une réduction du risque de 90% dans cette étude faite en Californie [3]. L'usage de la tétine est cependant controversé. En effet, elle aurait un effet protecteur car elle libère les voies aériennes supérieures, elle prévient les reflux d'aliments, et il y aurait un abaissement du seuil d'éveil. Néanmoins, la tétine provoquerait des inconvénients pour l'allaitement. [1]
- Un environnement sans tabac aurait également un effet favorable sur la MIN. Les parents qui fument, devraient fumer le plus possible en dehors de la chambre, et au mieux en dehors de la maison afin d'éviter un tabagisme passif au nourrisson.
- De plus, il faudrait éviter si possible la prise de médicaments sédatifs qui favorise l'apnée du sommeil. [3]

Autrefois, le monitoring à domicile était prescrit lorsque dans une fratrie, un enfant était décédé d'une MIN. Concernant la prise en charge de la MIN, l'HAS indique que le monitoring n'est plus d'actualité. En effet, de nombreuses études ont été effectuées et aucune d'entre-elles ne confirme le facteur protecteur du monitoring. [2] De plus, l'AAP évoque même que « *le monitoring à domicile ne doit pas être prescrit pour prévenir la mort subite du nourrisson* » et que « *les parents doivent être avisés que le monitoring ne prévient pas du risque de mort subite du nourrisson* ». [19]

2.4. LES ACTIONS DE PREVENTION

Depuis 1979, l'association « Naitre et vivre » mène des actions de prévention et d'information, d'aide à la recherche et de soutien et d'accompagnement des familles endeuillées.

C'est en 1986 que débutent les actions de prévention pour la MSN par le ministère de la santé après une recrudescence du nombre de cas de MSN. Une circulaire ministérielle du 14 mars 1986 reconnaît la MSN comme étant un problème de santé publique pour la première fois. C'est pourquoi des Centres de Référence de la Mort Subite du Nourrisson ont été créés dans les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux. [20] Ces centres de référence de la MSN avaient pour mission de diffuser de l'information de prévention, d'organiser les recherches, de regrouper tous les cas de MSN, de prévoir le transport des corps, et d'accompagner les familles endeuillées. [1]

Cependant, ce n'est qu'en 1994 que le ministère de la santé décide de réaliser des campagnes de prévention. Une campagne nationale d'éducation sanitaire a donc été entreprise visant à supprimer les pratiques dangereuses telles que le couchage sur le ventre. Une plaquette intitulée « Conseils aux parents » était diffusée dans les maternités et remise aux parents lors de l'examen des 8j du nourrisson. [14]

L'arrêté du 2 mars 1995 a fixé le nouveau modèle du carnet de santé qui est vu comme un nouveau support de communication tant pour les professionnels de santé entre eux que pour la prévention de la santé pour les enfants. [21] En effet, une page du carnet de santé a été instaurée afin de rappeler les bonnes positions de sommeil du nourrisson. Il a d'ailleurs été réactualisé le 1^{er} avril 2018, la page numéro 16 est désormais consacrée aux comportements à avoir afin de réduire le risque de MIN [22] (II). Ce nouveau carnet de santé vise à mettre en place une politique de promotion de la santé, comprenant la prévention pour les enfants de tout âge. Les messages de prévention ont été, en effet, actualisés et enrichis pour tenir compte des évolutions scientifiques et sociétales, de nouvelles recommandations et de l'identification de nouveaux risques. [23] Dans le même temps, une lettre de sensibilisation a été adressée par le ministre de la Santé à tous les professionnels de santé appelés à diffuser ces simples conseils aux parents. [14]

Simultanément en 1995, l'association « Naitre et vivre » avec l'aide de l'Association des Assureurs pour la Prévention en Matière de Santé (APMS) ont lancé une campagne d'information et de prévention afin de toucher le grand public en créant une affiche reprenant les conseils de puériculture. Cette affiche a été installée dans tous les lieux de passage de la petite enfance. [14,24] (III) Des plaquettes de prévention de la MIN étaient aussi disponibles en libre-service dans les pharmacies [24] (IV)

Concernant le bilan de la campagne de prévention, le ministère de la santé déclarait dans le JO sénat du 17/09/1998 : « *Les résultats de cette première campagne ont été très encourageants. En 1994, alors que la campagne n'avait débuté qu'à l'automne, 880 décès par mort subite du nourrisson étaient enregistrés par le service médical des causes de décès de l'INSERM, alors que ce nombre s'élevait à 1 133 en 1993. La campagne fut donc renouvelée les trois années suivantes et la baisse du nombre de bébés décédés de MSN n'a fait que s'accroître : 537 décès par mort subite du nourrisson en 1995, 451 en 1996 et 358 dans les statistiques provisoires de l'INSERM pour l'année 1997.* » [25]

Mais à partir des années 1998, les professionnels observent que la mobilisation collective diminue et que la fréquence des décès et des conduites à risques repart à la hausse. Effectivement, il n'y a eu aucune campagne officielle de prévention depuis les années 1998. [26] C'est pourquoi en 2013, le réseau de périnatalité ELENA, s'étendant sur tout le département de la Loire et le Nord de l'Ardèche qui permet aux professionnels de la périnatalité de travailler en étroite coopération pour assurer la continuité et la qualité de soin, sonne l'alerte. [27] Ce réseau, avec le soutien de l'Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCRéMIN), de l'association Naitre et Vivre et en collaboration avec la fondation Mustela, lance des spots animés

d'environ 1 minute, associés à une campagne d'affichage visant à rappeler les facteurs de protection. Une seconde vidéo a été publiée en 2017 par ELENA intitulée « comment coucher votre bébé en toute sécurité ? ». Les spots de prévention évoquaient l'impact du tabagisme passif, le risque de portage en écharpe, le risque du co-sleeping, le couchage sur le dos. Les vidéos touchent généralement plus les parents que les affiches. [28]

3. LE ROLE DE LA SAGE FEMME

3.1. LA PREVENTION ET LES SAGES-FEMMES

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes définit le métier de sage-femme tel « *dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes.* » [29]

Depuis 10 ans, le métier de sage-femme a beaucoup évolué et les sages-femmes voient leurs compétences s'élargir de façon considérable. C'est en 2009, le 21 juillet, que la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a été votée : désormais les sages-femmes ont la possibilité de réaliser le suivi gynécologique de prévention, faire un frottis et prescrire des examens complémentaires. Elles peuvent également prescrire tous les moyens de contraception, poser un implant et un stérilet. Cette loi a donc permis d'étendre par la même occasion, le rôle de prévention de la sage-femme qui ne se limite plus à la maternité mais à la vie sexuelle et gynécologique de la femme. [30]

De plus, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a permis aux sages-femmes d'acquérir à nouveau de nouvelles compétences en matière de prévention. Elles peuvent aussi pratiquer l'IVG médicamenteuse, prescrire et pratiquer la vaccination de l'entourage de la femme en période post-natale, soit dans les 8 semaines après l'accouchement. Ces nouvelles compétences continuent dans la lignée de la loi HPST, d'accroître le rôle important de prévention du métier de sage-femme. [31]

Ainsi, la sage-femme soigne désormais les femmes tout au long de leur vie : lors d'une grossesse, un accouchement, en postpartum, au retour à la maison ; mais également au cours de leur vie sexuelle avec le suivi gynécologique. C'est pourquoi la sage-femme est un acteur majeur dans la prévention et l'éducation à la santé des femmes. [29] C'est le premier recours en matière de santé génésique.

3.2. LA PREVENTION DE LA MIN ET LES SAGES-FEMMES

La sage-femme reste un professionnel de santé très important dans la prévention des comportements de la MIN. En effet, lors des contacts directs avec les parents, la prévention ne peut pas être écartée en faveur de nombreuses affiches et dépliants faits à ce sujet. Les dépliants ne peuvent pas être donnés sans informations, explications, et échanges avec les parents. Leur sensibilisation semble

augmenter si ceux-ci ont un échange oral avec la sage-femme ou les autres professionnels de santé, sensibles à ce problème de santé publique.

La prévention passe donc majoritairement par les professionnels de santé, à la maternité ou en consultation pédiatrique. Il existe plusieurs moments où la sage-femme peut informer de ces risques et de ces recommandations. Lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, la sage-femme évoque l'environnement de couchage que doit avoir le bébé lors de ses deux premières années. Elle peut alors réajuster les représentations, les croyances, les craintes des parents, les informations erronées de leur entourage. C'est un moment d'échange et de partage qui permet de préparer l'arrivée du nouveau-né dans un environnement sécurisé.

De plus, lors des visites à domicile au moment du PRADO, la sage-femme entre dans l'intimité du couple et peut observer les habitudes de vie et donc l'environnement du nouveau-né. Elle peut également ajuster et informer les parents si elle observe un éventuel facteur de risque de la MIN. Comme son nom l'indique, le PRADO est un programme d'accompagnement du retour à domicile, la sage-femme est donc là pour accompagner les parents dans leurs premiers pas au sein de leur nouvelle vie.

Mais surtout, la sage-femme est là dans les tous premiers moments de la naissance des nouveau-nés. L'information à la maternité sur la MIN est primordiale car elle permet de toucher toutes les femmes qui viennent d'accoucher, de toute classe socio-économique, de tout âge, de toute origine, de toute croyance. En effet, le PRADO et les séances de Préparation à la naissance ne sont pas suivis par tous les couples, contrairement à la maternité qui est un passage presque obligatoire. C'est pourquoi la sage-femme à la maternité est un maillon de la chaîne indispensable pour faire passer l'information de l'environnement de couchage des nourrissons.

Dans certaines maternités, notamment au CHR Metz-Thionville, site de Thionville, il n'y a pas de puéricultrice en suites de couche, les sages-femmes prennent en charge les mamans et les nouveau-nés. Leur rôle est donc multiple et central, en effet elle doit assurer la prévention des risques pour la maman et pour le bébé. L'information de prévention de la MIN devrait être incluse lors des conseils de sortie qu'elle donne à la maman. C'est pourquoi mon mémoire est monocentrique et ciblé sur la maternité de Thionville.

PARTIE II :

L'Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. PROBLEMATIQUE

La connaissance des mamans des recommandations sur les comportements à adopter afin d'éviter la MIN me paraissait primordiale, notamment à la sortie de la maternité. En effet, c'est à la sortie de la maternité que les parents, se retrouvant seuls, choisissent le meilleur environnement pour leur nouveau-né. Et c'est également à ce moment qu'ils prennent des habitudes de vie, de couchage, de sécurité. C'est donc pendant le séjour à la maternité que les professionnels de santé ont un devoir de former ces nouveaux parents afin qu'ils prennent tout de suite les meilleures habitudes en termes de sécurité pour leur enfant.

La problématique posée dans mon mémoire était « comment les informations données en suites de couches et les connaissances des mères impactent sur la prévention de la MIN à la sortie de la maternité du CHR Metz-Thionville, site de Thionville en 2019 ? »

1.2. OBJECTIFS

L'objectif principal de mon étude était d'évaluer la connaissance et les pratiques des femmes à la maternité sur la prévention de la MIN au CHR Metz-Thionville, site de Thionville en 2019 après les informations données par les professionnels de santé et notamment les sages-femmes.

Les objectifs secondaires qui découlaient de ma problématique étaient multiples :

- Décrire les clichés et représentations des femmes au sujet de la MIN.
- Décrire les informations données en maternité afin de diminuer la fréquence de la MIN.
- Faire une évaluation de l'application des recommandations
- Comparer les recommandations et la connaissance des femmes en suites de couche sur la MIN.

1.3. HYPOTHESES

Les hypothèses sur lesquelles je m'étais basée afin de réaliser mon étude étaient les suivantes :

- H1 : Les femmes possèdent déjà des connaissances sur la prévention de la MIN, avant leur séjour à la maternité.
- H2 : Les femmes sont informées par les sages-femmes pendant leur séjour à la maternité sur les comportements à avoir afin de prévenir la MIN.
- H3 : La durée de séjour des femmes est en corrélation avec l'obtention d'une prévention orale sur la MIN à la maternité.
- H4 : Les femmes mesurent l'importance de l'information donnée sur la prévention de la MIN
- H5 : L'information en maternité, afin d'éviter les risques de MIN, est comprise par les femmes.
- H6 : Les multipares ont plus de connaissances que les primipares en matière de prévention de MIN.

2. LA REALISATION DE L'ETUDE

2.1. LA POPULATION CIBLE

Critères d'inclusion :

La population cible incluait :

- Les femmes ayant accouché entre le 1er janvier 2019 et le 28 février 2019
- Les femmes ayant accouché au CHR Metz-Thionville, site de Thionville
- Les femmes comprenant le français
- Les femmes majeures

Critères de non inclusion :

La population cible pour mon étude n'incluait pas :

- Les femmes ayant accouché en dehors de la période choisie
- Les femmes ayant accouché hors du CHR Metz-Thionville, site de Thionville
- Les femmes ne comprenant pas le français
- Les femmes ne voulant pas participer à l'étude
- Les femmes mineures

2.2. LE LIEU DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, à la maternité de Bel Air à Thionville. C'est un établissement de niveau II qui réalise environ 2200 accouchements par an. J'ai choisi cet établissement pour réaliser mon étude car l'effectif du service de suites de couches se compose d'une sage-femme et de deux auxiliaires de puériculture. Par conséquent il n'y a pas de puéricultrice dans ce service, c'est donc aux sages-femmes de réaliser les soins aux nouveau-nés et à la maman et de leur délivrer les informations concernant leur santé et celle de leur enfant.

C'est pourquoi, la maternité de Bel Air à Thionville était un parfait lieu d'étude pour mon mémoire.

2.3. LA METHODE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et monocentrique sur les connaissances des mères et les informations données au service de maternité du CHR de Metz-Thionville, site de Thionville, au sujet de la prévention de la MIN en 2019.

2.4. LES CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal de cette étude était le nombre de réponses en faveur d'une bonne connaissance sur les risques de MIN.

Les critères de jugement secondaire de cette étude étaient :

- Nombre d'informations données par les sages-femmes concernant la prévention de la MIN.
- Nombre de mères donnant de l'importance à la prévention de la MIN à la maternité.
- Nombre de mères ayant déjà des connaissances sur la prévention de la MIN avant leur séjour à la maternité.
- Nombre de mères ayant reçu une information sur les recommandations sur la prévention de la MIN pendant leur séjour à la maternité.
- Nombre de mères ayant compris les recommandations sur la prévention de la MIN.
- Nombre de primipares ayant moins de connaissances que les multipares en matière de prévention de la MIN.

2.5. LE RECUEIL DE DONNEES

Le recueil de données a été réalisé par le biais d'un questionnaire distribué le dernier jour du séjour à la maternité aux patientes correspondant aux critères d'inclusion de cette étude. 100 questionnaires ont été distribués par les professionnels de santé et moi-même entre le 1^{er} janvier 2019 et le 28 février 2019. Les questionnaires étaient anonymes. Les données recueillies concernaient différents critères, tels que l'âge maternel, la catégorie socioéconomique et la parité des patientes interrogées.

2.6. LA MINIMISATION DES BIAIS

Dans le but de minimiser les biais, nous avons choisi de prendre seulement les questionnaires remplis au moins à 80%. De plus, nous avons préféré exclure les patientes ne parlant pas français afin d'éviter une incompréhension du questionnaire et donc des réponses faussées. Ensuite pour diminuer le biais méthodologique, nous avons évité l'excès de questions ouvertes dans le questionnaire qui peut provoquer une lassitude des sondés mais également une analyse plus difficile des résultats. Et enfin, les questionnaires anonymes permettaient aux personnes interrogées de répondre de manière plus franche, de ne pas se sentir jugées.

PARTIE III :

Les résultats

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

L'étude a été réalisée durant les mois de janvier et février 2019 dans les services de suites de couche du CHR Metz-Thionville, site de Thionville. Au cours de ces deux mois d'étude, 301 accouchements ont eu lieu dans cette maternité. Après avoir déposé 100 questionnaires dans le service, nous avons pu obtenir 62 réponses à l'enquête, parmi lesquelles 2 ont été exclues, ne répondant pas aux critères d'inclusion demandés. Notre population cible se composait donc de 60 patientes, ce qui correspond à environ 20% des patientes ayant accouché durant les deux mois d'étude.

1.1 AGE MATERNEL

Dans notre population de 60 patientes, la répartition d'âge était répartie ainsi :

- 8 patientes avaient un âge entre 18 et 25 ans soit 13,3% de la population étudiée.
- 48 patientes, entre 25 et 40 ans soit 80% de la population étudiée.
- 4 patientes, plus de 40 ans soit 6,6%.

1.2 PARITE

En ce qui concerne la parité des patientes qui avaient répondu aux questionnaires, elle se présentait ainsi :

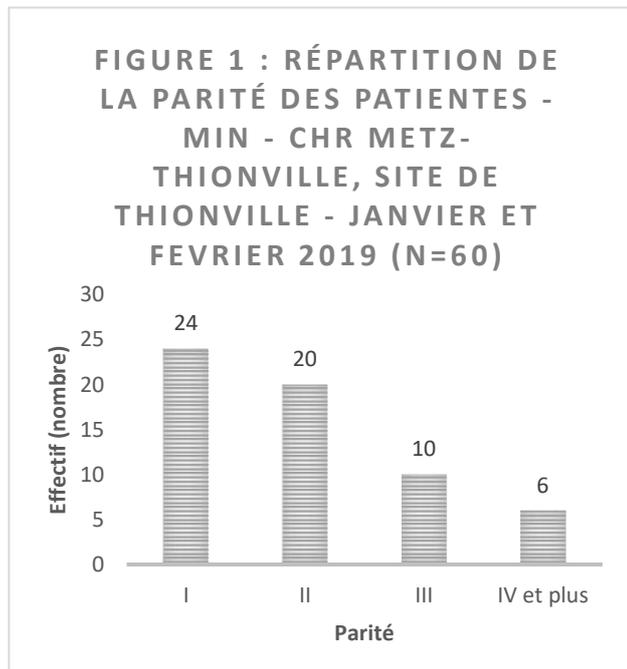
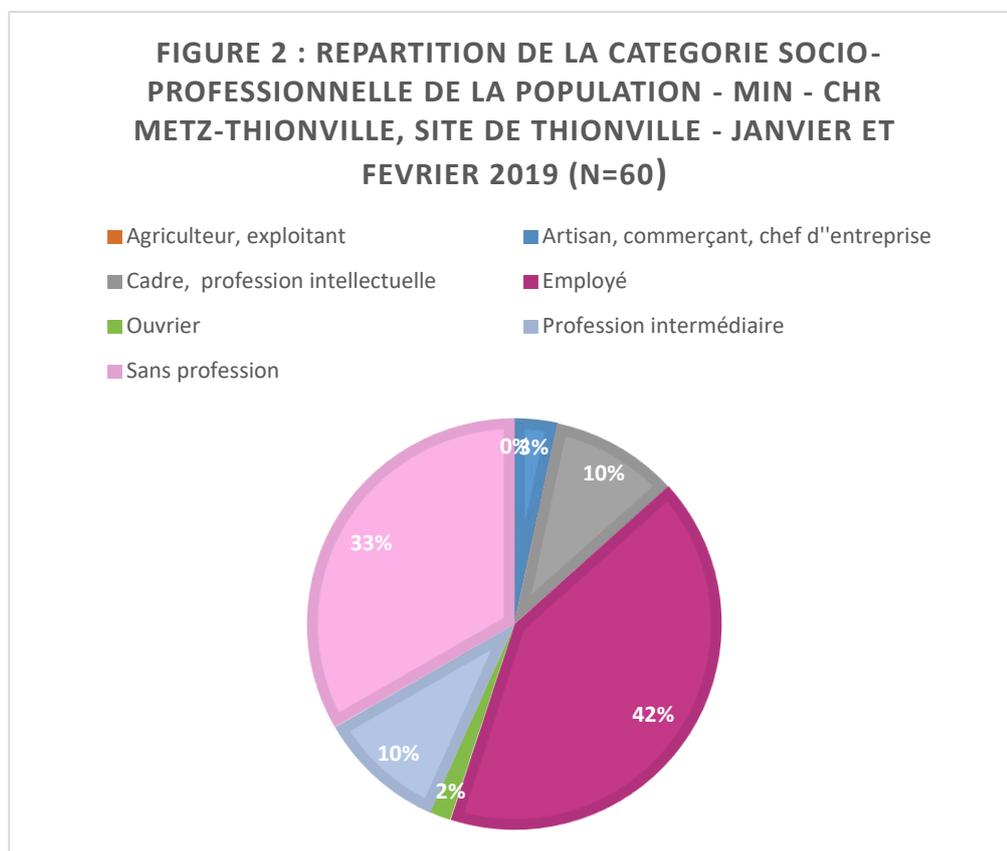


Tableau I : Répartition de la parité de la population étudiée, soit 60 patientes – MIN - CHR Metz-Thionville, site de Thionville - janvier et février 2019

Parité	Effectif (n=60)	Pourcentage (%)
I	24	40,00
II	20	33,33
III	10	16,66
IV et plus	6	10,00

1.3 CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Les patientes ont été réparties selon la nomenclature des professions et des catégories socio-professionnelles de l'institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). On constatait que la majorité des patientes interrogées correspondaient à la catégorie « employé » et 1/3 n'avaient pas de profession. (Figure 2)

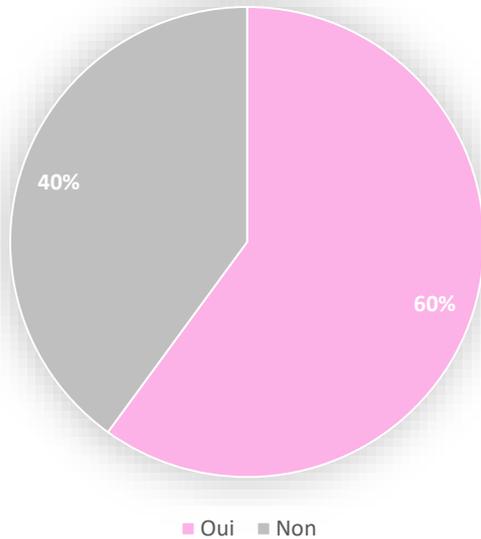


2. ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION RECUE AU SUJET DE LA MIN LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE

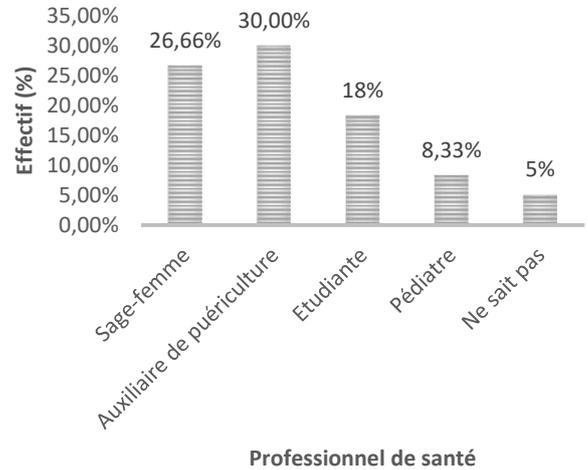
2.1 L'INFORMATION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Sur les 60 patientes qui avaient répondu au questionnaire, la majorité, soit 60% avaient reçu une information au sujet de la MIN par les professionnels de santé de la maternité de Thionville et 40% n'avaient reçu aucune information. (Figure 3). Nous avons également interrogé les patientes sur les professionnels de santé qui leur a délivré l'information : sur les 36 patientes ayant eu une information à la maternité, 44,44% ont été informées par la sage-femme du service, 50,00% ont été informées par l'auxiliaire de puériculture, 31,00% par une étudiante, 13,88% par le pédiatre et 8,33% ne savaient pas le statut de la personne qui leur a délivré cette information. (Figure 4)

FIGURE 3 : INFORMATION RECUE SUR LA MIN LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE - MIN - CHR METZ-THIONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=60)



PROFESSIONNELS DE SANTE AYANT DELIVRE L'INFORMATION SUR LA MIN - MIN - CHR METZ-THIONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=36)

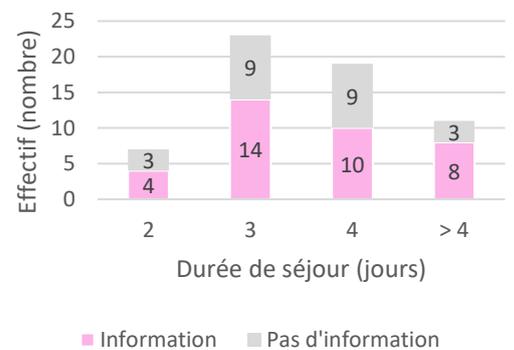


2.2 DUREE DE SEJOUR

Afin de comprendre s'il y avait une corrélation entre la durée de séjour à la maternité et l'information reçue, la question de leur durée de séjour a été posée aux patientes interrogées. (Figure 5)

- Sur les 7 patientes qui ont eu un séjour court de deux jours, 4 avaient reçu une information au sujet de la MIN par un professionnel de santé.
- Pour les 23 patientes ayant eu un séjour « classique » de 3 jours à la maternité, 14 avaient eu une information pendant leur séjour, soit 60%.
- En ce qui concernait les 19 mères ayant passé 4 jours à la maternité, 9 n'ont eu aucune information sur la MIN, ce qui correspondait à environ la moitié des patientes.
- Et enfin, sur les 11 patientes qui ont séjourné plus de 4 jours à la maternité, que nous pouvions qualifier de « long séjour », 8 mères avaient reçu des conseils sur les comportements à avoir pour éviter la MIN, ce qui fait 72,7% des patientes ayant passé un long séjour.

FIGURE 5 : L'INFORMATION RECUE SUR LA MIN A LA MATERNITE EN FONCTION DE LA DUREE DE SEJOUR - MIN - CHR METZ-THIONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=60)



2.3 QUALITE DE L'INFORMATION SELON LES PATIENTES

Dans ce paragraphe, nous avons réduit notre population aux patientes ayant reçu une information au sujet de la MIN lors de leur séjour à la maternité, ce qui nous fait une population étudiée de 36 patientes.

Sur les 36 patientes, 100% étaient satisfaites de l'information reçue, 100% disaient avoir compris toutes les informations données, et 100% de ces patientes avaient reçu des informations similaires à ce qu'elles avaient entendu, lu ou vu. Cependant, 3 patientes sur ces 36 trouvaient qu'elles n'ont pas été suffisamment informées.

Une échelle numérique de Likert de 0 à 10 était incluse dans le questionnaire, afin de savoir si les femmes avaient éprouvé de l'inquiétude après l'information donnée au sujet de la MIN. 0 correspondait à « L'information m'a rendue très inquiète » et le nombre 10 correspondait à « L'information ne m'a pas du tout rendue inquiète, au contraire, elle m'a rassurée ».

- 0 à 3 : Aucune patiente n'a trouvé que l'information était trop anxiogène.
- 4 à 6 : 11 patientes, soit 30% des patientes ayant reçu l'information étaient mitigées, et ne pouvaient affirmer si elles étaient rassurées ou inquiètes.
- 7 à 10 : 25 patientes sur 36, soit environ 70% ont été rassurées par l'information donnée.

2.4 UTILITE DE L'INFORMATION SELON LES PATIENTES

Une échelle numérique de Likert de 0 à 10 était également incluse dans le questionnaire afin de connaître le degré d'importance que donnaient les patientes à l'information donnée pendant le séjour à la maternité concernant la MIN. 0 correspondait à « Je trouve que c'est pas du tout important » et le nombre 10 correspondait à « je trouve que c'est vraiment très important ».

- 0 à 3 : Aucune patiente ne trouvait que l'information est inutile.
- 4 à 6 : Seulement 3 patientes sur 60, soit 5%, considéraient que l'information à la maternité n'était pas obligatoirement utile.
- 7 à 10 : 57 patientes sur 60, soit 95%, considéraient l'information vraiment très importante et nécessaire sur la MIN, lors du séjour à la maternité des nouveaux parents.

De plus, 6 patientes sur les 36 ayant eu une information lors du séjour à la maternité disaient avoir appris de nouveaux éléments. Et donc 30 patientes sur les 36, soit 83%, n'avaient pas appris de nouveaux éléments concernant les comportements à avoir afin d'éviter la MIN car elles connaissaient déjà toutes ces préventions.

3. ETAT DES LIEUX DE LA CONNAISSANCE DES PATIENTES SUR LA MIN

3.1 AVANT LE SEJOUR A LA MATERNITE

Sur les 60 patientes ayant répondu au questionnaire, 46 ont répondu avoir déjà entendu parler de la MIN avant leur séjour à la maternité, ce qui correspond à 77% (Figure 6). Et sur ces 46 patientes, nous retrouvons 67,40% qui en ont entendu parler sur internet, 26% dans les livres et magazines, 39,10% à la télévision, 10,80% grâce à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), 23,90% dans le carnet de santé, 10,80% grâce aux réseaux sociaux, 19,56% lors des cours de préparation à la naissance avec les sages-femmes libérales, 19,56 des patientes ont vu des affiches au sujet de la MIN, 6,52% grâce à un pédiatre, 41,30% ont eu des informations par leur entourage, 39,13% se rappelaient des informations qu'elles avaient reçues lors des précédentes grossesses, 36,95% ont eu des informations par leur sage-femme libérale et enfin 4,34% avaient des connaissances sur la MIN avant leur séjour à la maternité de par leurs études ou métiers. (Figure 7)

FIGURE 6 : CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LA MIN AVANT LA MATERNITE - MIN - CHR METZ-THONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=60)

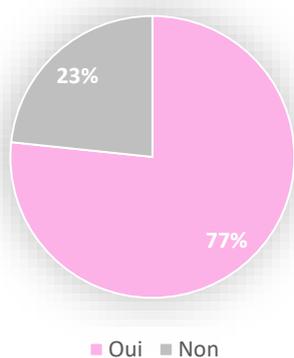
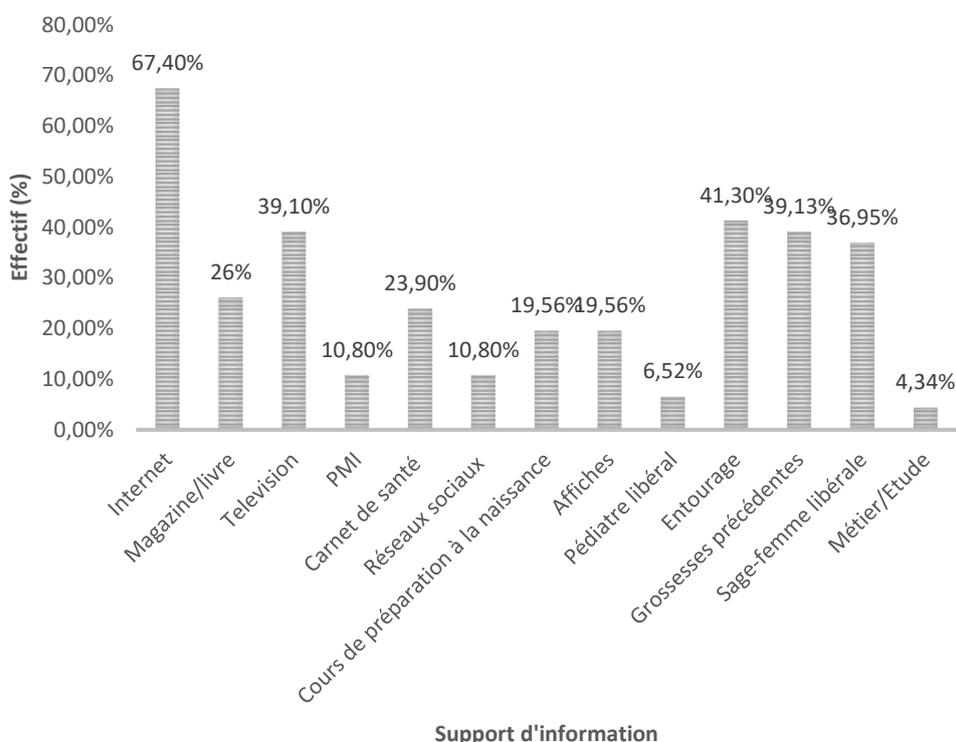


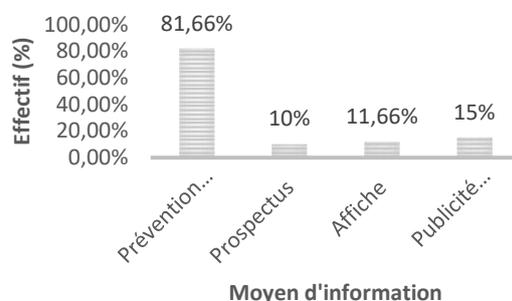
FIGURE 7 : TYPE D'INFORMATION SUR LA MIN - MIN - CHR METZ-THONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=46)



Dans le questionnaire, nous interrogeons les patientes sur les moyens de prévention auxquels elles étaient les plus réceptives. Plusieurs patientes ont répondu être attentives à plusieurs moyens, nous avons donc obtenu les résultats suivants (Figure 8) :

- 81,66% des patientes étaient réceptives à une prévention orale par un professionnel de santé.
- 10% préféraient recevoir l'information sur un prospectus.
- 11% des patientes étaient sensibles aux affiches délivrant un message de prévention.
- 15% des patientes interrogées préféraient la prévention dans des publicités télévisées.

FIGURE 8 : MOYEN D'INFORMATION PREFERE PAR LES PATIENTES - MIN - CHR METZ-THIONVILLE, SITE DE THIONVILLE - JANVIER ET FEVRIER 2019 (N=60)



3.2 EN SORTANT DE LA MATERNITE

Afin de savoir si les femmes connaissaient et allaient appliquer les recommandations concernant la MIN, nous avons interrogé les patientes sur les pratiques qu'elles allaient appliquer à la maison. Nous avons reporté les informations dans le tableau II en fonction de plusieurs caractéristiques de la population étudiée, tels que la parité, l'âge et la catégorie socio-professionnelle.

Tableau II : Connaissances et applications de 60 femmes concernant la MIN à la sortie de la maternité en fonction de leur âge, parité, et catégorie socio-professionnelle- CHR Metz-Thionville, site de Thionville – Janvier et février 2019 (N=60)

	Dos Effectif (%)	Dans son propre lit Effectif (%)	Seulement une turbulette Effectif (%)	Dans la chambre parentale Effectif (%)	T° entre 18 et 20 Effectif (%)	Pas de tabac dans la maison Effectif (%)	6 réponses précédentes correctes Effectif (%)
<u>Effectif total (n=60)</u>	60 (100,00)	50 (83,33)	43 (71,66)	34 (56,66)	51 (85,00)	55 (91,66)	14 (23,33)
<u>Age (n=60)</u>							
18-25 ans (n= 8)	8 (100,00)	7 (87,50)	6 (75,00)	5 (62,50)	7 (87,50)	6 (75,00)	2 (25,00)
25-40 ans (n= 48)	48 (100,00)	39 (81,25)	33 (68,75)	26 (54,16)	41 (85,41)	45 (93,75)	9 (18,75)
>40 ans (n= 4)	4 (100,00)	4 (100,00)	4 (100,00)	3 (75,00)	3 (75,00)	4 (100,00)	3 (75,00)
<u>Parité (n=60)</u>							
I (n= 24)	24 (100,00)	19 (79,16)	18 (75,00)	11 (45,83)	20 (83,33)	22 (91,66)	4 (16,66)
II (n= 20)	20 (100,00)	17 (85,00)	14 (70,00)	13 (65,00)	17 (86,00)	18 (90,00)	5 (25,00)
III (n= 10)	10 (100,00)	9 (90,00)	8 (80,00)	6 (60,00)	8 (80,00)	9 (90,00)	3 (30,00)
IV et plus (n=6)	6 (100,00)	6 (100,00)	4 (66,66)	4 (66,66)	5 (83,33)	6 (100,00)	2 (33,33)
<u>Profession (n=60)</u>							
Artisan, commerçant (n= 2)	2 (100,00)	2 (100,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	2 (100,00)	0 (0,00)
Profession intermédiaire (n= 6)	6 (100,00)	4 (66,66)	5 (83,33)	3 (50,00)	5 (83,33)	6 (100,00)	2 (33,33)
Cadre (n= 6)	6 (100,00)	5 (83,33)	5 (83,33)	3 (50,00)	6 (100,00)	6 (100,00)	1 (16,66)
Employé (n= 25)	25 (100,00)	21 (84,00)	16 (64,00)	15 (60,00)	21 (84,00)	22 (88,00)	6 (24,00)
Ouvrier (n= 1)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)
Sans profession (n= 20)	20 (100,00)	16 (80,00)	15 (75,00)	15 (75,00)	15 (75,00)	18 (90,00)	7 (35,00)

PARTIE IV :

La discussion

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1 LA MIN CONNUE DES FEMMES AVANT LA MATERNITE

1.1.1 L'EFICACITE DES CAMPAGNES DE PREVENTION

La MIN est un sujet très présent depuis les années 90 sur différents supports de communication comme des spots publicitaires, des affiches, des dépliants distribués à la maternité, des vidéos sur les réseaux sociaux, la page dédiée à ce sujet sur le carnet de santé. Après ces campagnes de prévention, une baisse significative de 75% des cas de décès a été constatée, nous pouvons donc penser que tout le monde, de nos jours, a entendu parler de la MIN. Dans notre population étudiée, 77% des femmes avaient entendu parler de la MIN avant leur séjour à la maternité. Les connaissances ont été acquises en majorité par internet, la télévision, l'entourage, la sage-femme libérale, l'entourage et les grossesses précédentes. Nous retrouvons non loin derrière les magazines ou livres, le carnet de santé, les affiches et les cours de préparation à la naissance. Ces résultats nous montrent l'efficacité des actions de santé publique menées.

Cependant, d'après notre étude, 23% des femmes interrogées n'avaient jamais eu connaissance de la MIN avant la maternité (Figure 6). Cela veut dire que malgré toutes les campagnes de prévention initiées depuis 1994, il reste encore pratiquement 1 mère sur 4 qui n'a jamais entendu parler de la MIN avant la maternité, ce qui reste un taux non négligeable et inquiétant de nos jours.

1.1.2 LA PREVENTION ORALE PREFEREE PAR LES PATIENTES

De plus, nous avons posé la question aux patientes sur le moyen de prévention dont elles étaient le plus sensibles. Nous constatons que 81,66% des patientes (Figure 8) étaient plus réceptives à la prévention orale. C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner la distribution de dépliants ou du carnet de santé par des explications orales visant à s'assurer de la compréhension et de la prise de connaissance des comportements à adopter pour la sécurité de leurs enfants. Nous pouvons également imaginer des séances organisées par les professionnels de santé sur les accessoires de puériculture en suites de couches, comme c'est le cas au CHR Metz-Thionville, site de Mercy, afin d'expliquer aux parents l'environnement favorable pour que leur enfant dorme en tout sécurité.

Dans une publication dans le JO Sénat du 07/01/1998, le ministère de la santé confirmait « *Il semble que la mort subite du nourrisson touche maintenant plus souvent les familles défavorisées. Cela s'explique peut-être par le fait que ces familles ont moins facilement accès aux conseils de prévention diffusés dans le carnet de santé et par les médias. Il est donc primordial que ces mesures simples de puériculture et, notamment, celle concernant la position dorsale de sommeil, soient expliquées aux parents et commentées avec eux à la remise du carnet et lors des visites obligatoires du nourrisson, à la PMI par exemple.* » [25]. Afin de continuer à sensibiliser les futurs parents et professionnels de santé, en septembre 2018 a eu lieu la semaine nationale de prévention de la Mort Inattendue du

Nourrisson. Plusieurs journées de prévention ouvertes à tous se sont déroulées en Lorraine animées par l'équipe des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy et l'association Les Rires d'Anna qui visaient à informer sur les mesures de prévention pour un couchage sans risque. [32]

L'hypothèse n°1 « Les femmes possèdent déjà des connaissances sur la prévention de la MIN, avant leur séjour à la maternité » doit donc être nuancée à 3 femmes sur 4 seulement.

1.2 UNE INFORMATION SUR LA MIN ENCORE INSUFFISAMMENT DONNÉE À LA MATERNITÉ

1.2.1 LA PRÉVENTION FAITE MAJORITAIREMENT PAR LES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE ET LES SAGES-FEMMES

Notre principal objectif était d'évaluer les connaissances des femmes à la maternité sur la MIN après une information donnée par les professionnels de santé et notamment les sages-femmes. L'information est définie dans le dictionnaire Larousse comme « *tout événement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours, de sons* » « *action d'informer quelqu'un, un groupe, de le tenir au courant des événements* » [33]. L'information est un droit fondamental et une obligation pour les professionnels de santé de la délivrer afin que les mères prennent leurs décisions en pleine conscience des conséquences.

Plus particulièrement, les sages-femmes ont comme compétences et comme devoirs l'accompagnement des parents à la parentalité, la prévention, l'information et l'éducation thérapeutique des femmes. Une campagne de communication sages-femmes a été lancée en 2016 par le ministère de la santé afin de faire connaître les compétences des sages-femmes à tous. Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, lors de la conférence de presse du mercredi 22 juin 2016, insiste sur les compétences des sages-femmes et évoque la place de la sage-femme dans la politique de prévention. [34] Lors de cette campagne d'information, des dépliants et affiches ont été créés toujours dans le but de faire connaître les compétences des sages-femmes à tout le monde. Dans un des dépliants distribués, le ministère de la santé rappelle que « la sage-femme informe les femmes et les couples sur les comportements à risque qui peuvent nuire à leur santé ou à celle de leur enfant. » [35]

Lors de notre travail, 60% des femmes interrogées ont déclaré avoir reçu des informations par un professionnel de santé concernant les comportements à adopter afin d'éviter la MIN pendant leur séjour à la maternité. Nous avons pu remarquer que l'information a été délivrée majoritairement par les auxiliaires de puériculture du service à hauteur de 50,00%. Viennent ensuite les sages-femmes, qui ont été actrices de la prévention pour 44,44% des femmes. (Figure 4) À la suite de ces résultats, la question que nous nous posons est : quelle est la place de la sage-femme par rapport aux auxiliaires de puériculture concernant l'environnement et la sécurité du nouveau-né ? En effet,

l'auxiliaire de puériculture a également les compétences pour accueillir, informer et accompagner l'enfant et sa famille. En effet, l'auxiliaire de puériculture, en suites de couches, a un rôle d'éducation et d'information, elle doit éduquer les parents à la réalisation des soins, des toilettes, donner des conseils aux familles sur l'hygiène de la vie courante et notamment la sécurité domestique. Le rôle de prévention relative à la MIN en suites de couches est donc partagé entre la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture. Il est nécessaire qu'elles travaillent en étroite collaboration et en équipe, le principal étant que l'information soit donnée peu importe par quel professionnel de santé.

Néanmoins, nous avons pu observer que 40% des femmes ayant séjourné à la maternité du CHR de Thionville n'avaient eu aucune information durant leur séjour (Figure 3), cela nous amène à nous poser plusieurs questions : Connaissent-elles les recommandations concernant la MIN ? Quelqu'un va-t-il leur en parler en dehors de la maternité ? Afin de répondre à toutes ces questions, un autre mémoire pourrait être intéressant sur les objectifs professionnels en suites de couches.

L'hypothèse n°2 est donc à nuancer, les femmes sont informées majoritairement par les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture pendant leur séjour à la maternité sur les comportements à avoir afin de prévenir la MIN. Cependant, la prévention à la maternité ne concerne que 3 femmes sur 5 ce qui reste encore trop insuffisant pour cette thématique. Il serait peut-être nécessaire et bénéfique de préciser si l'information sur la MIN a pu être donnée ou non, lors des transmissions entre les équipes de jour et de nuit afin qu'elle ne soit pas oubliée. Si les équipes de suites de couches n'a pas eu le temps de délivrer les informations de sécurité pour le nouveau-né, il serait intéressant que le relai par la sage-femme libérale soit fait pour éviter de passer à côté d'une éventuelle prévention qui pourrait encore diminuer le nombre de décès par an dû à la MIN.

1.2.2 LA DUREE DE SEJOUR SANS LIEN AVEC L'OBTENTION DE LA PREVENTION SUR LA MIN

En ce qui concerne la durée de séjour des patientes, nous sommes tentés de penser que plus les femmes restent longtemps à la maternité plus elles ont de chances d'avoir un professionnel de santé qui leur délivre des informations sur la MIN au cours de leur séjour.

Cependant durant notre étude, cette hypothèse n°3 « La durée de séjour des femmes est en corrélation avec l'obtention d'une prévention orale sur la MIN à la maternité. » ne peut pas être affirmée. En effet, nous avons obtenu les résultats suivants :

- 57% des femmes ayant séjourné 2 jours ont eu l'information sur la MIN.
- 60% des femmes ayant passé 3 jours ont eu une prévention sur la MIN pendant leur séjour à la maternité.
- 52% des femmes ayant séjourné 4 jours ont reçu la prévention relative à la MIN.
- 72,7% des femmes restées plus de 4 jours l'ont reçue. (Figure 5)

Nous ne pouvons donc pas conclure à une éventuelle corrélation entre la durée de séjour et l'obtention d'une information au sujet de la MIN.

Néanmoins, la durée de séjour ne devrait pas être un facteur influençant sur le fait d'obtenir ou non l'information relative à la MIN. Une femme restant 24 heures ou 12 jours dans le service de suites de couches devrait avoir eu la prévention sur la MIN avant de sortir de la maternité. La prévention est obligatoire et non facultative, elle ne devrait pas être dépendante du professionnel de santé, dépendante du temps, dépendante de la durée de séjour.

1.3 DES FEMMES RASSUREES ET CONSCIENTES DE L'IMPORTANCE DE LA PREVENTION DE LA MIN A LA MATERNITE

La MIN peut être un sujet sensible et source d'inquiétude et d'anxiété pour les nouveaux parents, il est nécessaire que la sage-femme utilise des termes appropriés et qu'elle n'ait pas peur d'en parler malgré ce difficile sujet. François Bourdillon déclare dans le traité de prévention de 2009 que « *la prévention doit être comprise comme une pratique et une pensée qui se construisent en alliance et en délicatesse entre famille et professionnels.* » [36]

Dans notre étude, 70% des femmes ont été rassurées par l'information donnée en maternité, et 30% étaient mitigées et ne pouvaient pas affirmer si elles étaient rassurées ou inquiètes. Plus de 2 femmes sur 3 ont donc été rassurées par les explications données par les professionnels de santé, ce qui démontre bien que même si le sujet est délicat, les femmes se sentent en majorité apaisées et nous devons d'en parler. La MIN ne doit pas être un sujet tabou, les patientes ressentent le besoin d'être encadrées et conseillées afin qu'elles soient sûres de leurs gestes pour assurer la sécurité de leur enfant au maximum.

Nous pouvons également constater que 57 patientes, sur les 60 de la population étudiée, considéraient l'information vraiment très importante et nécessaire sur la MIN lors du séjour à la maternité. Ce qui correspond à 95% des personnes interrogées. De plus, 6 patientes sur les 36 ayant eu une information lors du séjour à la maternité disaient avoir appris de nouveaux éléments. Elles évoquaient notamment :

- L'utilisation d'un matelas dur
- La température de la chambre et l'incidence du tabac sur le risque de MIN
- La dangerosité des tours de lit
- Le doudou devait être au niveau des pieds
- La fréquence de la MIN entre 0 et 6 mois
- La position de couchage idéale était sur le dos.

Même si 83,33% des patientes n'ont rien appris de nouveau, un rappel n'est jamais de trop.

L'hypothèse n°4 « Les femmes mesurent l'importance de l'information donnée sur la prévention de la MIN » peut donc être affirmée.

1.4 DES CONNAISSANCES A APPROFONDIR A LA SORTIE DE LA MATERNITE

1.4.1 DES CONNAISSANCES ASSIMILEES ET APPLIQUEES

Après la maternité, les jeunes parents rentrent à leur domicile et mettent en place les conseils appris à la maternité, mais ont-ils tout retenu ? Ont-ils tout compris ? Ce sont les questions que nous nous sommes posés concernant la MIN, si les parents avaient entendu, compris, assimilé les recommandations de couchage, les recommandations environnementales pour mettre leur bébé en sécurité. Nous avons donc interrogé les femmes sur l'environnement dans lequel va dormir leur bébé. Nous avons constaté que toutes les femmes interrogées, soit 100% d'entre-elles, vont coucher leur bébé sur le dos ce qui est très encourageant sur l'impact des campagnes de prévention auprès des jeunes femmes.

Ensuite, en ce qui concerne l'environnement de couchage, nous retrouvons :

- 83,33% des mères sondées vont coucher leurs enfants dans leur propre lit
- 71,66% mettront seulement une turbulette durant le couchage de leur bébé
- 56,66% des parents coucheront leur enfant dans la chambre parentale
- 85% des femmes savent qu'il faut que la température de la chambre soit entre 18 et 20°C
- 91,66% ne fument pas à l'intérieur de la maison.

Nous pouvons donc constater que dans la grande majorité des cas, les patientes appliquent et connaissent les conseils de couchage afin d'éviter la MIN. (Tableau II)

Néanmoins, nous avons remarqué que seules 16,66% des primipares connaissent la totalité des recommandations pour la MIN (Tableau II) contre 27,77% des multipares. Nous pouvons expliquer cela sans doute par l'expérience des grossesses précédentes pour ces femmes. En effet, les multipares ont eu plusieurs possibilités d'être plus informées que les primipares, elles ont certainement eu :

- Plusieurs cours de préparations à la naissance.
- Plusieurs consultations avec le pédiatre.
- Plusieurs séjours à la maternité.
- Plusieurs documents de prévention notamment le carnet de santé.

D'après notre enquête, nous pouvons donc affirmer l'hypothèse n°6 « Les multipares ont plus de connaissances que les primipares en matière de prévention de MIN. »

1.4.2 MAIS DES CONNAISSANCES ENCORE INCOMPLETES

Cependant, seulement 25% des femmes questionnées (Tableau II) ont répondu correctement à la totalité des questions posées. L'interrogation que nous nous posons est : Est-ce qu'elles connaissent les recommandations mais ne veulent pas les appliquer ou est-ce qu'elles n'ont pas assimilé toutes les recommandations ? L'information est le fait de délivrer des connaissances aux personnes. L'éducation elle, est définie par l'OMS comme « *ensemble d'activités, d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin.* » [37]. Il est donc essentiel d'accompagner la remise de dépliants et du carnet de santé avec des explications orales afin d'être certain que les femmes ont pris connaissance des recommandations. C'est pourquoi dans le doute, il est nécessaire que l'information mais également l'éducation sur la MIN soient réalisées à la maternité par les professionnels de santé et notamment les sages-femmes.

L'hypothèse n°5 « *L'information en maternité, afin d'éviter les risques de MIN, est comprise par les femmes.* » ne peut donc pas être complètement affirmée car seulement 1 femme sur 4 connaît et applique l'intégralité des recommandations.

2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

2.1 POINTS FORTS DE L'ETUDE

Une étude par questionnaire a plusieurs avantages. Tout d'abord, les questionnaires n'ont pas de facteurs-temps, il n'y a donc pas de pressions et les patientes peuvent prendre leur temps pour répondre aux questions. De plus, ils permettent de garder les réponses totalement anonymes et nous espérons avoir plus d'honnêteté dans les réponses que si nous les avions interrogées.

Le principal inconvénient des questionnaires est le fait que nous ne pouvons pas capter pleinement les réponses émotionnelles ou les sentiments des personnes sondées. Néanmoins, le point fort de cette étude est que nous avons utilisé des échelles de Likert qui permettent d'affiner et d'évaluer la force des sentiments.

Le sujet de la MIN est un sujet tabou, il est donc important de s'en préoccuper et d'en parler. Ce mémoire a permis de mettre en avant le fait que les femmes ressentent l'envie et le besoin d'être informée sur la MIN et qu'elles réalisent l'importance de cette thématique.

2.2 POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

Notre étude présente certaines limites.

L'effectif insuffisant de notre population étudiée est un point faible de l'étude. En effet sur 301 accouchements à la maternité de Thionville en deux mois, nous n'avons récolté que 60 questionnaires exploitables. 60 réponses représentent un trop petit échantillon, ce qui rend difficile toute

généralisation. De plus, l'étude a été réalisée uniquement sur des patientes ayant accouché au CHR de Metz-Thionville, site de Thionville. Ce choix a permis de faciliter le déroulement de l'étude mais les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population.

Ensuite, notre étude comporte de nombreux biais. Pour commencer, un questionnaire rempli trop tôt durant le séjour à la maternité comporte un biais d'information important, en effet l'information concernant la MIN peut être délivrée lors des conseils de sortie le dernier jour de la maternité. Afin de limiter ce biais d'information, la plupart des questionnaires ont été distribués par mes soins, cependant pour des raisons d'organisation, et ne pouvant pas être présente chaque jour à la maternité, certains questionnaires ont été distribués par les professionnels de santé du service de suites de couches. Ceux-ci ont été informés qu'il était nécessaire de les distribuer le jour de sortie des patientes, mais nous ne pouvons pas être certains du respect de ces modalités.

Par rapport au questionnaire à proprement dit, les questions ouvertes n'ont, pour la grande majorité, pas été remplies par les patientes ce qui ne nous a pas permis d'analyser correctement certaines questions, c'est pourquoi des questions n'ont pas été exploitées dans la partie résultat et aurait pu être évitées.

Puis, réaliser un mémoire sur un sujet tabou telle que la MIN est un point fort mais également un point faible. Les patientes n'ayant pas répondu avaient peut-être ressenti de la peur ou alors au contraire n'étaient pas assez sensibilisées. En effet, bien que les questionnaires soient totalement anonymes, le sujet de la MIN est délicat et sensible ce qui peut engendrer de fausses réponses afin de respecter ce qui est socialement acceptable et également pour protéger leur vie privée. De plus, nous ne pouvons pas être certains que les patientes interrogées ont répondu honnêtement et sans aide aux questions.

2.3 OUVERTURE : POINTS D'AMELIORATION

Afin d'améliorer et compléter ce mémoire, il aurait été intéressant de connaître l'avis des sages-femmes concernant la prévention de la MIN en suites de couches, savoir leur point de vue sur leur rôle et leur place dans la prise en charge et la prévention relatives au nouveau-né, notamment sur la MIN. En effet, si les rôles des professionnels de santé en suites de couches étaient clairement définis concernant le nourrisson, des sujets, telle que la MIN, ne seraient peut-être pas oubliés.

De plus, il serait enrichissant de réaliser l'état des lieux des connaissances des sages-femmes au sujet des recommandations afin d'éviter la MIN, de savoir ce qu'elles conseillent aux femmes et la manière dont elles abordent le sujet sans effrayer les patientes.

Ensuite, dans la construction du questionnaire, des items ont été oubliés notamment dans la catégorie socio-professionnelle, une case « étudiante » aurait pu être ajoutée.

CONCLUSION

Cette étude menée auprès de 60 accouchées du CHR Metz-Thionville, site de Thionville, nous a fait prendre conscience du manque d'informations délivrées à la maternité par les professionnels de santé concernant la MIN car près d'une femme sur quatre n'a jamais entendu parler de ce problème de santé publique avant son accouchement.

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer la connaissance des femmes à la maternité sur la prévention de la MIN après information par les professionnels de santé. Nous avons pu mettre en évidence que les femmes connaissaient pour la plupart la MIN avant la maternité. De plus, nous remarquons également qu'à la sortie de la maternité la majorité des femmes a compris et déclare appliquer les recommandations concernant la MIN, cependant encore trop peu de femmes connaissent l'intégralité des recommandations ce qui peut révéler un manque d'informations.

200 décès par MIN pourraient encore être évités. Il est donc nécessaire et essentiel que les professionnels de santé et notamment les sages-femmes ne relâchent pas la prévention à ce sujet. Il est primordial qu'elles informent, accompagnent et surtout éduquent les femmes dans leur rôle de mère afin de sécuriser au mieux leur enfant avant leur retour à la maison. Une question est néanmoins à soulever.

Pour finir, nous pouvons nous demander si ce que nous considérons comme un manque d'information par le personnel n'est pas plutôt un manque d'effectif au sein de l'hôpital et donc un manque de temps. Un relai avec la sage-femme libérale qui réalise une visite à la maison après le retour à domicile serait peut-être un bon compromis afin d'éviter que certains couples n'aient aucune information concernant la MIN.

Une réflexion pourrait être menée et concerne la place et le rôle de la sage-femme en suites de couches concernant le nouveau-né.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] INVS. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans, [en ligne]. (Consulté le 20/03/18). Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
- [2] HAS Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) Argumentaire, [en ligne]. (Consulté le 03/05/18). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_mort_inattendue_nourrisson.pdf
- [3] SAMU. Mort Inattendue du Nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 20/03/19). Disponible sur : <http://samu69.com/wp-content/uploads/2017/12/MIN-9eme-RASPED-octobre-2017.pdf>
- [4] HAL. Prévention de la mort subite et inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 03/05/18). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412737/document>
- [5] Naitre et vivre. L'association Naitre et Vivre, [en ligne]. (Consulté le 20/03/18). Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/association-naitre-et-vivre/>
- [6] Naitre et vivre. Recommandations pour prévenir la mort inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 20/03/18). Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/mesures-prevention-min/>
- [7] Campus Cerimes. La mort inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 20/03/18). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/MIN_bis/site/html/cours.pdf
- [8] Chabernaude JL, Lelong-Tissier MC, Monin P, Diependaele JF, Daussac E, Briand E, Lapeyre D, Abazine A, Bouguin MA. Journées Scientifiques de SAMU de France. 05-06-07 octobre 2005 ; Lille, France. Lille : Société Française d'Éditions médicales ; 2006.
- [9] HAS Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans), [en ligne]. (Consulté le 20/03/18). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf
- [10] Sussex Joint Agency. Unexplained child deaths. Sussex Joint Agency protocol. East Sussex: Sussex Police; 2000.
- [11] Naitre et vivre. Centres de référence de la MIN, [en ligne]. (Consulté le 29/06/18). Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/centres-de-referance-min/>
- [12] Lévy G. L'histoire de la mort subite du nourrisson. Les tribunes de la santé. 2008 ; 3(20) : 39-43.
- [13] Libération. Mort subite du nourrisson : -58%, [en ligne]. (Consulté le 3/02/2019). Disponible sur : https://next.liberation.fr/vous/1996/07/02/mort-subite-du-nourrisson-58-le-couchage-sur-le-dos-ardemment-conseille-depuis-deux-ans-fait-ses-pre_178122

- [14] Sénécal J, Roussey M, Bouvier-Colle MH, Hatton F, Paclot C. A propos de la mort subite du nourrisson. *Population*. 1998 ; 4 : 841-6.
- [15] American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics*. 2001 ; 107(2) : 437-41.
- [16] Reseauperinatmed. Mort inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 26/09/18). Disponible sur : http://www.reseauperinatmed.fr/download/documents_corte/garcia-MIN-CORTE-002062016.pdf
- [17] Fara N. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Lyon. Université de Lyon. 2016 ; 40p.
- [18] Vaccination Info Service.fr. Histoire d'une polémique : Vaccination et Mort Inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 26/09/18). Disponible sur : <http://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Controverses/Mort-inattendue-du-nourrisson>
- [19] American Academy of Pediatrics. Apnea, sudden infant death syndrome, and home monitoring. Committee on Fetus and Newborn Policy statement. *Pediatrics*. 2003 ; 111(4) : 914-7.
- [20] CHU Angers. Centre de référence sur la mort inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 26/09/19). Disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/centres-de-reference-de-ressources/centre-de-reference-sur-la-mort-inattendue-du-nourrisson-56177.kjsp>
- [21] Cotasson E. Evaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens. [Thèse de doctorat]. Faculté de médecine Xavier-Bichat. Université de Paris Diderot-Paris 7. 2010 ; 77p.
- [22] Solidarites-santé.gouv.fr. Carnet de santé, [en ligne]. (Consulté le 26/09/18). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
- [23] Solidarites-sante.gouv.fr. Nouveau carnet de santé de l'enfant, [en ligne]. (Consulté le 26/09/18). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>
- [24] Naitre et Vivre. Ressources et supports de prévention de la mort inattendue du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 26/09/18). Disponible sur : http://naitre-et-vivre.org/ressources-supports-prevention-min/?preview_id=8075
- [25] Sénat. Bilan de la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 12/01/19). Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/1998/qSEQ980910827.html>
- [26] Naitre et Vivre. Spot de prévention de la mort subite du nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 12/01/19). Disponible sur : <http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/spot-prevention-mort-subite-nourrisson/>

- [27] CHU Saint-Etienne. Réseau périnatal Loire nord Ardèche : ELENA – Professionnels de santé, [en ligne]. (Consulté le 12/01/19). Disponible sur : <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/elena/pro/Accueil.asp>
- [28] CHU réseau. Mort inattendue du nourrisson : 1mn de prévention via les réseaux sociaux, [en ligne]. (Consulté le 29/06/18). Disponible sur : <https://www.reseau-chu.org/article/mort-inattendue-du-nourrisson-1-mn-de-prevention-via-les-reseaux-sociaux/>
- [29] Ordre de sages-femmes. Les compétences des sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 12/01/19). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [30] Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes, [en ligne]. (Consulté le 13/01/19). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/>
- [31] Ordres des sages-femmes. La loi de santé a été publiée au journal officiel, [en ligne]. (Consulté le 13/01/19). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-loi-de-sante-a-ete-publiee-au-journal-officiel/>
- [32] CHR Metz-Thionville. Semaine nationale de prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 13/01/19). Disponible sur : <https://www.chr-metz-thionville.fr/les-actualites-du-chr/semaine-nationale-de-prevention-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson>
- [33] Larousse. Information, [en ligne]. (Consulté le 13/01/19). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993>
- [34] Ordres sages-femmes. Intervention de Marisol Touraine, [en ligne]. (Consulté le 06/05/2019). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/06/16-06-22-Intervention-MT-Conf%C3%A9rence-de-presse-sages-femmes.pdf>
- [35] Solidarités santé gouv. Dépliant sage-femme, [en ligne]. (Consulté le 06/05/2019) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_sage-femme_bd.pdf
- [36] Bourdillon F. Traité de prévention. Paris : Lavoisier msp ; 2009.
- [37] Cespharm. L'éducation pour la santé : quels concepts?, [en ligne]. (Consulté le 25/04/19). Disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

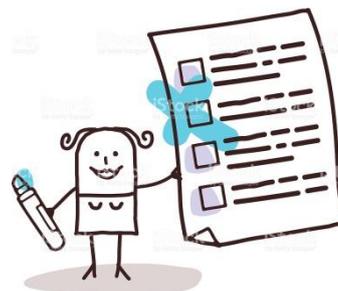
Annexe II : Prévention de la MIN dans le nouveau carnet de santé [22]

Annexe III : Affiche de prévention de la MIN de l'association Naitre et Vivre et APMS [24]

Annexe IV : Dépliant de prévention disponible en pharmacie de l'association Naitre et Vivre et APMS. [24]

Annexe V : Dépliant sages-femmes lors de la campagne de communication de 2016 du ministère de santé. [35]

QUESTIONNAIRE



Mesdames,

Je suis Elisa Boyer, étudiante sage-femme en 5^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN). Le taux de Mort Inattendue du Nourrisson a nettement diminué depuis 30 ans grâce aux actions de prévention mises en place. Ainsi, la sortie de maternité, où la prévention peut être abordée, est un moment clé pour informer les parents sur les recommandations afin de diminuer les facteurs de risque. C'est pourquoi je souhaite réaliser une étude sur l'information donnée à la maternité par les sages-femmes du CHR, site de Thionville, au sujet des comportements à adopter afin de prévenir la Mort inattendue du nourrisson.

A cette fin, je vous sollicite afin de répondre à un bref questionnaire sur les conseils qui vous a été donnée pendant votre séjour à la maternité sur la mort inattendue du nourrisson. Ce questionnaire est totalement anonyme et détruit après la réalisation du mémoire et n'a pas pour vocation de porter un jugement.

Je vous remercie par avance du temps que vous m'aurez accordé à remplir ce questionnaire et, pour votre participation qui sera une grande aide pour l'aboutissement de mon mémoire.

1. QUEL AGE AVEZ-VOUS ?

- <18 ans 18- 25 ans 25 - 40 ans >40 ans

1. COMBIEN AVEZ-VOUS D'ENFANTS ? ET QUEL AGE ONT-ILS ?

.....

2. QUELLE EST VOTRE CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ?

- Agriculteur exploitant Artisan, commerçant, chefs d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure Profession intermédiaire (*)
 Employé Ouvrier Sans profession

(*) instituteurs, fonctionnaires, employés administratifs, personnels de services, clergé

3. COMBIEN DE JOURS ETES VOUS RESTEE A LA MATERNITE, APRES L'ACCOUCHEMENT ?

- 2 jours 3 jours 4 jours > 4 jours

4. EN DEHORS DE LA MATERNITE, AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DES COMPORTEMENTS A ADOPTER POUR LA PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ?

- Oui Non

SI OUI, PAR QUEL(S) MOYEN(S) ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux | <input type="checkbox"/> Entourage |
| <input type="checkbox"/> Magazine/Livre | <input type="checkbox"/> Cours de préparation à la naissance | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Affiches | <input type="checkbox"/> Grossesses précédentes |
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> Pédiatre libéral | <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale |
| <input type="checkbox"/> Carnet de santé | <input type="checkbox"/> Autre : | |

QUE SAVIEZ-VOUS DEJA AVANT VOTRE SEJOUR A LA MATERNITE CONCERNANT LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ?

.....
.....
.....
.....
.....

5. PAR QUEL MOYEN DE PREVENTION ETES-VOUS LA PLUS ATTENTIVE/RECEPTIVE ?

- Prévention orale par un professionnel Prospectus Affiche Publicité télévisée

6. LORS DE VOTRE SEJOUR A LA MATERNITE, VOUS A-T-ON PARLE DES RECOMMANDATIONS AU SUJET DE LA PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ?

- Oui Non

SI OUI, PAR QUEL(S) PROFESSIONNEL(S) DE SANTE ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Auxiliaire puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Etudiant(e) sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Autre : |

7. CONCERNANT L'INFORMATION QU'ON VOUS A DONNE A LA MATERNITE, SUR LA PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON :

- Etes-vous satisfaite de l'information reçue ?
 Oui Non

- Avez-vous l'impression que vous avez été suffisamment informée ?
 Oui Non

- Avez-vous compris toutes les informations données ?
 Oui Non

- Est-ce les mêmes informations que vous aviez lues/ entendues dire/ vues ?
 Oui Non

Si non, quelles sont les différences ?

.....

8. APRES INFORMATION A LA MATERNITE, AVEZ -VOUS APPRIS DE NOUVELLES INFORMATIONS CONCERNANT LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON (QUE VOUS NE SAVIEZ PAS AVANT CE SEJOUR A LA MATERNITE)

- Oui Non

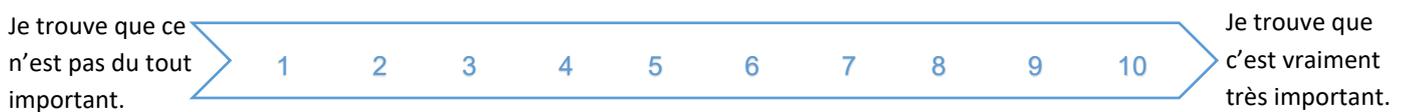
SI OUI, QUELLES INFORMATIONS ?

.....

SI NON, POURQUOI ?

- Je connaissais déjà les comportements de prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson.
- Je n'ai pas eu beaucoup d'informations concernant ce sujet.
- Je ne me rappelle plus des informations qu'on m'a données.

9. QUELLE IMPORTANCE DONNEZ-VOUS A L'INFORMATION DONNEE PENDANT LE SEJOUR A LA MATERNITE SUR LA PREVENTION DE MORT INATTENDUE DU NOURRISSON ?



10. AVEZ-VOUS EPROUVE DE L'INQUIETUDE APRES INFOMRATION DONNEE AU SUJET DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON LORS DE VOTRE SEJOUR A LA MATERNITE ?



11. APRES L'INFORMATION DONNEE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE A LA MATERNITE :

- Allez-vous coucher votre enfant :
 Sur le dos Sur le ventre Autre :

- Va-t-il dormir :
 Dans votre lit Lit cododo Dans son propre lit

- Si votre enfant dormira dans son propre lit, sera-t-il :
 Dans sa chambre Dans votre chambre

- Dans le lit de votre enfant il y aura :
 Un oreiller Une couverture Une turbulette
 Un tour de lit Des doudous Des draps
 Emmaillotement Rien

- Fumez- vous, ou votre conjoint fume-t-il ? Oui Non
 Si oui, dans quelles pièces fumez-vous dans la maison ?

- Quelle température fait-il environ dans la chambre ?
 < 18°C Entre 18 et 20°C Entre 21 et 25°C > 25 °C

- Pouvez-vous agir sur la température de cette chambre ?
 Oui Non

12. AVEZ-VOUS QUELQUE CHOSE A AJOUTER ?

.....

Je vous remercie de votre participation !



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.

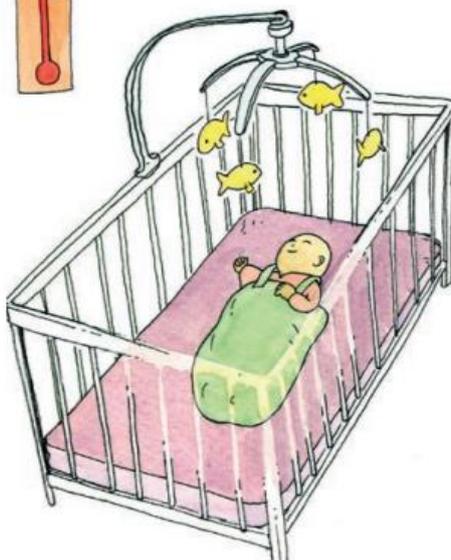
Laissez votre bébé bouger dans son lit.

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.



Je fais dodo sur le dos ! ...

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



Prévention de la mort subite du nourrisson

 **Ministère de la Santé**
Direction générale de la Santé
www.dgsp.fr

 **Naitre et Vivre**
www.naitre-et-vivre.org

PROTÉGEZ-MOI DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

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

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

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

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

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



PROTÉGEZ MA SANTÉ EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

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

PROTÉGEZ-MOI DES INFECTIONS

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

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

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



**SAMU 15
ou 112 par téléphone portable**

PROTÉGEZ-MOI !



**Les règles d'or
de ma première année**

Illustrations : F. Desbrière - Abre en page : Direction de la Communication - CHU de Montpellier - G. Faugier - 02/75



www.chu-montpellier.fr / Naitre et Vivre : 01 47 23 05 08 - www.naitre-et-vivre.org

Le rôle méconnu des sages-femmes et leurs compétences

Nous connaissons toutes (et tous) le rôle essentiel d'une sage-femme au moment d'une grossesse et d'un accouchement : ce sont elles qui réalisent 80% des accouchements normaux en France. La sage-femme vous accompagne et vous prend en charge, du début de la grossesse à la période postnatale. On connaît moins bien en revanche toute l'étendue des compétences médicales des sages-femmes. Présentes non seulement en maternité mais aussi près de chez vous, en cabinet, en service de Protection maternelle et infantile (PMI), en Centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), elles accompagnent et prennent en charge de façon globale la santé des femmes et orientent vers un autre praticien en cas de situation particulière.

Le saviez-vous ?

5 ans de formation

La formation au métier de sage-femme est une formation universitaire de cinq ans dont la première année est commune à toutes les études en santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).

Accompagner les jeunes filles

La sage-femme peut assurer l'information de la jeune fille en matière d'éducation sexuelle, de contraception, de prévention des infections sexuellement transmissibles. Elle prescrit tous les moyens de contraception et pratique les vaccinations nécessaires.

Un métier d'hommes aussi !

Parmi les sages-femmes qui exercent, 2% sont des hommes. Ils sont appelés également « sages-femmes » car le terme signifie « qui connaît les femmes ».

L'accès aux sages-femmes

Les sages-femmes sont des professionnels médicaux qui participent à l'offre de soins de premier recours. Leurs actes font l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Elles exercent très majoritairement sans dépassements d'honoraires.

CONTACTS UTILES

L'Ordre national des sages-femmes
Pour plus d'information sur les sages-femmes rendez-vous sur www.ordre-sages-femmes.fr

L'Assurance Maladie
Pour trouver votre sage-femme rendez-vous sur www.ameli.fr

Les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)
Retrouvez le CPEF le plus proche de chez vous sur www.choisirscontraception.fr

—

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes



Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme

5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES



5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES

www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes



POURQUOI CONSULTER UNE SAGE-FEMME ?



Pour un suivi gynécologique de prévention, chez la femme en bonne santé

La sage-femme assure le suivi gynécologique de la femme en bonne santé et l'oriente vers un médecin lorsqu'elle dépiste une pathologie. De consultation en consultation, vous pourrez aborder avec elle toute question concernant la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles. La sage-femme réalise un examen clinique et procède à des dépistages (frottis du col, examen des seins...).

Pour un suivi médical de la grossesse et de l'accouchement

La sage-femme assure les consultations de suivi médical, de la déclaration de grossesse à l'examen postnatal réalisé dans les 2 mois suivant la naissance.

Dans le cadre de ses compétences, la sage-femme peut réaliser des échographies. Elle adresse les femmes aux médecins en cas de situation pathologique et peut ainsi participer à la surveillance de la grossesse.

Elle accompagne également la femme et le couple tout au long de la grossesse, en proposant au premier trimestre un entretien prénatal, puis des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La sage-femme pratique l'accouchement normal et assure, après la naissance, les soins médicaux de la mère et de son bébé. Elle participe à la réalisation des examens cliniques de la mère et du nouveau-né. Elle pratique les premiers dépistages chez le nouveau-né (maladies rares et vérification de l'audition).



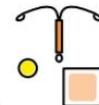
Pour une prise en charge de la mère et du bébé

La sage-femme assure le suivi médical de la mère et du bébé au retour à la maison. Ce suivi peut être réalisé au domicile ou en cabinet et comprend l'examen clinique de la maman, l'accompagnement de l'allaitement et la surveillance du bon développement du nouveau-né. Elle réalise également l'examen postnatal de la mère dans les 2 mois qui suivent la naissance. Elle peut pratiquer également la rééducation périnéale, dans les semaines qui suivent l'accouchement mais aussi à distance de celui-ci.



Pour une prescription et un suivi de contraception

La sage-femme prescrit et assure le suivi de tous les moyens contraceptifs. Elle accompagne les femmes dans le choix de leur contraception. Elle pose et retire les implants contraceptifs et les dispositifs intra utérin (stérilets).



Pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse

La sage-femme peut désormais réaliser les IVG par méthode médicamenteuse. À cet effet, elle informe, accompagne et prend en charge tout au long de ce parcours les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse.



Pour se faire vacciner^[1]

La sage-femme pratique des vaccinations chez les femmes et les nouveau-nés. Elle peut désormais aussi vacciner l'entourage de votre bébé afin de le protéger de certaines maladies infectieuses.



Pour avoir un soutien face à l'alcool, au tabac...

La sage-femme informe les femmes et les couples sur les comportements à risque qui peuvent nuire à leur santé ou à celle de leur enfant.

Si elle détecte des problèmes de consommation excessive, voire d'addiction (alcool, tabac, cannabis, etc.), elle peut alors vous prendre en charge et vous accompagner, en lien avec les spécialistes de ces addictions, vers un arrêt de votre/vos consommation(s).



[1] Femme: ROR, tétanos, diphtérie, polio, coqueluche, hépatite B, grippe, infection à papillomavirus (HPV), méningocoque C. Nouveau-né: BCG, Hépatite...

Etat des lieux des connaissances des mères au sujet de la prévention de la mort inattendue du nourrisson à la sortie de la maternité

Etude épidémiologique sur les connaissances des mères en matière de prévention de la MIN à la sortie de la maternité du CHR Metz-Thionville, site de Thionville en 2019

Introduction : La mort inattendue du nourrisson (MIN) reste en France un enjeu de santé publique. En effet, elle reste encore la première cause de mortalité des enfants entre un mois et un an. La problématique posée est « en quoi les informations données en suites de couches et les connaissances des mères impactent-elles sur la prévention de la MIN à la sortie de la maternité. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la connaissance des femmes à la maternité sur la prévention de la MIN après information donnée par les professionnels de santé et notamment les sages-femmes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et monocentrique sur les connaissances des mères et les informations données au service de maternité du CHR de Metz-Thionville, site de Thionville, au sujet de la prévention de la MIN. Le recueil de données a été réalisé par le biais d'un questionnaire distribué le dernier jour du séjour à la maternité aux patientes en janvier et février 2019.

Résultats : La population cible se composait donc de 60 patientes. A travers les questionnaires récoltés, 60% des patientes avaient reçu une information au sujet de la MIN au cours de leur séjour à la maternité et 40% n'avaient eu aucune information. Ensuite, 23% des patientes n'avaient jamais entendu parler de la MIN avant le séjour à la maternité. Cependant en sortant de la maternité, 100% des patientes savaient qu'il fallait coucher leur enfant sur le dos. On remarquait également que les multipares avaient de meilleures connaissances en matière de prévention de la MIN.

Conclusion : Pour conclure, il y a encore trop peu d'information donnée à la maternité par les professionnels de santé sur la MIN alors que les mamans en expriment le besoin. Cependant, on remarque que les femmes ont tout de même des connaissances à ce sujet.

Mots clés : sage-femme, mort inattendue du nourrisson, prévention, maternité, nouveau-né

Introduction: The Sudden Unexpected Infant Death (SUID) remains in France a public health issue. Indeed, it is still the first cause of death of children between one-month and one year. Indeed, this master's thesis, the main question is in « what way the postpartum information and the mothers' knowledge impact on the prevention of the SUID when mothers get back home. The main objective of the study is to assess the knowledge of women at the maternity hospital on the prevention of the SUID after information given by health professionals and especially midwives.

Method: We decided to realize a cross-sectional and monocentric observational epidemiological study about mothers' knowledge and information that they received at the maternity ward of the Metz-Thionville CHR, Thionville site, concerning the prevention of SUID. The collection of data was carried out by means of a questionnaire distributed on the last day of the maternity stay to the patients in January and February 2019.

Results: The target population consisted of 60 patients. Through questionnaires collected, 60% of the patients had received information about the SUID during their stay at the maternity ward and 40% had no information. Then, 23% of the patients had never heard of the SUID before the maternity stay. However, 100% of patients knew that they had to put their child on their backs when they left the maternity ward. Moreover, we noticed that multiparous women had better knowledge of the prevention of SUID.

Conclusion: To conclude, information given to maternity by health professionals on the SUID is still low while, mothers request it. However, we note that women still have knowledge on this subject

Keywords : midwife, sudden unexpected death infant, prevention, new born, maternity hospital