



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de

L'université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

**Application par les parents des consignes de prévention de la mort
inattendue du nourrisson : Facteurs de non observance et axes
d'amélioration**

Marie RIBEROLLE

Née le 26/05/1996

Promotion 2016-2020

BONHOURE Paola, formatrice

MARGA Philippe, psychologue

Guidante de mémoire

Directeur de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements.

A M.Marga, directeur de ce mémoire, pour votre disponibilité, vos précieux conseils, et surtout votre humour.

A Paola Bonhoure, sage-femme formatrice et guidante de ce mémoire. Merci pour votre aide précieuse, votre disponibilité, vos conseils et vos nombreuses relectures.

Au Dr Kugener, spécialiste de la MIN. Merci pour le temps que vous m'avez accordé, et pour les réponses que vous avez apportées à quelques zones d'ombres.

A Mme Libessart-Fournet, Mme Madeja, ainsi que **Mme Séon et Mme Debrion**, pour votre implication dans ce projet. Je remercie également **toutes les sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, et toutes les patientes** des centres hospitaliers de Bourg et de Gleizé, qui ont participées de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

A l'ensemble de l'équipe de l'école de Bourg-en-Bresse, merci pour votre accompagnement au cours de ces 4 années.

A Olivia, Amandine, Clémence, Lysa, Noémie, Pauline, Mathilde, Tatiana, Louise, Marie, Marion, Cécile, Manon et Ysalie. Merci pour ces 4 années passées ensemble.

A Claire et Marie. Merci pour tout.

A ma famille, et tout particulièrement à mes parents, ma sœur, mon frère, ma tante, mes grands-parents et mon parrain, pour votre soutien sans faille et votre bienveillance pendant ces 6 ans. Un grand merci à **Delphine, Sylvie et ma grand-mère** pour leur relecture.

Maryline, Denis, Damien, Rémi. Merci pour tous ces moments passés ensemble.

Valérie et Christophe. Merci pour toutes ces escapades dans le sud de la France, et pour tous ces bons moments partagés avec vous.

A Florian, pour ton soutien, ta patience et ton amour.

A toi, mamie, pour toujours.

LISTE DES ABREVIATIONS

Par ordre alphabétique

- AA : Allaitement artificiel
- AM : Allaitement maternel
- AP : Auxiliaire de puériculture
- GO : Gynécologue obstétricien
- MIN : Mort inattendue du nourrisson
- MSN : Mort subite du nourrisson
- MT : médecin traitant
- PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
- SF : Sage-femme

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. Contexte.....	1
2. Problématique.....	1
MATERIEL ET METHODE	3
1. Méthode utilisée	3
2. Choix de la population.....	3
3. Lieux de l'enquête	3
4. Recrutement des patientes	3
5. Présentation de la trame d'entretien	4
6. Réalisation des entretiens.....	5
7. Exploitation des données.....	5
RESULTATS.....	6
1. La position de couchage	7
2. Les modalités de couchage des nourrissons	7
2.1 La pièce	7
2.2 Le choix de la surface de sommeil.....	8
2.3 L'environnement proche.....	9
2.4 Le cas particulier du partage de lit	10
2.5 Les autres facteurs (tabac, température, habillement).....	11
3. La connaissance des consignes de couchage.....	12
3.1 Connaissances d'origine médicale.....	12

3.2	Internet/ Média	15
3.3	Recommandations de l'entourage	15
3.4	Absence de consignes	17
3.5	Métier	17
4.	L'influence du mode de couchage.....	17
4.1	Représentations acquises.....	17
4.2	La sécurité du nourrisson.....	18
4.3	Décoration / Marketing	19
4.4	Praticité et organisation familiale	20
4.5	Allaitement	21
4.6	Fatigue parentale	22
4.7	Expérience personnelle/ professionnelle avec des nourrissons..	23
4.8	Bien être de l'enfant.....	23
4.9	Connaissances des modalités de couchage	24
4.10	L'impact des professionnels de santé	25
4.11	L'alternance jour/ nuit.....	26
4.12	Méconnaissance de la réelle dangerosité de certains produits...	27
	DISCUSSION	29
1.	Atouts de l'étude	29
2.	Biais de l'étude.....	29
3.	Un constat préoccupant	30
4.	Une prévention peu efficace	30

4.1	La répétition de l'information	31
4.2	Le moment idéal pour informer	32
4.3	Le format des consignes.....	33
4.4	Le cas particulier du partage de lit	34
4.5	Les habitudes de services.....	35
4.6	La formation des professionnels	36
4.7	Une nouvelle campagne de prévention ?.....	37
5.	Internet et matériel de puériculture.....	38
5.1	La dangerosité d'internet.....	38
5.2	Le marketing	39
6.	La difficulté de l'association sécurité et confort du nourrisson	41
7.	La psychologie maternelle	42
8.	Axes d'amélioration.....	43
8.1	Une mobilisation à l'échelle nationale	43
8.2	Une mobilisation à l'échelle de l'hôpital et du secteur libéral	44
8.3	Une mobilisation personnelle.....	45
8.4	Une nouvelle étude ?.....	45
	CONCLUSION.....	46
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
	BIBLIOGRAPHIE	52

INTRODUCTION

1. Contexte

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est le terme utilisé permettant de prendre en compte tout décès imprévisible d'un enfant entre 0 et 2 ans. Elle regroupe : des morts naturelles explicables à posteriori par diverses pathologies identifiables (1) (pathologies infectieuses, l'hyperthermie, les accidents de literies, les maladies cardiaques, le reflux gastro-œsophagien et les causes métaboliques (2)), les décès par homicide, des décès accidentels (la coexistence d'une pathologie évolutive et d'un contexte accidentel de couchage est fréquente) et des morts subites du nourrisson (MSN) restant inexplicables (1). La MSN fait donc partie intégrante de la MIN.

La MIN est la première cause de mortalité infantile en France. Elle a touché 500 enfants en 2016, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique (3). Suite à la dernière campagne « je fais dodo sur le dos » réalisée en 1997 dans 800 maternités de France (4), le taux de MIN a diminué, mais stagne depuis plusieurs années. On estime que 100 à 150 décès par an pourraient être évités.(5)

La prévention de la MIN s'effectue surtout autour de l'environnement de couchage du nourrisson. Un nourrisson doit dormir dans un lit à barreaux, sur un matelas ferme adapté à la taille du lit. Le lit à barreaux doit être, dans la mesure du possible placé dans la chambre parentale pendant les six premiers mois. L'enfant doit être positionné à plat dos, dans une gigoteuse. Les peluches, oreillers, couvertures, et couettes sont à proscrire du berceau. Il est déconseillé de fumer dans l'environnement du nourrisson.(6)

2. Problématique

Les consignes de prévention de la MIN sont disponibles dans le carnet de santé ainsi que sur internet, sur des sites tels que « Naitre et Vivre »(7) ou encore Améli.fr. Ce dernier constitue aujourd'hui le seul moyen de diffusion large des recommandations. Il est remis à toutes les familles à la sortie de la

maternité. Les consignes de prévention sont également, en théorie, dispensées à l'oral, dans les maternités, lors des conseils de sortie et/ou de la visite pédiatrique, ainsi que lors de la visite de la sage-femme (SF) libérale au domicile. Au vu de tous ces éléments ces consignes devraient donc être connues.

Et pourtant, au cours d'un stage chez une sage-femme libérale, nous avons pu constater que les nourrissons n'étaient pas tous couchés conformément aux recommandations en vigueur. C'est à cette occasion que nous avons pu voir un bébé (4^{ème} enfant de la famille) dormant dans un lit à barreaux, décoré d'un tour de lit épais, avec plusieurs peluches dont une en équilibre au-dessus de sa tête, menaçant de lui tomber dessus à tout moment.

On constate donc que les pratiques ne sont pas en accord avec les recommandations, malgré l'information donnée par les professionnels, celle présente sur internet et dans le carnet de santé.

Ce constat nous amène donc à nous poser la question suivante : Quels sont les freins à la mise en application des consignes de prévention de la mort inattendue du nourrisson par les parents ?

Notre premier objectif est de connaître les modalités de couchage des nourrissons des patientes interrogées.

Nos objectifs secondaires sont de répertorier les consignes qu'elles ont reçues/cherchées pendant la grossesse et après l'accouchement afin de comprendre ce qui pousse les mères à ne pas toujours respecter ces consignes de prévention.

MATERIEL ET METHODE

1. Méthode utilisée

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs.

2. Choix de la population

Notre enquête s'adressait à toutes les patientes du service de maternité quelle que soient leur parité et leur mode d'accouchement.

Ont été exclues les patientes ne parlant pas couramment la langue française, présentant un contexte socio-juridique particulier ainsi que celles dont les enfants ont été hospitalisés et qui ne sont pas rentrées à domicile au moins 15 jours avant la date de l'entretien. Les entretiens ont été réalisés dans un délai de 1 à 2 mois suivant leur accouchement.

3. Lieux de l'enquête

Le recrutement de la population a été réalisé dans deux maternités : L'hôpital Nord-Ouest situé à Gleizé, ainsi que le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

4. Recrutement des patientes

Les patientes ont été recrutées sur la base du volontariat, à l'aide d'un formulaire de demande de consentement laissé dans ces deux maternités.

Ce formulaire (Annexe 1) avait pour but d'expliquer l'objectif de l'enquête, ainsi que de recueillir les coordonnées des patientes afin de pouvoir les recontacter par la suite.

Afin de minimiser les biais potentiels, nous avons choisi d'interroger les patientes sur la thématique du sommeil du nourrisson et du retour à la maison plutôt que sur la mort inattendue du nourrisson.

Concernant la maternité de Gleizé, du fait de l'éloignement géographique, la puéricultrice a distribué des demandes de consentement à chaque patiente qui respectait les critères, lors de la visite du pédiatre au deuxième jour de vie de l'enfant. La distribution des consentements a été réalisée sur une durée de deux mois et demi entre le 10 août 2019 et le 5 novembre 2019.

Concernant la maternité de Bourg-en-Bresse, le chercheur a distribué, lui-même, à toutes les patientes J1, les demandes de consentement entre le 9 et le 20 septembre 2019

55 patientes ont donné leur accord en vue de réaliser un entretien.

Les patientes étaient recontactées dans un délai de 15 jours à 1 mois suivant leur séjour en maternité, afin de valider la participation et fixer une date pour l'entretien. Ces derniers étaient réalisés aux domiciles des patientes.

Nous avons choisi de recontacter les patientes volontaires par ordre d'accouchement. Nous avons effectué 2 appels, à une semaine d'intervalle. L'absence de réponse à ces deux appels consécutifs ainsi que la durée de trajet dépassant une heure (entre le domicile de la patiente et le domicile du chercheur), constituaient des critères d'exclusion secondaires.

5. Présentation de la trame d'entretien

Lors de ces entretiens, 3 thèmes étaient systématiquement abordés :

- Conditions et environnement de couchage des nourrissons
- Conseils cherchés et reçus pendant la grossesse puis après l'accouchement
- Raisons poussant les mamans à préférer un mode de couchage plutôt qu'un autre.

Pour cela nous avons choisi de proposer aux patientes de travailler à partir de 14 images (Annexe 2) représentant différents lieux de sommeil pour un nourrisson. Ces images ont été découpées dans quatre magazines différents : Ikea, Aubert, Maison du monde et Autour de Bébé. Une question principale a été posée aux mamans : « Pouvez-vous m'indiquer la ou les image(s) qui est/sont la ou les plus susceptible(s) de représenter le lieu de sommeil de votre enfant ?

Pourquoi avez-vous choisi cette/ces image(s) ? ». Nous avons également plusieurs questions de relances sur notre grille d'entretien (Annexe 3).

6. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de façon identique : présentation de l'enquête, explications concernant les modalités (enregistrement sur dictaphone, anonymat et durée) puis réalisation de l'entretien. À l'issue de l'entretien, chaque patiente se voyait remettre une feuille récapitulative, provenant de l'association Naitre et Vivre (8), des bonnes pratiques concernant le couchage du nourrisson (Annexe 4).

7. Exploitation des données

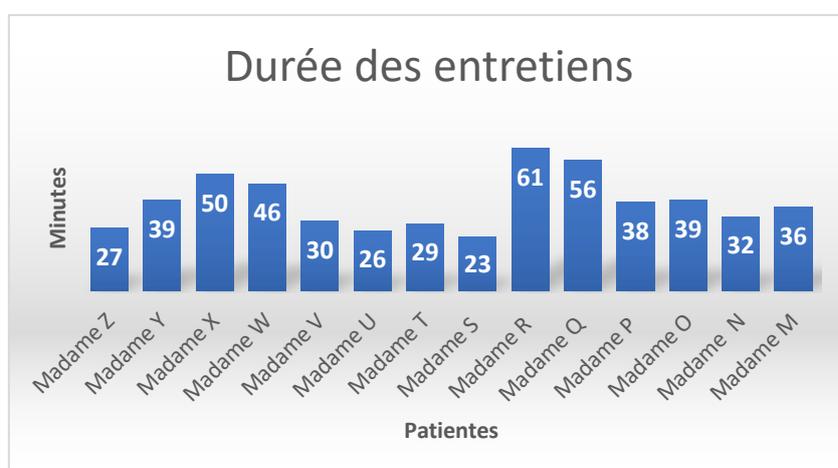
Par la suite les entretiens étaient intégralement retranscrits fidèlement à l'aide d'un logiciel de retranscription : Otranscrib, puis anonymisés. Chaque entretien a été découpé et analysé par thème pour ensuite être classé dans un tableau Excel récapitulatif.

RESULTATS

Nous avons réalisé un total de 14 entretiens entre le 14 septembre 2019 et le 5 novembre 2019.

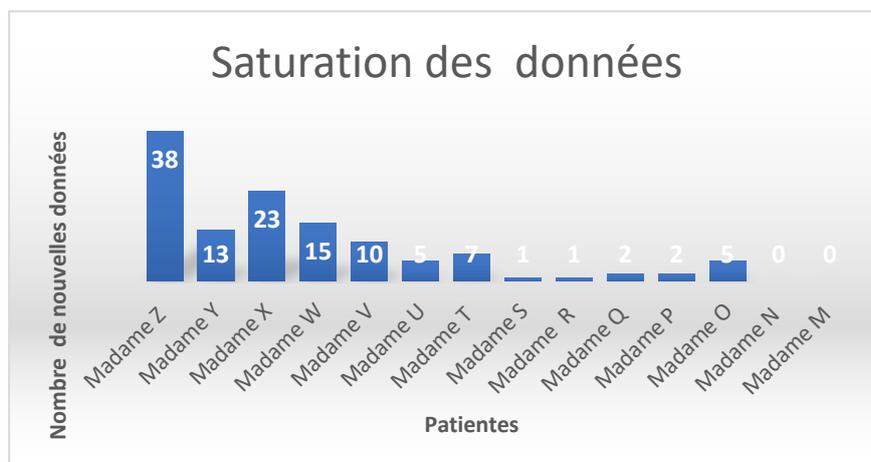
La durée moyenne des entretiens était de 38 minutes. Les entretiens ayant duré respectivement 61 et 56 minutes se justifient par le besoin de communiquer des mamans, sur d'autres sujets que celui proposé (baby-blues, régime alimentaire).

Figure 1 : Durée des entretiens en minutes



Il a été décidé de l'arrêt des entretiens lorsque ces derniers n'ont plus apporté de nouvelles données, comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 2 : Saturation des données



Notre population de 14 patientes se répartit entre 2/3 de primipares et 1/3 de multipares. Nous retrouvons cette même proportion pour les allaitements, où l'allaitement artificiel représente 2/3 des modes d'alimentation des nourrissons (Annexe 5).

Suite à la présentation de la population de notre étude, nous allons maintenant pouvoir aborder les résultats des différents entretiens effectués.

1. La position de couchage

Environ 2/3 des nourrissons sont couchés sur le dos. **« Il était à plat sur le dos » Madame Y.**

Plusieurs nourrissons sont installés sur le ventre. Les mamans affirment surveiller leurs enfants lorsqu'ils sont couchés de cette façon.

« Il dort quasiment pas (son mari) parce qu'il reste à côté de lui pour, pour qu'il surveille que tout aille bien » Madame V.

Quelques nourrissons sont également allongés sur le côté. En revanche dans cette position, les nouveaux nés ne sont pas systématiquement surveillés par leurs parents.

2. Les modalités de couchage des nourrissons

2.1 La pièce

La question de la pièce où l'enfant doit dormir tient une place centrale pour les parents. L'enfant doit-il dormir dans la même chambre que ses parents ou bien dans sa propre chambre ?

La majorité des nourrissons sont placés dans la chambre parentale après le retour à la maison. Après un temps variable, allant de quelques jours à plusieurs mois, les nourrissons sont ensuite placés dans leur propre chambre. Néanmoins, aucune des patientes interrogées ne souhaitent attendre le délai de six mois recommandés par l'OMS.

Au moment de l'entretien, 1/3 des mamans avaient choisi de faire dormir leur enfant dans leur propre chambre. Ceux-ci avaient entre 5 jours et 1 mois au moment du changement de chambre.

Il est important de différencier le couchage de jour et le couchage de nuit. La nuit les nourrissons sont volontiers couchés dans la chambre parentale ou dans leur propre chambre (selon les choix des parents). Tandis que la journée, les nourrissons sont plutôt placés dans les pièces de vie (salon, cuisine).

« Oui, et bah la nacelle euh, [...], parce que je voulais pas qu'elle soit toute la journée en fait dans son lit cododo [...] donc je la mettais sur le canapé. » Madame T.

2.2 Le choix de la surface de sommeil

Pour ce qui est du choix de la surface de sommeil il est également important de noter qu'il existe une différence jour/nuit.

Concernant la nuit : La nacelle reste le choix privilégié des parents lors du retour à la maison, afin que le nouveau-né se sente moins perdu et davantage contenu, ainsi que lors des déplacements.

Toutes les mamans interrogées indiquent qu'elles utiliseront un lit à barreaux une fois que la nacelle ne sera plus nécessaire.

Une majorité de mamans mentionne avoir dormi, occasionnellement ou bien régulièrement avec leur nourrisson dans le lit conjugal.

Quelques mamans ont opté pour un lit cododo. Tandis que d'autres ont privilégié un berceau. Deux patientes ont fait le choix d'utiliser un lit parapluie, respectivement sur une durée de 15 et 30 jours.

Concernant la journée : Le parc est souvent utilisé.

Il existe d'autre façon de faire dormir un nourrisson, utilisé de façon occasionnelle, comme la balancelle et le transat.

Le maxi-cosy est utilisé majoritairement en voiture. Seules quelques mamans laissent leur nourrisson dormir dedans occasionnellement à la maison ou bien une fois le voyage terminé.

« Il (le maxi-cosy) se fixe sur la poussette donc euh chez mes parents on la promenait en poussette dans la maison, parce que la rendormir à deux heures du matin c'est bien mais c'est pas évident, et mademoiselle aime beaucoup qu'on la promène dans la poussette » Madame O.

« Bah déjà la voiture, du coup il s'endort et parfois il reste endormi du coup après, et puis parce que du coup y'avait ce mouvement de bascule, pareil la nuit mon mari arrivait à ..., au bout d'un moment ... à le laisser s'endormir dedans » Madame V.

Moins d'1/3 des patientes utilisent les coussins de type doomoo ou cocoonababy ainsi que le coussin d'allaitement.

« Je le mets dans, sur le coussin d'allaitement et puis je me cale à côté quoi, mais ça arrive pas souvent ça. » Madame R.

Concernant le matelas du lit à barreaux, 2/3 des parents ont choisi un matelas de consistance ferme.

2.3 L'environnement proche

L'environnement proche concerne tout ce qu'il se trouve à l'intérieur du lit de l'enfant. Là aussi il existe une réelle différence jour/nuit.

Concernant la nuit : La majorité des bébés dort avec une gigoteuse, ainsi qu'avec des peluches, qui sont placées soit autour de l'enfant, soit aux pieds de l'enfant, soit à l'extérieur du lit. Les peluches sont également utilisées comme cale bébé pour certains parents : **« Quand il dort, je lui (parle du doudou) mets dans la gigoteuse et il reste juste là parce que comme il a un côté où il est aplati du coup parce qu'il dort du même côté, on cale ça dans la gigoteuse du coup il peut pas se le mettre sur lui » Madame M.**

Moins d'1/3 nourrissons ne dorment pas avec une gigoteuse et sont donc couchés avec une couverture, ou bien sans rien, uniquement avec leur pyjama, voire parfois en body.

Au jour de l'entretien, 3 mamans utilisent un tour de lit. Deux de ces dernières indiquent utiliser le tour de lit en le fixant sur l'extérieur du lit. Certaines mères évoquent la possibilité d'en utiliser par la suite.

Certaines mamans rajoutaient un accessoire dans la nacelle, le berceau ou bien le parc. Il peut s'agir d'un matelas, ou bien d'un cale bébé.

« Je lui rajoutais comme un petit matelas [...], euh qui prend un petit peu sa forme » Madame S.

3 mamans utilisent des doomoo ou cocoonababy en journée, qui sont eux-mêmes des matelas à mémoire de forme.

Environ 2/3 des parents surélèvent le matelas au niveau de la tête de leur nourrisson. Ils utilisent en général un plan incliné, une serviette roulée ou bien un coussin, qu'ils placent en dessous du matelas.

Très peu de mamans utilisent le réducteur de lit, ainsi que le cale bébé. Ce dernier a été essayé par certaines mamans puis abandonné.

Lors de la réalisation des entretiens nous avons remarqué que beaucoup d'enfants dormant avec une turbulette la nuit, sont finalement couchés avec une couverture et des peluches, voir même installés sur un oreiller en journée.

Deux mamans nous indiquent avoir installé une veilleuse dans le lit de leur nourrisson.

Une maman nous informe utiliser un moniteur respiratoire. Une deuxième maman nous explique l'avoir acheté mais ne pas encore s'en servir.

2.4 Le cas particulier du partage de lit

Nous allons maintenant décrire la façon dont sont installés les nourrissons qui dorment régulièrement ou bien occasionnellement dans le lit parental.

La majorité des nourrissons sont soit couchés entre les deux parents : **« On l'installait au milieu de nous avec mon oreiller d'allaitement, autour de lui pour essayer de (patiente rigole) de faire au mieux et voilà. Sinon euh voilà c'était entre nous ».** Madame V, soit du côté « vide » du lit : **« elle en fait je la mets du côté où y'a le lit, son lit cododo, et je mets en plus un**

coussin [...] pour bloquer, j'ai toujours peur que le cododo, je sais pas, il bouge ou que voilà donc euh je fais comme ça voilà » Madame P.

Certaines patientes utilisent une turbulette, mais elles ne représentent pas la majorité. Les enfants sont souvent en pyjama ou body, voire même parfois emmaillotés.

Une patiente recouvre son nourrisson avec sa propre couette.

2.5 Les autres facteurs (tabac, température, habillement)

Au total, on recense 1/3 des parents fumeurs lors de la réalisation des entretiens. Ces derniers fument tous à l'extérieur. On note qu'un 1/3 des mamans a arrêté de fumer avant ou pendant leur grossesse. Les autres parents ne présentent pas d'habitudes toxiques.

Le début des entretiens ayant été effectué entre septembre et novembre, nous n'avons pas étudié la température au même moment de l'année. En effet durant le mois de septembre et d'octobre, les patientes essayaient de maintenir une température entre 18 et 20°C dans la chambre de leur enfant, mais cela était parfois compliqué en raison de la chaleur extérieure. **« Là il fait 26 vous voyez » Madame Y.**

Une fois les températures basses arrivées, un couple a souhaité chauffer la chambre à 23°C en raison du taux d'humidité important dans la maison. Les autres parents ont quant à eux chauffé à une température comprise entre 18 et 20°C.

Tous les nourrissons sont habillés de façon correcte pour dormir, c'est-à-dire avec un pyjama ou un body. Nous avons remarqué que les parents adaptent leur façon d'habiller leur bébé en fonction de la température. **« On le met que en body, bah là d'ailleurs il dort il est en body par exemple » Madame Y.**

Plus d'1/3 des nourrissons utilisent une sucette.

Pour conclure cette première partie, nous pouvons aisément dire que la totalité des patientes interrogées présente au moins un facteur de risque dans le couchage de leur nourrisson. Ce constat est donc préoccupant.

Afin d'avoir une plus grande lisibilité de ces deux premières parties, nous vous proposons un tableau récapitulatif (Annexe 6). Ce tableau récapitulatif a été construit à l'aide des réponses obtenues lors des entretiens, ainsi que des recommandations nationales présentes dans le carnet de santé, dont la nouvelle version date de 2018. En vert, nous retrouvons les consignes respectées, en orange les consignes partiellement respectées (≥ 1 utilisation), et en rouge les consignes non suivies (dans la majorité).

Selon le Dr Kugener, pédiatre spécialisé dans la MIN : « L'épidémiologie et l'étude des circonstances de décès ont montré depuis 40 ans que l'endroit où il y avait le moins de décès était un berceau adapté, avec 4 parois rigides mais aérées de type "lit à barreaux", placé dans la chambre des parents, avec un bébé à plat sur le dos dans un lit "vide" avec un matelas ferme. »

On peut donc voir à l'aide de ce tableau que la recommandation la moins suivie est celle du partage de chambre pendant 6 mois. On constate également que le lit à barreaux est très peu utilisé pendant les deux premiers mois du nourrisson. Ce tableau nous montre également que les parents utilisent volontiers des matelas mous, ainsi que des couvertures/oreillers.

Globalement, ce tableau nous permet de visualiser que les parents de notre étude cumulent plusieurs facteurs de risques.

3. La connaissance des consignes de couchage

3.1 Connaissances d'origine médicale

Les connaissances d'origine médicale regroupent tous les conseils qui ont été donnés par des SF libérales ou hospitalières, les auxiliaires de puériculture (AP), les pédiatres ainsi que tous les professionnels de la santé pouvant être amenés à recevoir le nourrisson en consultation (ostéopathe, médecin traitant (MT)...).

La majorité des patientes interrogées ont bénéficié de conseils provenant de professionnels de la santé. 2/3 des patientes interrogées ont affirmé avoir reçu des conseils lors de leur séjour en maternité. Lors du séjour, les consignes sont données soit lors du passage de la SF et/ou de l'AP, ou bien lors des conseils de sortie. Les conseils donnés en maternité rapportés par les mamans sont les suivants : faire dormir son enfant sur le dos, dans une gigoteuse, sans tour de lit, et sans peluche autour de la tête.

« Qu'il fallait les mettre sur le dos, rien dans le berceau, rien dans le lit, pas de tour de lit, pas d'oreiller, une turbulette et puis c'est tout » Madame X.

La température de la chambre est également une information donnée, mais de façon moins fréquente.

« Il faut chauffer à 19, il faut pas mettre le tour de lit, il faut faire attention à ci, il faut faire attention, enfin à tout, à ce que la turbulette soit pas trop grande, il faut pas de peluches autour de la tête » Madame N.

Dans une des deux maternités où les patientes ont été recrutées, une puéricultrice organise une réunion quotidienne de conseils de sortie. **« Et en effet la puéricultrice du coup pour le petit entretien là de départ en effet elle nous l'a redit qu'il fallait coucher le bébé sur le dos. » Madame U.**

Une patiente nous a expliqué que les informations ont été données différemment, sous la forme d'une question : **« Euh j'en ai eu par contre à l'hôpital après l'accouchement en me demandant si je savais comment euh coucher un enfant, si je savais à peu près euh les risques que pouvait avoir une couverture ou un tour de lit et ça j'étais déjà au courant, donc on m'a quand même rappelé. » Madame Q.**

Un peu plus d'1/3 des patientes explique avoir reçu des conseils pendant leur grossesse, de la part d'un professionnel de santé, et plus particulièrement d'une sage-femme lors du suivi de grossesse ou de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). En général il s'agissait de l'absence de tour de lit et de peluche dans le lit..Une sage-femme avait déconseillé à une

des patientes d' allaiter couchée la nuit, au risque de s'endormir avec son bébé.

Cependant on note qu'il y a un taux faible de conseils donnés pendant la grossesse par rapport à ceux donnés en maternité.

Il nous est également arrivé de rencontrer des patientes nous expliquant avoir reçu des consignes, qui vont pourtant à l'encontre des recommandations nationales. Ces consignes étaient données lors de la PNP, des conseils de sortie faits en maternité, en néonatalogie, ou bien lors d'une visite chez l'ostéopathe par exemple.

« C'était plus sur comment le faire dormir, sur le côté, soit sur le côté soit sur le dos, on avait juste parlé de ça en fait » Madame S.

« Parce qu'on est allé chez l'ostéo en fait qui nous a préconisé déjà de le mettre sur le côté gauche pour ces reflux et puis pour sa tête plate, [...] du coup on le met sur le côté gauche toute la journée, ouais » Madame R.

« La sage-femme nous disait bah voilà si par exemple bébé refuse de dormir dans le cododo euh ou dans le, son lit euh ne vous embêtez pas à perdre du temps à essayer de le faire dormir [...] Voilà, s'il dort sur nous ou même dans le lit euh, elle nous le disait vraiment voilà ne perdez pas votre temps en gros à chercher à quatre heures du matin » Madame P.

A chaque fois, les consignes ont été systématiquement adoptées par les mamans.

En conclusion, pour 2/3 des mamans la position de couchage était abordée. On retrouve les mêmes proportions concernant le tour de lit et les peluches. Quelques mamans ont été informées de la nécessité de faire dormir leur enfant dans une gigoteuse et/ou de ne pas utiliser de couverture. La température a été une information donnée à seulement 3 mamans.

Les consignes suivantes étaient données très occasionnellement et parfois sur demande des parents : ne pas laisser dormir son enfant dans le maxi-cosy, ne pas allaiter la nuit dans le lit pour ne pas s'assoupir, ne pas dormir avec son nourrisson dans le même lit, ne pas utiliser de cordon de tétine, ne pas surélever la tête de l'enfant, ne pas utiliser de coussin type cocoonababy ainsi que le type de matelas à acheter. (Mesdames Z, P, N et M).

3.2 Internet/ Média

Un nombre non négligeable de mamans déclare avoir recherché des informations concernant le couchage de leur nourrisson sur internet (vidéo, forum) où les conseils prodigués ne sont pas toujours en accord avec les recommandations en vigueur.

« Ouais du coup j'avais vu des forums du coup et des associations pour les mamans allaitantes et du coup qui disaient que ça se faisait bien (dormir avec son bébé), que du coup y'avait un instinct chez la maman qui fait que du coup on n'écrase pas son bébé » Madame U.

« Moi je me suis plus informée euh sur internet [...] moi je suis, suis, très, très vidéo et tout » Madame P.

Une patiente nous a confié être en difficulté avec internet et les recommandations qu'elle avait pu entendre de la part de son entourage ainsi que des professionnels de santé : **« j'ai cherché aussi sur internet pour la faire dormir correctement, pour que tout aille au mieux pour elle mais on trouve tout et son contraire, de tous les côtés, on nous conseille tout et son contraire » Madame O**

3.3 Recommandations de l'entourage

L'entourage regroupe la famille ainsi que les amis des mamans interrogées.

2/3 des patientes interrogées nous indiquent avoir reçu des conseils de leur entourage. Ces derniers pouvaient être en accord avec les recommandations ou totalement en désaccord.

« Ouai bah en fait mes meilleures amies elles ont toutes des petits, et du coup enfin dès que j'avais des questions c'était les premières à qui je posais des questions avant de demander au gynéco ou quoi que ce soit, d'autant plus que ma meilleure amie elle est auxiliaire donc elle pouvait me répondre sur tout, donc ça c'est pas mal je trouve d'avoir des gens dans l'entourage » Madame W.

« Ça a été un grand sujet (le tour de lit) de débat avec mes parents, les grands parents, ils ont tous acheté des lits d'occasion pour quand mon bébé dormira chez eux, ils ont tous achetés des tours de lit, et je ... enfin moi je veux pas (marque la fin de sa phrase). » Madame W.

La réaction de Madame W nous fait observer qu'il existe une différence générationnelle quant aux habitudes de couchage. Il y a encore peu de temps, la plus grande majorité des enfants dormait avec un tour de lit, ce qui ne fait plus partie des recommandations. Cela peut parfois poser problème lors du couchage du nourrisson chez un autre membre de la famille se référant à d'anciennes consignes de couchage. Cette observation est également partagée par d'autres mamans interrogées.

« Nos parents se basent beaucoup sur leur expérience à eux » Madame P.

Certains entourages vont même jusqu'à discréditer le discours du personnel soignant. C'est le cas de Madame M, qui finit par nous expliquer au cours de l'entretien un conseil que sa maman lui a donné : **« Fais comme tu veux parce-que ça change tout le temps, donc euh fait attention à ce qu'on te dit mais fait pas non plus ... si c'est pour le laisser hurler pendant plus d'une heure ça sert à rien quoi » Maman de Madame M.**

3.4 Absence de consignes

Lors des entretiens, moins d'1/3 des patientes n'avait pas reçu de conseils par un professionnel de santé pendant et/ou après la grossesse. Une d'entre elles dit ne pas s'en souvenir, les deux autres n'ont pas évoqué la maternité ou bien la SF pendant la grossesse comme source d'information.

Les patientes n'ayant pas reçu de consignes de la part d'un professionnel de santé ont trouvé des conseils ailleurs : amis, famille, expérience de l'ainée.

3.5 Métier

Une maman interrogée nous a indiqué travailler dans une crèche et donc connaître un certain nombre de choses sur le couchage d'un nourrisson. « **Je travaille en crèche je sais que du coup euh nous on les couche sur le dos** » Madame U.

4. L'influence du mode de couchage

4.1 Représentations acquises

Un nombre conséquent de parents affirme utiliser la technique de couchage parce qu'ils l'ont toujours vu pour endormir un nourrisson. Il en va de même pour l'utilisation de la gigoteuse. Ainsi ils ne se posent pas de questions, pour eux ces représentations sont la norme et influencent donc leur façon de faire.

« **Bah alors honnêtement euh, parce-que y'a que ça que je connais (rigole) [...] alors enfin pour moi c'est, je pense que c'était logique** » Madame N.

À la question suivante « Pourquoi avez-vous fait le choix de faire dormir votre bébé dans un lit à barreaux ? », la majorité des mamans nous ont répondu qu'elles ne savaient pas qu'il existait d'autres moyens de faire dormir un enfant. Ainsi, ces dernières ont toujours vu des bébés dormir dans des lits à barreaux, c'était donc pour elles une évidence. « **C'est ce qui se voit de**

partout, c'est ce que les autres ont euh, [...] mais je sais pas, je sais pas (rigole). » **Madame X.** Et pourtant, la quasi-totalité des mamans ne font pas dormir leur enfant dans un lit à barreaux au cours des deux premiers mois.

La patiente elle-même peut parfois avoir des représentations faussées quant au personnel soignant. En interrogeant Madame O concernant l'introduction de la tétine de son bébé, elle nous confie l'avoir fait « le temps que vos collègues aient le dos tourné ». Elle nous explique par la suite penser que l'AP n'était pas forcément d'accord avec ce choix, puis finalement nous dit « **bah déjà que j'allaitais pas la bestiole, alors si en plus à peine née je lui collais un truc en plastique dans la bouche j'étais pas sûre que ça passe vraiment.** »

La famille ainsi que l'entourage proche peuvent également avoir certaines représentations qu'ils inculquent à leurs enfants. Ces représentations sont souvent obsolètes par rapport aux recommandations en vigueur. Elles peuvent concerner la présence du tour de lit (**Madame W**), ainsi que la question de la prise d'habitudes de la part du nouveau-né quant au partage de chambre (**Madame O**).

4.2 La sécurité du nourrisson

La sécurité du nourrisson est une thématique qui était présente lors des interviews. Elle était évoquée pour un peu moins de 2/3 des mamans interrogées.

« Les coussins on les pousse, on peut leur faire tomber dessus, non pour moi c'est hors de question pour sa sécurité à lui en fait. [...] moi c'est plus que je veux pas mettre sa vie en danger pour rien. » Madame W.

La sécurité était également un critère important de choix concernant le choix du matelas. (**Madame P et N**).

La présence de certains accessoires potentiellement dangereux pour le nourrisson se justifie chez certains parents par la mise en sécurité de leur nourrisson.

Question lors de l'entretien : Pourquoi avez-vous choisi de mettre un tour de lit ? **« Donc non c'était aussi (tour de lit) théoriquement, pour sa sécurité » Madame O.**

Concernant le tour de lit, plusieurs mamans disent l'utiliser de peur que leur enfant ne se fasse mal. Certaines patientes adoptent parfois des attitudes à risques en le justifiant par le fait que leur nourrisson serait plus en sécurité de cette façon-là.

« Je trouvais ça plus sécuritaire moi de l'allaiter couchée au cas où je m'assomme, enfin que je m'assoupisse un petit moment, en la protégeant en se mettant toujours du côté du milieu du lit, en protégeant avec le coussin d'allaitement ». Madame Z.

Un peu plus d'1/3 des patientes ont connaissance du risque de MIN, grâce aux informations de la part d'un professionnel de santé, de l'entourage ou bien d'internet. Certaines de ces patientes ont extrêmement peur que cela arrive à leur bébé. Cela influence donc la façon dont elles vont coucher leurs enfants comme c'est le cas pour Madame W par exemple. Son nourrisson était donc couché la nuit dans un lit à barreaux, avec un matelas ferme surélevé recouvert d'un drap house, dans une gigoteuse à plat dos, une couverture sous la gigoteuse, avec des peluches placées aux pieds du bébé. La journée il était positionné dans un doomoo, en pyjama, sans couverture.

4.3 Décoration / Marketing

La présence du tour de lit est expliquée par quelques parents pour ses aspects décoratifs.

La décoration de la chambre apparait comme un point central. En effet dans les magazines, sur internet ainsi que sur les réseaux sociaux, il est très fréquent de voir des lits de nourrissons décorés avec un joli tour de lit assorti à plusieurs peluches ainsi qu'une couverture. Rares sont les lits simples sans aucune décoration autour et à l'intérieur.

Question lors de l'entretien : Qu'est-ce qui a fait que vous avez choisi de mettre un tour de lit ? « **Parce-que si c'est une chambre toute blanche autant rester à la mat'** » **Madame O.**

Question lors de l'entretien : Vous m'avez dit que vous trouviez que le lit de votre bébé était vide ? « **Mais c'est plus par rapport aux lits des autres enfants que je vois tout le temps bien chargés, pleins de couleurs et tout je me suis dit bon il fait un peu pitié le mien donc on lui a mis trois peluches en bas** » **Madame W.**

Comme le montre ces deux témoignages, le fait de ne pas décorer le lit peut être mal vécu par les parents.

Tout le marketing autour de la périnatalité a une influence sur les choix que font les parents. « **Ouais je pense que c'est purement marketing (sourit), que je trouvais ça joli, c'est vrai que quand on le voit partout dans les catalogues bah on se dit bon bah c'est ce qu'il faut faire** » **Madame X.** Cela peut donc les pousser à croire que les magazines, internet ou les réseaux sociaux diffusent des informations correctes, et ainsi reproduire des modalités de couchage dangereuses comme la présence du tour de lit.

4.4 Praticité et organisation familiale

Le choix du partage de chambre est influencé par la praticité d'une part, et l'organisation familiale d'autre part.

En effet la majorité des parents partageant la chambre avec leur bébé indique avoir fait ce choix pour plus de praticité. Cela leur permet de ne pas avoir à traverser la maison en pleine nuit, ne pas monter les escaliers, avoir leur bébé

proche d'eux est plus simple. Une maman nous a également expliqué faire dormir son nourrisson dans la chambre parentale afin de ne pas réveiller la fratrie à l'étage (**Madame W**).

Dans certains couples, la maman, le papa ou bien les deux ont fait le choix, directement à la sortie de la maternité ou bien très rapidement après être rentré de ne pas partager la chambre avec leur nourrisson (**Madame W, O, et N**). Les raisons de ce choix étaient les suivantes : éducation reçue par les parents, conjoint en désaccord avec le fait de dormir dans la même pièce que le nourrisson ou encore intimié du couple.

La reprise du travail du papa est également un motif qui influence le choix de couchage. Madame P partage son lit avec son nourrisson, dans le cas contraire son bébé hurle toute la nuit. Elle nous explique avoir fait ce choix en partie pour que le papa ne soit pas réveillé la nuit étant donné qu'il a repris le travail.

Quant à Madame X, elle dort dans le même lit que son nourrisson une fois que son conjoint est parti au travail dans la nuit.

4.5 Allaitement

L'allaitement maternel est un facteur qui influence le lieu de couchage de l'enfant. La maman allaitante souhaite garder son enfant dans la même pièce qu'elle afin de faciliter l'allaitement. En effet la totalité des mamans allaitantes interrogées dorment dans la même pièce que leur enfant.

Question lors de l'entretien : Pourquoi avez-vous choisi de faire dormir votre bébé dans un berceau, situé dans votre chambre ? « **Pour l'allaitement parce que sinon faut monter (rigole) et c'est pas question (rigole)** » **Madame X**.

L'allaitement influence également le partage de lit entre le nourrisson et ses parents. En effet la quasi-totalité des mamans interrogées affirment avoir

dormi, de façon occasionnelle ou bien récurrente, dans le même lit que leur nourrisson.

Question lors de l'entretien : Et donc vous me disiez que votre bébé dormait dans votre lit ? **« Oui en fait surtout au début parce que du coup pour l'allaitement c'était plus pratique la nuit. » Madame V.**

Les mamans utilisant le biberon sont moins amenées à partager leur lit avec leur nourrisson. Chez la majorité des patientes interrogées cela n'est arrivé que ponctuellement.

4.6 Fatigue parentale

La fatigue parentale est également un facteur qui a une grande influence sur le partage de lit. Nous avons interrogé des parents parfois épuisés, à bout de force, qui, ne trouvaient aucune solution pour faire dormir leur nourrisson. Ils finissaient donc par partager leur lit avec leur bébé. Il existe deux cas de figure face à cette situation : soit les parents décidaient volontairement de faire dormir leur enfant avec eux, soit les parents prenaient leur bébé dans leur lit pour le calmer, mais s'endormaient avant de pouvoir recoucher leur bébé.

« On a qu'une envie c'est, dormir, donc forcément besoin de, de calme donc on le reprend dans les bras et ça m'est arrivé trois fois de m'endormir avec lui dans les bras et de m'en rendre compte au bout de deux heures de sommeil » Madame Q.

La fatigue est également un élément influençant la position de sommeil. En effet le nourrisson de Madame V dormait très peu. Les parents, à bout de force l'ont donc couché sur le côté, puis sur le ventre. Constatant que leur bébé dormait mieux et plus longtemps ils ont adopté cette position. Cependant la maman m'explique qu'ils sont tellement inquiets de cette position qu'ils n'endorment pas. Ils se relaient pour surveiller leur bébé la nuit et la journée. Cela ne règle donc que partiellement le problème.

4.7 Expérience personnelle/ professionnelle avec des nourrissons

Madame W nous explique qu'elle avait l'habitude de garder des enfants lorsqu'elle était plus jeune. Lors de ce travail, les parents avaient l'habitude de coucher leur enfant avec de multiples peluches, serviettes, voir même des couettes. Madame W était très angoissée de la présence de tous ces objets dangereux dans le lit des enfants qu'elle gardait. Ces expériences lui ont permis de se conforter dans le fait qu'elle ne coucherait jamais son enfant de cette façon-là.

Madame U, quant à elle, est auxiliaire en crèche. Elle s'est servie de son expérience notamment pour la position de couchage de son enfant, à savoir, à plat dos.

Enfin beaucoup de mamans ayant déjà eu des enfants nous ont confié qu'elles se fiaient beaucoup à leurs expériences avec leurs ainés.

« C'est surtout l'expérience que j'ai eue avec mon grand qui m'a aidé » Madame S.

4.8 Bien être de l'enfant

Lors de la réalisation des entretiens un sujet récurrent a émergé : le bien-être de l'enfant. En effet, les parents se soucient de ce qu'ils estiment être le confort de leur bébé, c'est-à-dire que leur nourrisson doit être confortablement installé, doit facilement s'endormir, et ne pas se réveiller.

On retrouve cette thématique, notamment dans le choix de la nacelle, du berceau ou bien du lit cododo en première intention après le retour à la maison, de peur que le nourrisson soit trop perdu dans son grand lit. L'utilisation d'une couverture est également justifiée dans ce cas.

Cette notion fait également écho à l'utilisation de tour de lit, de réducteur de lit, à la position de couchage, à l'utilisation de coussin type cocoonababy ainsi

qu'au matelas. « **Je lui ai mis une sorte de réducteur de lit, [...] donc j'ai l'impression qu'il est pas non plus perdu dans un grand lit [...] J'ai l'impression que le lit est trop grand en fait pour lui, euh ça lui permet juste en fait de plus maintenir sa tête et après ça suit le corps, mais j'ai l'impression qu'en fait il est, il a un confort supplémentaire** » Madame Q.

Lorsque les parents constatent que l'aménagement du couchage ne convient pas à leur enfant, ils vont tout simplement utiliser la méthode empirique et changer l'aménagement du couchage jusqu'à trouver un aménagement où leur enfant sera confortable. Bien souvent, le changement est en désaccord avec les recommandations en vigueur. « **On a réussi à trouver qu'il voulait dormir sur le ventre** » Madame V.

Beaucoup de parents interrogés ont expliqué que leur enfant était confortable dans le couchage actuel mais que si à un quelconque moment ils sentaient que cela ne convenait plus alors ils n'hésiteraient pas à changer les modalités de couchage de leur enfant. « **Après elle a l'air d'être bien sur le dos donc euh, si ça se passait mal bah peut être essayer de la passer sur le ventre [...] Si je vois qu'elle se cogne dedans ou quoi que ce soit on verra, on réajustera mais pour le moment j'ai pas de tour de lit** » Madame T.

4.9 Connaissances des modalités de couchage

Quelques mamans expliquent que les recommandations de couchage qu'elles ont trouvées par elles-mêmes ont influencé la façon de faire dormir leurs nourrissons.

Cela concernait la position de couchage « **Du coup on a suivi les recommandations et on le couche sur le dos.** » Madame U., le partage de chambre, « **Puis vu que c'est recommandé on l'a pas fait aussi longtemps, mais c'est recommandé par l'OMS 6 mois** » Madame Z, ou encore l'utilisation du maxi-cosy.

Certaines patientes ont pourtant bien connaissance des consignes de couchage mais ne les respectent pas pour autant. « **Bah si je savais qu'il**

fallait les mettre sur le dos, rien dans le berceau, rien dans le lit, pas de tour de lit, pas d'oreiller, une turbulette et puis c'est tout quoi, pas de doudou, donc tout ce que j'ai pas fait (patiente rigole). [...] Euh là je l'ai fait (dormir avec son nourrisson) parce-que je sais que c'est la dernière fois (rigole), j'en profite beaucoup plus. » Madame X.

4.10 L'impact des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont en première ligne pour conseiller les parents sur le couchage de leur nourrisson. C'est auprès de ces derniers que les parents peuvent se tourner quand ils ont des questions. On observe qu'un certain nombre de parents couchent leur bébé d'une façon ou d'une autre à la suite d'un conseil donné par un professionnel de santé.

Question lors de l'entretien : Pour quelle raison avez-vous fait le choix de coucher votre enfant sur le dos ? « Bah parce que c'est ce qu'on nous apprend (sourit) » Madame N.

En revanche, parfois, un médecin ou une SF peut donner un conseil erroné que les parents vont par la suite suivre, voir adapter à leur façon, ce qui peut constituer un réel danger. Le conseil peut alors concerner la position de couchage, « Et mon médecin il était un peu de la vieille école donc ça le choquait pas plus que ça. Il me disait que de toute façon nous on était de la génération qui dormait sur le ventre. » Madame S, ou encore la présence du tour de lit : « Qu'il fallait surtout pas de tour, de tour de lit à l'intérieur du lit du moins pour euh pas, pour aucun risque d'étouffement ou alors il fallait que ce soit bien passé sous, derrière le matelas, bien bloqué par le matelas mais tant qu'a pas prendre de risque je l'ai mis à l'extérieur, c'était plus simple » Madame O.

On constate aisément que dans ces deux exemples, les professionnels de santé n'ont pas donné des conseils adéquats aux parents.

Cependant parfois lorsque les professionnels de santé relèvent des anomalies dans les modalités de couchage des enfants et qu'ils le font savoir aux parents,

cela peut entraîner une forte culpabilité chez les parents, puisqu'ils se sentent démunis et ne reçoivent aucune solution. « **Je l'avais emmené chez le kiné et quand il m'avait demandé comment je le faisais dormir et que je lui avais dit il m'avait regardé avec des gros yeux en me disant qu'il fallait pas faire dormir un bébé sur le ventre. Mais c'est culpabilisant déjà de le faire mais en plus quand on se sent jugé... Mais nous on faisait quoi la nuit du coup ? On le laissait pleurer toute la nuit ?** » **Madame S.**

Nous avons remarqué que lorsque les mamans nous expliquaient avoir des pratiques à risque, les professionnels de santé qui les prenaient en charge ne cherchaient pas à donner de conseils afin que la situation s'améliore et surtout que l'enfant soit couché dans un environnement plus sécurisé. C'est notamment le cas de Mesdames V,S et P. En effet elles ont évoqué avec un pédiatre, médecin ou bien SF les difficultés de sommeil de leur nourrisson, mais n'ont eu aucune solution apportée en retour, autre que « **le médecin m'a dit que ça pouvait être génétique vu que moi je ne suis pas une grosse dormeuse [...]** Il est jeune donc il faut attendre un petit peu de toute façon. » **Madame V** ou bien « **ils (professionnels de santé) m'ont dit c'est la patience** » **Madame P.**

On remarque donc que les professionnels de santé donnent des conseils à la maternité, mais une fois que les habitudes se sont installées ils ne relèvent pas forcément les comportements à risque, ce qui peut être problématique.

4.11 L'alternance jour/ nuit

La quasi-totalité des parents modifient le couchage selon le rythme nyctéméral. La journée a une réelle influence sur le couchage. Bien souvent, la journée les enfants sont couchés dans des environnements non conformes : présence de couvertures, de coussins, de peluches, position latérale, sous prétexte que les parents les surveillent. « **Là je la regarde souvent quand même** » **Madame P.** Cependant durant cet entretien, la patiente a regardé son bébé pour la première fois au bout de 15 minutes.

Certains parents adoptent des conditions de couchage dangereuses mais ne surveillent pas davantage leur enfant : « **J'ai moins besoin de le surveiller quand il est dans le cocon, parce qu'il est plus calé** » Madame R.

4.12 Méconnaissance de la réelle dangerosité de certains produits

Beaucoup de mamans méconnaissent la dangerosité de certains produits. En première ligne se place le maxi-cosy. De nombreux parents ne préfèrent pas laisser leur enfant trop longtemps dans le maxi-cosy parce qu'ils pensent que ce n'est pas confortable, et que cela présente un risque pour le dos de leur bébé.

Tous les systèmes d'installation assise posent le même souci : balancelle, siège auto, transat... Les parents ne connaissent pas le vrai risque à savoir celui de la MIN.

Question lors de l'entretien : Vous ne le laissez pas dormir dans le transat ?
« **Non [...] j'ai peur qu'au niveau du dos il ait des soucis après.** » Madame V.

Le constat est identique pour les matelas. La quasi-totalité des parents ont évoqué le confort du dos comme facteur influençant leur choix de matelas. Très peu de parents ont connaissance du fait que les matelas mous et à mémoire de forme sont proscrits pour les bébés en raison du risque de MIN. Il en va de même pour le matelas de canapé, le matelas du lit parental ou bien le coussin d'allaitement.

Les objets de puériculture comme les cocoonababy, les réducteurs de lits et les cales bébés sont également utilisés sans avoir idée du danger qu'ils représentent.

4.13 L'irrationalité

Certaines patientes adoptent une attitude irrationnelle face au couchage de leur nourrisson. C'est le cas de Madame N qui avait fait le choix d'utiliser un tour de lit pour son premier enfant. Un matin, en se levant, elle découvre son

bébé le nez collé contre le tour de lit, il est important de noter que jusqu'à ce jour son nourrisson ne bougeait pas la nuit. Son bébé va bien mais la maman a eu très peur. Pourtant, pour son deuxième enfant la maman nous confie : **« Mon mari il a dit je l'ai enlevé (*le tour de lit*), parce qu'on a pas envie de se refaire une frayeur, il l'a enlevé [...] et on le remettra quand elle commencera à gesticuler pour éviter de se prendre la tête dans les barreaux. Ouai, c'était surtout plus par peur euh en fait euh parce qu'on a été servi la première fois et qu'on voulait pas que ça recommence »** Madame N.

On constate donc que Madame N s'apprête à reproduire le même comportement que pour sa première fille alors qu'elle s'était fait très peur. En effet la peur que son enfant se cogne est importante chez cette maman, ce qui la pousse à réinstaller un tour de lit. Elle pense sans doute que sa fille pourra se retirer du tour de lit si elle est prise dedans, une fois qu'elle commencera à gesticuler.

Quelques patientes se sont équipées d'un moniteur respiratoire, qui consiste en une plaque que l'on place sous le matelas de son bébé et qui sonne lorsqu'il détecte une apnée chez le nourrisson. Madame O s'est donc procurée cette plaque étant très inquiète que son bébé cesse de respirer. Cependant Madame O ne respecte pas certaines des recommandations puisqu'un tour de lit est présent dans le lit de son bébé et qu'elle partage fréquemment son lit avec son nourrisson, alors qu'elle a connaissance des risques. Nous sommes donc encore ici dans une ambivalence, puisque Madame O a peur, mais adopte, pourtant, une attitude à risque.

Il semble donc qu'une partie touchant à l'irrationalité intervienne dans l'explication du choix de couchage par les parents.

DISCUSSION

1. Atouts de l'étude

Le nombre et la durée des entretiens réalisés est suffisant. Au 13^{ème} entretien, nous n'avions plus de nouvelles données. Afin d'affirmer la saturation des données, nous avons réalisé un ultime entretien qui n'a pas apporté de nouvelles informations. Au cours de chaque entretien la totalité des thèmes attendus a pu être abordé. Ces derniers étaient variés mais aussi concordants d'un entretien à l'autre.

2. Biais de l'étude

Le principal biais est le biais mnésique. Les entretiens ont été réalisés dans un délai de 1 à 2 mois après l'accouchement. En effet lorsque le chercheur posait la question suivante aux patientes : « Avez-vous reçu des conseils concernant le couchage de votre nourrisson que ce soit pendant votre grossesse ou après votre accouchement ? De quelle(s) origine(s) provenaient-ils ? », les patientes pouvaient parfois avoir du mal à se rappeler de la totalité des consignes qu'elles avaient reçues ainsi que du moment où ces conseils avaient été dispensés. Ce biais ne nous permet pas de savoir avec certitude quels conseils précis ont été donnés aux patientes, cependant il nous permettait de recenser ceux qui ont tendance à être mémorisés.

Le deuxième biais est également un biais cognitif et concerne la fiabilité des informations recueillies. En effet, à plusieurs reprises les patientes ont donné des informations qu'elles avaient reçues par un professionnel de santé, non conformes aux réglementations en vigueur. La question qui se posait était alors la suivante : les patientes avaient-elles mal compris la consigne ? Le professionnel en question avait-il donné une information erronée ?

Il est également arrivé qu'une patiente réponde à une question, puis que le chercheur observe un comportement inverse.

3. Un constat préoccupant

Cette étude nous a permis de mettre en évidence la tendance suivante : la totalité des patientes interrogées présente/ a présenté au moins un facteur de risque, dans le couchage de leur nourrisson. Ce résultat concorde avec les résultats relevés dans la littérature : « Lorsque tous les critères de prévention sont pris en compte simultanément, seules 5,3 % des mères envisagent de respecter totalement les recommandations pour le couchage sécurisé des nourrissons. » (9)

4. Une prévention peu efficace

La prévention de la MIN se situe à plusieurs niveaux : professionnels de santé, affichages dans les salles d'attente par exemple, ou encore campagne nationale.

Dans notre étude, moins d'1/3 des mamans affirme n'avoir reçu aucune consigne, ce qui veut dire que soit la prévention n'a pas été réalisée, soit elle a été faite mais les mamans ne s'en souviennent pas. Cela est conforté par l'étude réalisée par Noémie Fara, « 19% des mamans n'ont retenu aucune information concernant le couchage recommandé de leur enfant ».(10)

Lorsque l'on dit « moins d'1/3 des patientes », cela peut paraître peu, mais au vu de l'enjeu de santé publique que cela représente, ce taux reste élevé.

Les professionnels sont les mieux placés pour informer les parents sur les facteurs de risque et de prévention de la MIN. D'après notre étude la majorité des parents a reçu des consignes de la part d'un professionnel de santé, qu'il soit médecin traitant (MT), SF, AP, ou pédiatre. D'après un mémoire réalisé par Lucie Dif, sage-femme, en 2018, intitulé « Prévention de la mort inattendue du nourrisson : connaissances et pratiques des sages-femmes du Puy de

Dôme », 52 % des sages-femmes informaient systématiquement les parents ou futurs parents qu'elles prenaient en charge concernant la mort inattendue du nourrisson.

Cependant, dans notre étude, 2/3 des patientes nous affirmaient avoir reçu un ou plusieurs conseils provenant d'une SF. On constate un écart entre notre étude et celles de Lucie Dif. Cette différence ne peut être exploitée, puisqu'il nous est impossible d'affirmer que les patientes de notre étude ont reçu davantage de conseils de la part des sages-femmes. Lors des entretiens, certains parents nous ont confié qu'ils auraient souhaité recevoir davantage de conseils concernant le couchage de leur nourrisson, des conseils plus cohérents les uns avec les autres. Le chercheur a également ressenti, au fur et à mesure des entretiens, un vrai manque de prévention. Dans le mémoire de Lucie Dif évoqué précédemment, les raisons expliquant le manque de prévention sont les suivantes : information déjà donnée par un professionnel de santé, le fait d'exercer dans un service non approprié pour réaliser cette prévention, le manque de temps, le fait que beaucoup d'informations soient données en même temps, ainsi que la peur d'inquiéter les parents. 11% des sages-femmes n'y pensaient pas, et 3% manquaient de compétences afin d'aborder ce sujet avec les parents (11).

Le mémoire de Lucie Dif nous permet d'appuyer certains points essentiels concernant la prévention. Tout d'abord il paraît intéressant de se demander si la répétition de l'information concernant les consignes de prévention pourrait être bénéfique. Ensuite, il paraît primordial de se questionner quant à la formation des professionnels. Pour terminer il est également fondamental d'aborder la question du format des consignes.

4.1 La répétition de l'information

Le fait que l'information ait déjà été donnée par un professionnel de santé ne devrait pas justifier l'absence de prévention. Au contraire, l'information doit être répétée autant de fois que possible, afin d'être mémorisée. En effet Hermann Ebbinghaus, considéré comme le père de la psychologie expérimentale de l'apprentissage, a découvert que le fait « d'espacer dans le

temps les épisodes d'apprentissage influence grandement la rétention ultérieure »(12). Il est donc pertinent que la prévention soit réalisée pendant la grossesse, à la maternité tout au long du séjour, par la SF, l'AP ainsi que par le pédiatre lors de la visite de sortie. Cette prévention devrait donc ensuite être poursuivie par le MT, et le pédiatre qui suivent le nourrisson. Ainsi il y aurait de plus grandes chances que les parents mémorisent ces consignes de prévention.

4.2 Le moment idéal pour informer

Quand informer les parents ? Il s'agit de la question essentielle de notre étude. Le sujet est majoritairement évoqué en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ainsi qu'en suites de couches (11). Cependant la PNP s'effectue aux alentours du 8^{ème} mois, bien souvent les éléments constituant la chambre et le lit du futur nourrisson sont déjà commandés, et la chambre est même parfois terminée. Ainsi la prévention intervient trop tard. Les parents ont souvent, de leur côté, cherché des réponses sur internet, qui ne sont pas toujours adéquates. Il en va de même pour la prévention en suites de couches, l'organisation de la chambre du nourrisson et la question du lieu de sommeil de l'enfant ont bien souvent déjà été discutées et choisies auparavant par les parents. De plus lors du séjour en suites de couches, les parents reçoivent de nombreuses informations. Si les consignes concernant la prévention de la MIN du nourrisson n'ont pas été données il y a un risque que ces dernières se retrouvent noyées dans le flot d'informations délivrées.

Il paraîtrait intéressant de proposer cette thématique aux futures mamans à partir du 4^{ème} mois, lors de l'entretien prénatal précoce. Cependant ce dernier est loin d'être réalisé systématiquement. Les consultations obstétricales du 4^{ème}, et 5^{ème} mois pendant la grossesse resteraient donc le meilleur moment pour en parler. Passé le 5^{ème} mois les parents vont généralement commencer à effectuer des achats. L'annonce du sexe de l'enfant, pour les parents souhaitant le connaître, va également souvent déclencher, le besoin et l'envie de s'investir, en préparant la chambre de l'enfant. Avant ce terme-là, lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, les parents n'ont généralement pas encore

commencé à préparer la chambre de leur bébé et c'est ainsi le bon moment pour leur parler des consignes de prévention afin que les parents achètent du matériel adapté. Concernant les parents ayant déjà un ou plusieurs enfants, ils vont bien souvent réutiliser le matériel acheté pour les aînés. Les consignes de sécurité doivent donc être réexpliquées de façon approfondie, c'est-à-dire en expliquant pourquoi est-ce qu'il est nécessaire de coucher son enfant de telle façon, pourquoi est-ce que ce « cale bébé » est dangereux par exemple. Cependant un problème de taille se pose, le manque de temps au sein de la structure hospitalière. En effet 43% des médecins hospitaliers et 49% du personnel hospitalier affirment manquer de temps en ce qui concerne la prévention et l'éducation des patients (13). En très peu de temps, la SF ou le gynécologue-obstétricien (GO) doivent s'assurer de la santé maternelle et fœtale, remettre les ordonnances et les prescriptions nécessaires à la maman. Ainsi cela laisse peu de temps pour réaliser de la prévention. Nous pourrions alors imaginer remettre un flyer aux parents au cours de l'une de ces deux consultations, leur expliquer brièvement afin qu'ils puissent le lire chez eux, et en reparler à une consultation ultérieure. Il serait également intéressant de réfléchir à la mise en place de courts métrages dans les salles d'attente de consultations de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Ce dispositif n'est pas encore en place à notre connaissance. En effet cela permettrait de toucher tous les publics : parents, grands-parents mais également les jeunes filles qui ne sont pas encore mamans.

4.3 Le format des consignes

Il est également prouvé que « forcer les sujets à se souvenir des présentations précédentes d'un item donné en augmente le rappel final »(12). Cela pose donc question par rapport au format des consignes données. En effet dans les deux maternités où le chercheur a effectué son étude, les consignes de prévention de la MIN sont données oralement, de façon « catalogue » : il faut coucher votre enfant à plat dos, dans une gigoteuse, sans tour de lit, sans peluches. Dans une des deux maternités, les sages-femmes utilisent un support papier reprenant les différentes consignes. Cependant, suite à l'étude

nous constatons que les mamans ne se souviennent pas de toutes les consignes, il paraît alors important de se questionner quant à la forme de l'entretien où sont données ces conseils. De quelle autre façon pourrait-on s'y prendre afin de maximiser l'assimilation des informations ? Il pourrait être intéressant de poser aux parents la question suivante « Savez-vous/ vous souvenez-vous comment coucher votre bébé ? », plutôt que de faire un catalogue des choses à faire et à ne pas faire. Si les consignes ont été abordées au cours de la grossesse, les parents pourront alors faire un travail de restitution qui sera bénéfique pour la mémorisation et l'appropriation de ces consignes. Cela permettra également de valoriser les parents et de les rendre acteurs de la prévention favorisant ainsi la rétention des informations. Quel que soit le format des consignes, ces dernières doivent être formulées de façon positive. Il est important d'éviter les négations de type « ne pas faire ceci ou cela ».

4.4 Le cas particulier du partage de lit

Dans notre étude, 10 parents sur 14 affirment avoir déjà partagé leur lit avec leur nourrisson au moins une fois. Ce chiffre est différent de celui que l'on retrouve dans la littérature : 35% des parents partagent la même surface de sommeil que leur nourrisson (14).

Lorsque les consignes de prévention sont dispensées, il est dit aux mamans de ne pas dormir dans le même lit que leur bébé. Or nous notons un taux très important de partage de lit qui est de l'ordre de 8 patientes sur 14 soit 2/3 des patientes interrogées. Lors des entretiens le chercheur demandait systématiquement aux mamans ayant partagé le lit de leur bébé si elles avaient reçu des consignes pour installer correctement leur bébé avec elles. La réponse était toujours « Non », et les mamans avaient souvent des comportements à risques lors du partage du lit. Ainsi il est pertinent de se poser la question suivante : Au vu du nombre de partage de lit, vaut-il mieux continuer de simplement dire aux patientes que cela est interdit ? Ou bien vaut-il mieux leur dire que cela est fortement déconseillé mais que si cela arrive il faut le faire de telle façon afin que leur enfant soit en sécurité ? Il nous

semblerait adapté d'expliquer les consignes de sécurité de base en cas de partage de lit. En effet, les parents continuent de partager le lit de leur bébé même lorsqu'on leur dit que c'est dangereux. Il vaudrait donc mieux continuer cette prévention, en associant les consignes si un partage de lit a lieu.

4.5 Les habitudes de services

Lorsque les nouveau-nés transitent par le service de néonatalogie, il arrive fréquemment que ces derniers soient couchés sur le ventre ou bien en position latérale afin qu'ils se sentent en sécurité. Cela permet également de favoriser leur développement (15). Cependant ces nourrissons sont surveillés de près par un monitoring cardio-respiratoire ainsi que par le personnel soignant. Il apparait donc comme possible que ce genre de pratique puisse avoir un impact sur la façon dont les parents couchent leur enfant. En effet, les parents peuvent constater que l'opposé des consignes de prévention est appliqué en service. Une explication claire, permettant d'éclaircir la ou les raisons, que nous avons évoqué plus haut, qui ont amené à installer leur enfant dans cette position, devrait être donnée aux parents dans cette situation afin qu'ils ne reproduisent pas ces positions à la maison.

Il existe encore, dans de nombreux services de suites de couches, des couvertures dans les berceaux des nourrissons. Une fois encore, il s'agit d'une source de confusion pour les parents. Pendant trois jours, leur enfant est couché sous une couverture, puis lorsque le séjour touche à sa fin, on les informe qu'il ne faut surtout pas faire dormir leur bébé sous une couverture à la maison. Les parents peuvent donc se sentir perdus, et répéter cette façon de coucher leur bébé à la maison.

Ainsi, les couvertures devraient être interdites en suites de couches, et réservées seulement lorsqu'un problème d'hypothermie se pose, tout en expliquant correctement aux parents qu'il s'agit d'un cas exceptionnel et qu'il ne faut en aucun cas reproduire cette pratique à la maison. De plus, il existe d'autres moyens pour réchauffer un nourrisson comme le peau à peau par exemple.

Il en va de même pour l'inclinaison des berceaux en maternité. Nombreux sont les personnels soignants, SF, AP, infirmières, qui conseillent aux parents de surélever le lit de leur bébé lorsqu'il présente des reflux. Or, il ne faut pas le faire car cela constitue un risque de MIN. En effet, le nourrisson risque de glisser du fait de l'inclinaison du matelas et de ne plus pouvoir respirer correctement. En le faisant faire aux parents en maternité, ils les incitent à reproduire ce comportement à la maison. Cette consigne est méconnue de beaucoup des professionnels. Cette constatation nous permet de nous poser la question suivante : qu'en est-il de la formation des professionnels à ce sujet ?

4.6 La formation des professionnels

Les SF, AP, puéricultrices, pédiatre et MT sont les principaux professionnels de santé en charge de la prévention de la MIN. Selon un mémoire, réalisé par une SF, intitulé « La prévention de la mort inattendue du nourrisson, connaissances et pratiques des mères au retour à domicile » par Eloïse Nédélec, l'information de la MIN était donnée par les SF (87%), les puéricultrices (33%), AP (27%), les pédiatres (27%) et les GO (6%) (14). Ces différents pourcentages nous permettent de constater que l'information n'est pas donnée de façon homogène par les différents professionnels de santé et c'est-ce que l'on constate aussi dans notre étude.

L'absence de formation initiale et/ou continue des professionnels paraît être un point essentiel à cette prévention. En effet lors de la formation initiale à l'école de SF les étudiants ne sont que très peu sensibilisés à cette thématique. Chaque site de formation choisit ou non d'aborder ce sujet. La formation, tant qualitative que quantitative, est donc variable d'une école à une autre. L'apprentissage des consignes est généralement fait lors des stages en suites de couches, avec l'aide des sages-femmes encadrantes. Ainsi les étudiants répètent les consignes qu'ils ont entendus lors des stages. Les étudiants ne sont donc pas réellement formés à la prévention de la MIN étant

donné que les sages-femmes encadrantes ont reçu généralement le même enseignement que les étudiants, à l'école de SF. Les consignes données peuvent donc être erronées. Il n'est pas rare d'entendre des SF, qui encadrent les étudiants, dirent « il faut arrêter de dire que le tour de lit est dangereux, tant qu'il est bien accroché c'est bon, les bébés ne risquent rien ». Ce type de conseils peut aussi s'expliquer par l'absence de formation initiale et/ ou continue ainsi que par l'expérience personnelle des SF.

Le développement professionnel continu est un dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé, dont un des objectifs est le suivant : « La prise en compte des priorités de santé publique »(16). Comme nous l'avions évoqué en introduction, la MIN est un enjeu majeur de santé publique. Il paraît donc primordial que les sages-femmes aient accès à des formations, concernant la prévention de la MIN, régulièrement afin de renouveler leurs connaissances. En effet les consignes de prévention peuvent évoluer sur plusieurs années, par exemple la dangerosité du tour de lit dans les recommandations nationales, ne date que de 2018 (17). Il existe également de nouveaux « gadgets » (cale bébé, réducteur de lit...) permettant de coucher un enfant, mais aucune prévention n'est faite à ce sujet.

Il en va de même concernant les pédiatres. Une formation obligatoire devrait être mise en place. Celle-ci aurait lieu tout au long de l'exercice professionnel (tous les cinq ans par exemple) du praticien en question. Les GO peuvent se sentir moins concernés par la prévention de la MIN. Cependant, beaucoup de patientes sont suivies exclusivement par des GO durant la grossesse, il est donc important que ces derniers aient des connaissances solides à ce sujet afin d'entamer la prévention durant la grossesse.

4.7 Une nouvelle campagne de prévention ?

Une nouvelle campagne nationale de prévention pourrait être d'une grande utilité. En effet la dernière date de 20 ans et avait été d'une grande efficacité puisqu'elle avait permis de considérablement diminuer le taux de MIN. Aujourd'hui, cette campagne pourrait permettre de réduire à nouveau ce taux, et de remettre à jour les facteurs de risques aux yeux du grand public.

Néanmoins cette année l'ANCRéMIN a organisé une semaine de prévention avec l'aide de l'association Naitre et Vivre en s'associant aux personnels de plusieurs centres de référence de MIN pour animer des ateliers de prévention et d'information sur la MIN (18). Au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, une après-midi avait été organisée, en septembre 2019, au cours de la semaine nationale de prévention : une SF et des étudiantes volontaires sont venues au contact des patientes, dans les salles d'attente, avec un lit à barreau, un poupon et divers accessoires afin de discuter avec les patientes des conditions de couchage. Ces actions pourraient être menées dans tous les centres hospitaliers de France afin d'avoir un impact maximal sur les comportements des parents. Cependant, ces dernières concerneraient uniquement les parents présents en consultation et en suites de couches ce jour-là. On pourrait donc imaginer, une salle dédiée aux conseils de sortie en suites de couches, où l'on pourrait convier plusieurs parents en séjour en maternité afin de faire des conseils de sorties « pratico-pratiques », en simulant plusieurs possibilités de couchage, ce qui permettrait donc d'associer la mémoire visuelle et auditive et ainsi augmenter la mémorisation de l'information.

Cependant l'implication des professionnels reste très discutée dans leur impact auprès des jeunes parents. En effet « + de 50 % des mères considèrent que les professionnels n'ont pas d'impact notable sur leur façon de coucher leur enfant. » (9). La raison expliquant ceci est : « le manque d'uniformité et de cohérence des messages préventifs délivrés par l'ensemble des professionnels de santé décrédibilise la parole des autorités médicales, et renforce parallèlement l'influence grandissante des médias sur les jeunes parents » (9). Cela nous conforte donc dans la nécessité de revoir la formation des professionnels.

5. Internet et matériel de puériculture

5.1 La dangerosité d'internet

Internet représente aujourd'hui une source d'information quasi infinie. Dans le cadre des conseils de couchage on trouve des informations en accord avec

les recommandations nationales mais également l'inverse. Il existe une véritable contradiction entre certaines informations, et surtout avec les recommandations des professionnels de santé.

De nombreux sites véhiculent des informations inappropriées, et notamment des forums de discussion entre les jeunes mamans, où ces dernières se donnent des conseils pour dormir avec leur nourrisson, ou encore, pour aider des mamans en détresse en manque de sommeil (19). Les conseils sont de différents ordres : mettre son bébé en position fœtale (donc latérale), utiliser l'emballage qui est pourtant contre-indiqué.

Des sites comme la Leche League mettent également à disposition des parents des conseils pour effectuer le partage de lit (20), notamment en proposant une affiche s'intitulant « 7 conditions pour partager le lit avec son bébé en toute sécurité » (Annexe 7). Elle préconise de ne pas fumer, de ne pas consommer d'alcool, drogues ou somnifères, que le nourrisson soit né à terme et soit en bonne santé, qu'il dorme sur le dos, légèrement vêtu et non emballé, et pour terminer sur une surface sécurisée (matelas ferme, pas d'oreiller...). Ainsi ce genre d'information peut induire un comportement à risque. Le sommeil partagé est un réel problème en France puisqu'il concerne 32% des nourrissons (21). Dans cette étude, la fatigue parentale et les pleurs du nourrisson étaient les raisons les plus mentionnées qui justifiaient le partage de lit. Il paraît donc intéressant de mettre en place un modérateur sur les forums et sites internet afin de rectifier les informations erronées et éviter la diffusion de ce genre d'information, qui peuvent être, à terme, très dangereuses.

5.2 Le marketing

Ce thème était très présent lors de la réalisation des entretiens. Effectivement l'esthétique de la chambre de l'enfant occupe une place centrale pour les parents. Un second problème se pose : l'influence des images provenant d'internet ou de magazines de puériculture.

Les objets de puériculture représentent un réel danger pour les nourrissons. Les sites internet et les magazines sont encore et toujours plus attractifs afin

de déclencher l'achat. Nous vous en proposons un exemple en annexe 8. Dans les descriptions de certains produits on peut, par exemple, lire « Ce cale-bébé respirant a été conçu pour assurer une bonne position de couchage pour bébé en toute sécurité. »(22). Les commerciaux axent leur publicité sur le confort et la sécurité de l'enfant et incite les parents à acheter en jouant sur leur culpabilité. Alors qu'en réalité c'est tout le contraire, le produit n'assure en aucun cas la sécurité du bébé, il est même dangereux.

De plus selon l'étude quantitative « Analyse des représentations du couchage des nourrissons », réalisée en 2017, qui a analysé les 3 plus grands magazines de bébés et les 3 sites les plus visités : « 85 % des photographies transmettaient aux lecteurs 3 à 5 messages contraires aux recommandations de prévention de la MIN. 68,5% des textes avaient un discours conforme aux recommandations de prévention de la MIN. Dans plus de 9 cas sur 10, l'enfant n'était pas dans une turbulette, pas dans un lit à barreaux et sans tétine. Pas de position en décubitus dorsal pour 35.5% des photos. Il semblerait que le marché de la puériculture et les dérives commerciales modifient les repères des jeunes parents. » (23). Notre constat vient donc bien confirmer cette étude qui est préoccupante. Comment les parents peuvent-ils respecter les consignes que nous leur donnons alors qu'en parallèle, dans leur quotidien, des images comportant des messages contraires circulent dans les catalogues et sur internet ? De plus ces informations viennent contrecarrer les informations dispensées par des professionnels de santé. Le discours de ces derniers peut donc aisément être discrédité par les vendeurs d'objets de puériculture. On note également que les parents pourraient culpabiliser de ne pas avoir « le cale bébé » ou « le matelas à mémoire de forme » qui apporterait confort et sécurité à leur enfant. En effet les consignes données amènent les parents à installer leur enfant dans un environnement qui est finalement assez austère, sans peluche, sans couverture ni tour de lit. Le lit se retrouve finalement « à nu », avec simplement un drap housse et une turbulette. Les parents ne sont finalement pas valorisés en respectant les consignes de sécurité, et peuvent donc très rapidement s'affranchir de ces dernières. C'est-ce que nous a confirmé notre enquête, plusieurs mamans nous ont affirmé utiliser tel ou tel produit parce qu'il était joli ou décoratif.

Concernant ce facteur de risque, il serait d'autant plus intéressant d'informer les parents le plus tôt possible pendant la grossesse. Une campagne d'information gouvernementale sur les risques de ces produits et leur interdiction serait souhaitable. Cependant le domaine de la puériculture est un domaine économique très actif avec un marché qui s'élève à 1 milliard d'euros (24). Les vendeurs dans ce domaine répondent à une demande des parents, l'information et l'éducation des parents ainsi que celle de l'entourage permettraient de faire diminuer, en théorie, la demande et donc les ventes.

6. La difficulté de l'association sécurité et confort du nourrisson

Dans la majorité des entretiens le confort du nourrisson a été mis en avant par les mamans. Il a même été plus important que sa sécurité. Très souvent les mamans nous ont confiées que si telle technique n'avait pas fonctionné elles auraient essayé autre chose. En effet, elles n'étaient pas attachées à une technique et étaient donc prêtes à en changer. Par exemple, « si mon bébé n'avait pas réussi à dormir sur le dos, on aurait essayé une autre position ». Le fait que les mamans aient ce genre de comportement s'explique en grande partie par l'irrationalité de certains comportements, que nous développerons dans la prochaine partie, mais également certainement parce que peu d'entre elles connaissent les vrais risques. En effet, lorsque les professionnels de santé abordent la question du couchage ils sont 80% à utiliser le terme « mort inopinée du nourrisson ».(11) Cependant dans notre étude, moins de 2/3 des patientes ont abordé le terme exacte de la MIN, soit parce qu'elles n'y ont pas pensé ou qu'elles ne souhaitent pas en parler lors de l'entretien, soit parce qu'elles ne connaissent pas ce risque ou qu'on n'a pas abordé le terme exact avec elles. En effet ce terme, peut être anxiogène pour les jeunes parents, le professionnel peut ne pas être en utilisant ce mot et il peut être compliqué d'aborder ce sujet avec eux. Lorsque la prévention est réalisée en suites de couches, les jeunes parents viennent tout juste d'accueillir leur bébé, il est donc compliqué de leur parler de consignes permettant de prévenir « la mort » de leur nourrisson, alors qu'il profite de « la naissance, la vie » de leur bébé. Peut-être pourrions-nous employer le terme de « protection » plutôt que de

« MIN ». Le mot « protection » serait connoté bien plus positivement, serait moins inquiétant pour les parents, tout en les valorisant de « protéger leur bébé », grâce à leur respect des consignes.

Les informations devaient être expliquées concrètement afin que les parents comprennent l'enjeu qui se situe derrière ces consignes de couchage. Par exemple, pour la position ventrale : « Il est important de ne pas faire dormir son bébé sur le ventre, car dans cette position il a un risque de coincer son visage contre le matelas et donc de ne plus pouvoir respirer. »

7. La psychologie maternelle

Au-delà de tous les points abordés précédemment, la finalité de la question que nous nous posons est plus compliquée qu'il n'y paraît. En effet au cours de ces 14 entretiens, le chercheur a perçu que la psychologie jouait un rôle fondamental dans le respect des consignes. Il s'agit notamment d'une partie à laquelle nous n'avons pas accès : l'inconscient.

« Les parents projettent sur leur enfant une impulsion énorme pour vivre et aimer : cependant, cette impulsion est souvent influencée par leurs souhaits, dans une plus ou moins grande mesure, teignant la relation d'un narcissisme non égocentrique, mais plutôt inconscient ou expectatif. »(25). La décoration de la chambre ainsi que la préparation du lit avec un joli tour de lit, une belle couverture, des peluches, ont une véritable dimension narcissique pour le parent. Ce dernier projette son propre besoin de s'investir dans la chambre, sur les besoins de l'enfant à venir. Pour les parents, il est narcissiquement plus satisfaisant d'être un parent qui « donne » (des peluches, une jolie couverture, un matelas confortable...), et non pas un parent qui « ôte ».

Il y a sans doute également un déni quant au risque de MIN. Certaines mamans expriment clairement « je sais qu'il ne faut pas le faire, mais je le fais quand même. » On touche ici donc à un problème de dénégation du risque qui se retrouve également dans l'utilisation du téléphone portable en voiture mais également la consommation de tabac (26). En effet les patientes savent que ce n'est pas bien mais continuent quand même, nous faisons donc face à un comportement irrationnel.

Une limite apparaît donc ici. Certains comportements dangereux de la part des parents touchent à l'irrationalité. Certains parents ont pu bénéficier d'une prévention efficace, au bon moment et se souviennent des consignes de sécurité, cependant certaines de ces consignes ne sont pas appliquées ou de façon inconstante. Ainsi en réunissant toutes les solutions proposées précédemment, c'est-à-dire, une prévention adaptée, la formation des professionnels, ainsi que l'instauration de modérateurs sur les sites internet, certains parents continueront à ne pas respecter les consignes de sécurité et à mettre leur enfant en danger. Nos préconisations se heurteront donc continuellement à cette limite.

La deuxième limite qui se pose dans notre étude est la suivante : de quelle(s) façon(s) peut-on aider les parents à gérer les multiples informations contradictoires qu'ils reçoivent de la part des professionnels de santé, de leur entourage, des forums, des sites internet de puériculture... ? Au terme de cette étude, une explication plus poussée sur les risques encourus avec des ateliers pratiques afin que les parents aient une compréhension maximale de ce sujet serait une piste. Le fait de rappeler que le carnet de santé représente les recommandations nationales en France et qu'en cas de doute les parents doivent s'y référer systématiquement constitue également une seconde piste. Cependant hormis ces deux pistes, qui restent à explorer, nous n'avons pas d'autres suggestions afin de s'affranchir de cette limite.

8. Axes d'amélioration

8.1 Une mobilisation à l'échelle nationale

Une mobilisation à plus grande échelle paraît indispensable. Tout d'abord par le biais d'une nouvelle campagne de prévention, comme celle effectuée en 1997. De plus, une campagne d'information gouvernementale sur les risques et une interdiction ciblant les accessoires de puéricultures dangereux seraient les bienvenus.

L'investissement dans des modérateurs professionnels afin d'éliminer les informations erronées et dangereuses circulant sur internet et dans les forums serait également souhaitable.

Il serait également opportun de promouvoir le carnet de santé et surtout les informations qu'il contient auprès des parents, en leur rappelant que ce dernier représente la référence concernant les enfants. En effet, le carnet de santé n'est pas systématiquement mentionné dans les conseils de sortie. Au sein du carnet de santé, certaines informations pourraient peut-être être plus claires, comme notamment le fait qu'il ne faut pas surélever le matelas de son bébé. La seule mention se rapportant à cela est «couchez votre bébé à plat sur le dos »(17). Cependant, pour les parents cette indication n'est certainement pas assez parlante. Il vaudrait peut-être mieux écrire en toute lettre qu'il est préférable de ne pas surélever le matelas de leur bébé.

8.2 Une mobilisation à l'échelle de l'hôpital et du secteur libéral

La formation des professionnels au contact des jeunes parents paraît essentielle. La formation initiale doit être renforcée, et la formation continue obligatoire.

Quant à la prévention, une redynamisation de cette dernière semble indispensable. Les consignes de prévention doivent être données au cours de la grossesse, après l'accouchement en suites de couches, ainsi que lors des visites chez le pédiatre ou le MT.

Pendant la grossesse, il serait intéressant de mettre en place des dépliants et des affiches dans les salles d'attente. Mais aussi de proposer la mise en place de courts-métrages sur des télévisions dans les salles d'attentes de consultations de gynécologies et d'obstétriques ainsi que de pédiatries. Cela permettrait de toucher les futurs parents, les jeunes parents, mais également toutes les personnes venant consulter en gynécologie, c'est-à-dire des jeunes filles, des jeunes adultes ainsi que les grands-parents. Un flyer pourrait également être remis en main propre (Annexe 9) et expliqué par le professionnel pendant la consultation.

En suites de couches, les couvertures doivent être enlevées des berceaux. Les parents devraient être informés de l'obligation d'apporter une turbulette en maternité. La couverture devrait être utilisée occasionnellement sur indication médicale (hypothermie). Une « réunion de conseils de sortie » pourrait être

organisée, avec du matériel, afin de favoriser la mémoire auditive, visuelle mais également l'interaction et l'échange d'expériences et d'informations entre les couples présents.

La consolidation de cette prévention pourrait renforcer l'adhésion et le respect des consignes, ce qui permettra à terme de diminuer les ventes concernant le matériel inadapté. Les vendeurs répondent à une demande des parents, ainsi, si les demandes diminuent, en théorie, les ventes devraient diminuer. Cependant l'offre crée la demande et non l'inverse, nous nous heurtons donc à une troisième limite.

8.3 Une mobilisation personnelle

Les parents doivent comprendre l'enjeu qui se cache sous ces consignes : la prévention de la MIN. Les parents doivent prendre de la distance par rapport aux images vues dans les magazines de puériculture ou encore sur les réseaux sociaux. Pour cela il est nécessaire que les parents comprennent que la sécurité de leur bébé passe avant tout. Il est également important qu'ils comprennent qu'un enfant tout simplement installé dans un lit à barreaux, à plat sur le dos, sur un matelas ferme, dans une turbulette, sans peluche ni tour de lit, sans objet mou (cale bébé, réducteur de lit, coussin anti-tête plate) est en sécurité mais aussi en position confortable.

8.4 Une nouvelle étude ?

Afin d'approfondir nos recherches, il serait intéressant de réaliser une étude à grande échelle, sur l'implication et les connaissances de chaque professionnel de santé sur cette thématique afin de retravailler la formation de ces derniers, et la prévention. Cela permettra donc d'évaluer les véritables besoins en matière de formation des professionnels de santé.

CONCLUSION

Les entretiens réalisés nous ont permis de montrer que les consignes de prévention ne sont que partiellement appliquées et qu'il existait plusieurs facteurs de non observance justifiant le non-respect des conseils de sécurité concernant la prévention de la MIN.

Les items les moins respectés concernaient la non utilisation d'un lit à barreaux, la présence d'oreiller et de couverture, l'utilisation d'un matelas autre que « ferme », l'absence de gigoteuse, le partage de lit, ainsi que l'absence de partage de chambre pendant les 6 premiers mois.

Si au lancement de cette étude il nous semblait que ces freins seraient aisément surmontables, nous avons pu constater, tout au long des entretiens, que cela n'est en réalité pas si simple.

Les principaux freins retrouvés sont les suivants : manque de prévention de la part des professionnels de santé très certainement dû à un manque de formation initiale et continue, absence de mesure prise par le gouvernement devant la stagnation du taux de MIN ainsi que devant le marketing acharné des géants de la puériculture. Enfin la psychologie parentale occupe une place importante.

En ce qui concerne la prévention intra-hospitalière, nous avons suggéré plusieurs idées comme la distribution d'un flyer au cours de la grossesse présentant l'environnement de couchage sécuritaire pour un nourrisson afin que les parents puissent acheter du matériel adapté. Le passage de court-métrage dans les salles d'attente permettrait de toucher un plus large public et favoriser l'intégration des consignes. Retravailler sur un nouveau format de conseils de sortie, qui est aujourd'hui majoritairement représenté par un livret distribué et/ ou des conseils oraux. La mise en place d'ateliers pratiques permettrait d'associer la mémoire visuelle et auditive et ainsi de maximiser la rétention de l'information et de maximiser les échanges entre parents-professionnels et de parents à parents.

Un groupe de travail afin de travailler sur ces différentes idées pourrait être mis en place. Cependant un problème de taille se pose : la dimension économique de ce projet, le manque de temps au sein des hôpitaux et le manque de personnel dans les services. Actuellement, les professionnels n'ont bien souvent pas le temps de prendre le temps nécessaire pour chaque patient. Aussi, rajouter une charge de travail paraît compliqué à ce jour.

En ce qui concerne la prévention à l'échelle nationale, cela se complique. En effet, mettre en place une campagne de prévention nationale serait d'une grande aide. Il en va de même concernant les produits de puériculture dangereux. Les associations de prévention pourraient s'adresser à certains représentants nationaux comme les députés ou ministres, avec le soutien d'associations de parents ainsi que d'association de professionnels pour porter une nouvelle campagne de prévention.

Pour terminer, la psychologie parentale est quelque chose qu'il est difficile d'atteindre, et pourtant, il s'agit du plus gros frein concernant la prévention de la MIN. De nombreux parents connaissent ces consignes de prévention, mais ne les respectent pas.

La place de la SF est primordiale dans la prévention de la MIN, que ce soit pendant la grossesse, en suites de couches, ou bien au retour à la maison. Son rôle est de dispenser les consignes de prévention pendant la grossesse, vérifier leur juste application et les rappeler en maternité, puis faire une ultime vérification ou un rappel lors du retour à domicile.

Des progrès ont été fait ces dernières années. En effet le taux de MIN a diminué et reste aujourd'hui stable. On note également des progrès en termes de prévention, le carnet de santé a été mis à jour et de nombreuses associations ont vu le jour et proposent des formations pour les professionnels. Cependant, 100 à 150 décès seraient encore évitables chaque année, il est donc urgent d'agir et de mettre en place ces actions au niveau local mais aussi national.

Pour conclure, il serait intéressant de réaliser une étude, dans un délai de 2 ans, avec des sages-femmes formées à la prévention de la MIN. Cette étude permettrait d'évaluer si, une formation supplémentaire des sages-femmes, encourageraient les parents à respecter davantage les consignes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Web EE. ANCREMIN: Association nationale des centres de références de la mort inattendue du nourrisson [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ancremin.net/index.php/Historique>
2. Épidémiologie de la MIN : causes, mécanismes et facteurs de risque [Internet]. Naître et Vivre. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/epidemiologie-min/>
3. La mort inattendue du nourrisson - association Naître et vivre [Internet]. Naître et Vivre. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/mort-inattendue-nourrisson/>
4. Bilan de la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson - Sénat [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/1998/qSEQ980910827.html>
5. Actualités 2012, II.HARREWIJN, O.PIDOUX, G.AMBONIE. Mort inattendue du nourrisson, Actualité 2012 [Internet]. Mort inattendue du nourrisson; 2012 sept 28 [cité 2 déc 2019]; Palais des Congrès de la Grande Motte. Disponible sur: http://gen-montpellier.fr/data/_uploaded/image/actes/gen_min_2012_recueil.pdf
6. Moon RY, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics. nov 2016;138(5):e20162940.
7. Redaction. Comment coucher votre bébé [Internet]. Naître et Vivre. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/comment-coucher-votre-bebe/>
8. Supports de prévention de la mort inattendue du nourrisson [Internet]. Naître et Vivre. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressources-supports-prevention-min/>
9. Prévention de la mort inattendue du nourrisson - Étude multicentrique évaluant les connaissances parentales sur les modalités de couchage des nourrissons | Sage-Femme Pratique [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/004837-prevention-mort-inattendue-nourrisson-etude-multicentrique-evaluant>
10. Fara N. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques. Enquête chez les mamans du réseau de périnatalité Loire-Nord-Ardèche. [Lyon]; 2016.

11. Dif L. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : connaissances et pratiques des sages-femmes du Puy-de-Dôme. Étude quantitative auprès de 120 sages-femmes du Puy-de-Dôme. 1995;75.
12. Gerbier É, Koenig O. Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation ? Revue théorique des effets de pratique distribuée. L'Année Psychol. 2015;Vol. 115(3):435-62.
13. Carnet de santé des Français et personnels hospitaliers-Odoxa-MNH-juin 2018_Vmag_1.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: https://mnh-mag.fr/sites/default/files/2018-07/Carnet%20de%20sant%C3%A9%20des%20Fran%C3%A7ais%20et%20personnels%20hospitaliers-Odoxa-MNH-juin%202018_Vmag_1.pdf
14. Nédélec É. La prévention de la mort inattendue du nourrisson, connaissances et pratiques des mères au retour à domicile. Étude prospective réalisée dans les structures hospitalières et libérales de Brest et de Quimper entre le 15 juillet et le 24 octobre 2014. :42.
15. Pr PICAUD, Pr CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie Guide pratique à l'attention des soignants [Internet]. Disponible sur: https://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/nidcap_chu_MPL.pdf
16. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
17. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-santé-de-l-enfant>
18. Rédaction. Semaine nationale de prévention de la MIN 2019 [Internet]. Naître et Vivre. 2019 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/semaine-nationale-de-prevention-de-la-min-2019/>
19. Sommeil de nos bébés. Forum sur l'allaitement et le maternage.
20. Claude. 7 conditions pour partager le lit avec son bébé en toute sécurité [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilles-de-ill-france/1809-7-conditions-pour-partager-le-lit-avec-son-bebe-en-toute-securite>
21. Christelle. DA 65 : Sommeil partagé en France [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1464-da-65-sommeil-partage-en-france>
22. Cale bébé ergo Air+ Gris de Candide, Cales-bébé : Aubert.

23. Guitton C, Bouin T, Oriot D. Analyse des représentations du couchage des nourrissons. Rev Sage-Femme. juin 2017;16(3):180-6.
24. Le secteur de la puériculture en ligne : étude de marché [Internet]. ECN | E-Commerce Nation. 2017 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ecommerce-nation.fr/evolution-secteur-puericulture-ecommerce-etude-marche/>
25. Le narcissisme inconscient dans les relations entre parents et enfants [Internet]. Nos Pensées. 2018 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://nospensees.fr/le-narcissisme-inconscient-dans-les-relations-entre-parents-et-enfants/>
26. Magazine LP. Les Français, champions de la prise de risque [Internet]. Le Point. 2019 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/axa-prevention-des-risques/les-francais-champions-de-la-prise-de-risque-18-06-2019-2319609_3936.php

BIBLIOGRAPHIE

Articles de revues

- Cavalier A, Picaud J-C. Prévention de la plagiocéphalie posturale. Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15:S20-3.
- Das RR, Sankar MJ, Agarwal R, Paul VK. Is “Bed Sharing” Beneficial and Safe during Infancy? A Systematic Review. Int J Pediatr [Internet]. 2014 [cité 31 août 2019];2014. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941230/>
- Déni, négation et dénégation : aspects psychopathologiques et cas cliniques. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/475773/>
- Desurmont M, Schepens C. Quelles sont les conséquences à court, moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse ? - Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utero au tabagisme : comment informer les parents qui fument ? Wwwem-Premiumcomdatarevues0368231500340HS1223 [Internet]. 10 avr 2008 [cité 28 juill 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/138489/resultatrecherche/7>
- Driessche LV. Place et enjeux du narcissisme dans la parentalité. Cah Psychol Clin. 6 oct 2011;n° 37(2):89-102
- Gerbier É, Koenig O. Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation ? Revue théorique des effets de pratique distribuée. LAnnee Psychol. 2015;Vol. 115(3):435-62.
- Guitton C, Bouin T, Oriot D. Analyse des représentations du couchage des nourrissons. Rev Sage-Femme. juin 2017;16(3):180-6.
- Haute Autorité de Santé - Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/jcms/c_533467/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans
- La rationalité individuelle - Eco Psycho [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://ecopsycho.gretha.cnrs.fr/spip.php?rubrique19>
- Levieux K, Patural H, Harrewijn I, Huchet EB, Visme S de, Gallot G, et al. The French prospective multisite registry on sudden unexpected infant death (OMIN): rationale and study protocol. BMJ Open. 1 avr 2018;8(4):e020883.

- Moon RY, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. nov 2016;138(5):e20162940.
- Patural H, Harrewijn I, Cavalier A, Levieux K, Farges C, Gras Leguen C, et al. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. *Arch Pédiatrie*. 1 nov 2017;24(11):1057-9.
- .Perreti-Watel P. La société du risque [Internet]. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-societe-du-risque--9782707164568.htm>
- Prévention de la mort inattendue du nourrisson - Étude multicentrique évaluant les connaissances parentales sur les modalités de couchage des nourrissons | Sage-Femme Pratique [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/004837-prevention-mort-inattendue-nourrisson-etude-multicentrique-evaluant>
- Smith LA, Colson ER, Rybin D, Margolis A, Colton T, Lister G, et al. Maternal Assessment of Physician Qualification to Give Advice on AAP-Recommended Infant Sleep Practices Related to SIDS. *Acad Pediatr*. nov 2010;10(6):383-8.
- Tabac et mort subite du nourrisson. /data/revues/03682315/0032SUP1/1S33/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 28 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/114899>
- Touvenot V. Approche psychodynamique de la mort subite du nourrisson. *Psychol Clin Proj*. 1997;3(1):127-56.

Mémoires

- Collet-Beillon V. Mort inattendue du nourrisson : implication des sages-femmes dans la prévention. *Audit Clinique auprès des sages-femmes du Rhône*. 2014.
- Dif Lucie. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : connaissances et pratiques des sages-femmes du Puy-de-Dôme. Étude quantitative auprès de 120 sages-femmes du Puy-de-Dôme. 2018.
- Fara N. Prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques. *Enquête chez les mamans du réseau de périnatalité Loire-Nord-Ardèche*. [Lyon]; 2016.

- Nédélec É. La prévention de la mort inattendue du nourrisson, connaissances et pratiques des mères au retour à domicile. Étude prospective réalisée dans les structures hospitalières et libérales de Brest et de Quimper entre le 15 juillet et le 24 octobre 2014. :42.

Sitographie

- Actualités 2012, II.HARREWIJN, O.PIDOUX, G.AMBONIE. Mort inattendue du nourrisson, Actualité 2012 [Internet]. Mort inattendue du nourrisson; 2012 sept 28 [cité 2 déc 2019]; Palais des Congrès de la Grande Motte. Disponible sur: http://gen-montpellier.fr/data/_uploaded/image/actes/gen_min_2012_recueil.pdf
- Bilan de la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson - Sénat [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/1998/qSEQ980910827.html>
- Cale bébé ergo Air+ Gris de Candide, Cales-bébé : Aubert.
- Carnet de santé des Français et personnels hospitaliers-Odoxa-MNH-juin 2018_Vmag_1.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: https://mnh-mag.fr/sites/default/files/2018-07/Carnet%20de%20santé%20des%20Français%20et%20personnels%20hospitaliers-Odoxa-MNH-juin%202018_Vmag_1.pdf
- Christelle. DA 65 : Sommeil partagé en France [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1464-da-65-sommeil-partage-en-france>
- Claude. 7 conditions pour partager le lit avec son bébé en toute sécurité [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilles-de-lll-france/1809-7-conditions-pour-partager-le-lit-avec-son-bebe-en-toute-securite>
- La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
- La mort inattendue du nourrisson - association Naître et vivre [Internet]. Naître et Vivre. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/mort-inattendue-nourrisson/>
- La vidéo Sommeil sécuritaire pour votre bébé [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=QHvKI20iii0>

- Le secteur de la puériculture en ligne : étude de marché [Internet]. ECN | E-Commerce Nation. 2017 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ecommerce-nation.fr/evolution-secteur-puericulture-ecommerce-etude-marche/>
- Magazine LP. Les Français, champions de la prise de risque [Internet]. Le Point. 2019 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/axa-prevention-des-risques/les-francais-champions-de-la-prise-de-risque-18-06-2019-2319609_3936.php
- Naître et vivre, association de lutte contre la mort inattendue du nourrisson et d'accompagnement de parents endeuillés [Internet]. Naître et Vivre. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org>
- DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>
- Pr PICAUD, Pr CAMBONIE. Soins de développement en néonatalogie Guide pratique à l'attention des soignants [Internet]. Disponible sur: https://www.perinat-france.org/UPLOADS/pdfs/nidcap_chu_MPL.pdf
- Rédaction. Comment coucher votre bébé [Internet]. Naître et Vivre. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/comment-coucher-votre-bebe/>
- Redaction. Prévention de la MIN sur France 5 [Internet]. Naître et Vivre. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/prevention-de-la-min-sur-france-5/>
- Redaction. Semaine nationale de prévention de la MIN 2019 [Internet]. Naître et Vivre. 2019 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: [http://naitre-et-vivre.org/semaine-nationale-de-prevention-de-la-min-2019/Sommeil de nos bébés. Forum sur l'allaitement et le maternage](http://naitre-et-vivre.org/semaine-nationale-de-prevention-de-la-min-2019/Sommeil-de-nos-bebes.Forum-sur-l'allaitement-et-le-maternage)
- Web EE. ANCREMIN: Association nationale des centres de références de la mort inattendue du nourrisson [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ancremin.net/index.php/Historique>

Iconographie :

- Agence de santé publique du Canada. Sommeil sécuritaire pour votre bébé. [Internet]. 2014 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=HP15-8-2014-fra&op=pdf&app=Library>
- Supports de prévention de la mort inattendue du nourrisson [Internet]. Naître et Vivre. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressources-supports-prevention-min/>

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Bonjour, je suis Marie Riberolle, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Bourg-en-Bresse.

Durant cette dernière année je réalise un mémoire de fin d'étude. Ce dernier portera sur le retour à domicile après le séjour en maternité et le sommeil du nourrisson.

Pour cela je réalise des entretiens auprès de mamans volontaires. Ces entretiens d'une durée de 45-90 minutes, auront lieu 1 à 2 mois après l'accouchement.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je me propose de recueillir vos coordonnées ce jour et de vous recontacter dans un délai de 1 mois environ afin de fixer une date de rencontre pour effectuer cet entretien.

Afin de permettre une meilleure dynamique d'échange tout au long de cet entretien et de respecter au plus près vos paroles, je souhaiterai, avec votre accord, pouvoir enregistrer notre entrevue sur fichier audio.

Cet entretien est basé sur le volontariat, il sera bien sûr confidentiel et restera anonyme.

Je m'engage à effacer le fichier audio une fois mon travail de mémoire terminé.

Si vous souhaitez participer à cette étude je vous laisse compléter le formulaire suivant.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce travail.

Marie Riberolle

Je soussignée

- Accepte de participer à l'étude réalisée par Marie Riberolle.
- N'accepte pas de participer à l'étude réalisée par Marie Riberolle.
- J'accepte que notre entretien soit enregistré puis effacé à l'issue de son étude.
- Je n'accepte pas que l'entretien soit enregistré.

Vous pourrez me recontacter au :

-tel :

Fais-le :

Signature :

A :

Annexe 2 : Images utilisées lors de l'entretien





Images issues de magazines proposant du matériel de puériculture : Aubert, Autour de bébé, Ikéa et Maison du Monde.

Annexe 3 : Grille d'entretien

Question principale : Pouvez-vous m'indiquer l'image/ les images qui est/sont la/les plus susceptible(s) de représenter le lieu de sommeil de votre enfant ?

Pourquoi avez-vous choisi cette image ?

Questions pour rediriger la patiente :

- Est-ce qu'il y a des éléments présents sur l'image que vous avez choisi que vous pouvez retrouver dans la chambre de votre nourrisson par exemple ? ou bien est-ce qu'il y a des éléments présents sur la photo qui ne sont pas présent dans l'environnement de votre nourrisson ?
- Est-ce qu'il y a une/des autre(s) image(s) qui sont susceptibles de correspondre à un autre lieu de sommeil de votre enfant ?
- Si la patiente choisit une autre image : dans quelles circonstances le lieu de sommeil de votre enfant peut-il être amené à changer ? Cela est-il fréquent ou bien exceptionnel ?
- De manière générale, comment s'est passé votre retour à la maison ? Comment vous êtes-vous sentie ? Avez-vous éprouvé des difficultés face à une situation/ plusieurs situations ? Comment avez-vous pallier ces difficultés ?
- Comment se passe le sommeil de votre nourrisson ?
- Avez-vous rencontré des difficultés concernant le sommeil de votre bébé ?
- Avait-il/ A-t-il des difficultés pour s'endormir ?
- Est-ce que votre bébé pleurait/pleure beaucoup au moment du coucher ?
- Lorsque les nuits/ les périodes de sommeil de votre bébé étaient compliquées que faisiez-vous ? Avez-vous des astuces que vous mettez en place dans ces cas-là ? Si oui, lesquelles ?
- Avez-vous reçu des conseils à la maternité à mettre en place dans ce genre de situation ? concernant l'environnement de votre enfant ? concernant le couchage de votre enfant ?
- Comment avez-vous imaginé et préparé l'environnement de votre enfant pendant votre grossesse ? sa chambre ? son espace de sommeil ?
- De quels conseils donnés à la maternité vous souvenez-vous ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous reçu des conseils de vos proches/amis/médecin/personnel médical ... concernant le futur environnement de votre bébé pendant la grossesse ? si oui lesquels ? les avez-vous suivis ? Pourquoi ?
- Si la patiente a déjà un ou plusieurs enfants : Avez-vous aménagé l'espace de sommeil de votre enfant différemment par rapport à celui de vos aînés ? Pourquoi ? Quels sont les éléments qui ont changé ?
- Pouvez-vous me montrer une ou plusieurs images qui représentent un lieu où vous ne feriez pas dormir votre enfant / qui ne vous semble pas adéquat pour faire dormir un nourrisson ? Pourquoi ?

- Si vous pratiquez le cododo : vous a-t-on donné des consignes de bases pour la sécurité de votre enfant ? si oui lesquelles ?
- Si la patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants : l'espace de sommeil est-il différent par rapport celui de vos aînés ? Quels éléments ont changé ?
- Pourriez-vous me montrer une ou plusieurs images qui représentent un lieu où vous ne feriez pas dormir votre enfant ? Pour quelles raisons ?
- Concernant la pratique du cododo : avez-vous reçu des consignes de base pour la sécurité de votre enfant ? lesquelles ?
- Qu'est-ce qui est particulièrement important pour vous concernant le sommeil de votre bébé ?
- Comment s'est passé l'été par rapport au sommeil de votre bébé ? par rapport aux fortes températures ?
- Concernant le tabac, avez-vous eu des recommandations ?

Annexe 4 : Plaquette remise à l'issu de chaque entretien

Je fais dodo sur le dos

Des conseils simples

- Toujours sur le dos pour dormir
- Dans un lit à barreaux,
- Sur un matelas bien ferme, dans une turbotable de taille adaptée,
- Sans oreiller, ni couette, ni couverture, ni tour de lit, ni peluches.
- Si possible dans la chambre des parents
- Sans tabac, ni avant ni après la naissance.
- Température ambiante 18-20°C.

Sur le dos : une mode ?

Non, une sécurité ! De très nombreuses études scientifiques depuis 1990 ont prouvé que cela réduit fortement le risque de mort inattendue du nourrisson. Les dangers de la position ventrale sont établis car dans cette position il y a un risque d'enfouissement, de gêne de la régulation thermique et un risque de confinement respiratoire.

Attention au lit parapluie !

Utilisez ce lit, pour un usage occasionnel, avec seulement le matelas fin d'origine. Un matelas surajouté rend ce lit dangereux : l'enfant risque de se coincer entre la paroi souple et le matelas, et de s'y étouffer.

Quand il se retourne tout seul ?

C'est qu'il grandit... On peut alors le laisser choisir sa position, en restant très vigilant sur l'environnement de couchage : literie, doudou... jusqu'à 1 an.

Pourquoi pas sur le côté ?

C'est trop instable : le bébé bascule facilement sur le ventre. Les objets de maintien sont dangereux car ils entravent les mouvements spontanés de l'enfant.

Et s'il a des soucis digestifs ?

Certains bébés ont des « coliques » vers 2-3 mois et sont plus à l'aise sur le ventre ou dans les bras pour s'endormir : pensez à retourner doucement votre bébé sur le dos en l'installant dans son lit. En cas de régurgitations sur le dos, l'inhalation est évitée par un réflexe naturel. Si votre bébé a des rejets douloureux, parlez-en à votre pédiatre.

Et s'il fait plus chaud que 20°C ?

Il faut l'habiller selon la saison et la température de la pièce. Un simple body peut suffire pour dormir en été.

Sur le dos, son crâne ne risque-t-il pas de s'aplatir ?

On peut éviter la plagiocéphalie par des moyens simples :

- Laisser l'enfant bouger librement dans son lit et à l'éveil, ce qui lui permet de varier les points d'appui du crâne ;
- L'inciter à tourner la tête plus souvent du côté opposé à un aplatissement débutant en déplaçant le mobile ou le lit ;
- Installer régulièrement bébé sur le ventre à l'éveil, ce qui développera sa capacité à réagir quand il se retournera tout seul dans son lit.

Naitre et Vivre
5 rue La Pérouse,
75116 Paris
01 47 23 05 08
contact@naitre-et-vivre.org
www.naitre-et-vivre.org

Photo : Shutterstock / Naitre et Vivre © 2018

Plaquette provenant du site internet Naitre et Vivre.

Autorisation de diffusion accordée.

Annexe 5 : Caractéristiques de la population étudiée

	Délai accouchement-entretien (en jours)	Parité	Allaitement
Madame Z	32	II p	AM (Allaitement maternel)
Madame Y	37	I p	AA (Allaitement artificiel)
Madame X	36	III p	AM
Madame W	40	I p	AA
Madame V	46	I p	AM
Madame U	42	I p	AM
Madame T	33	I p	AA
Madame S	59	II p	AA
Madame R	39	I p	AA
Madame Q	42	III p	AA
Madame P	47	I p	AM
Madame O	52	I p	AA
Madame N	54	II p	AA
Madame M	56	I p	AA

Annexe 6 : Tableau synthétisant les résultats obtenus lors des entretiens

	T°C	Position dorsale	Gigoteuse	Lit à barreaux	Matelas ferme	Sans tour de lit	Pas d'oreiller, Couverture	Pas de partage de lit	Attention matelas dans lit parapluie	Pas de canapé, fauteuils...	Pas d'objets mous	Partage de chambre 6 mois
Mme Z	vert	vert	vert	orange	vert	blanc	rouge	orange	vert	vert	vert	rouge
Mme Y	vert	vert	vert	orange	rouge	vert	vert	vert	vert	vert	vert	rouge
Mme X	vert	vert	rouge	rouge	orange	rouge	rouge	rouge	vert	vert	orange	rouge
Mme W	vert	vert	vert	orange	orange	vert	vert	vert	vert	orange	vert	rouge
Mme V	vert	rouge	rouge	rouge	orange	vert	vert	orange	vert	orange	orange	rouge
Mme U	vert	vert	vert	orange	vert	vert	orange	vert	vert	vert	vert	rouge
Mme T	vert	vert	orange	vert	rouge	blanc	orange	orange	vert	vert	vert	rouge
Mme S	vert	orange	vert	orange	rouge	rouge	orange	vert	vert	vert	vert	rouge
Mme R	vert	vert	orange	orange	orange	vert	orange	vert	orange	orange	vert	rouge
Mme Q	vert	vert	rouge	vert	orange	vert	rouge	orange	vert	orange	orange	rouge
Mme P	vert	rouge	rouge	orange	orange	vert	rouge	rouge	vert	rouge	rouge	rouge
Mme O	rouge	orange	vert	orange	orange	rouge	vert	rouge	orange	orange	vert	rouge
Mme N	rouge	vert	vert	vert	vert	orange	orange	vert	vert	vert	vert	rouge
Mme M	vert	vert	vert	orange	orange	vert	orange	orange	vert	orange	orange	rouge

Code couleur : **vert** : consignes respectées, **orange** : consignes respectées partiellement (≥ 1 fois), **rouge** : consignes non respectées, **blanc** : lorsque les patientes ne savent pas encore si elles vont respecter la consigne.

Annexe 7 : 7 Conditions pour partager le lit avec son bébé en toute sécurité

Conditions

pour partager le lit avec son bébé en toute sécurité

- 1** Pas de cigarette à la maison ni à l'extérieur

- 2** Des parents sobres : zéro alcool, zéro somnifère

- 3** Une mère qui allaite jour & nuit

- 4** Un bébé né à terme et en bonne santé

- 5** Bébé sur le dos

- 6** Bébé légèrement vêtu et non emmaillotté

- 7** Une surface sécurisée

 - Pas de matelas trop mou, pas d'oreillers supplémentaires, pas de jouets, pas de couvertures lourdes
 - Pas de ficelles, cordons...
 - Comblers les espaces avec des serviettes ou des couvertures roulées
 - Couvrir le bébé, mais laisser son visage découvert

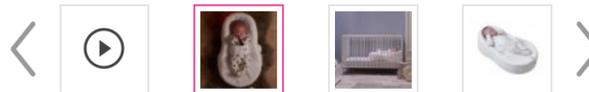
Sweet Sleep disponible ici : store.llli.org



la leche league international llli.org

Annexe 8 : Extrait d'un site internet de puériculture

Cocon ergonomique pour nouveau-né. Pour tous les moments de sommeil du nourrisson ! Position foetale unique , Inclinaison 20°, cocon évolutif grâce au réducteur placé sous le drap. Mousses haute résilience. Soutien et confort sans figer la tête.



DESRIPTIF | Référence : RC062045166

COCOONABABY BLANC

Accueillant l'enfant en douceur, lui redonnant un «contenant» rassurant et sécurisant qui lui rappelle le ventre de sa mère, le Cocoonababy® aide le nouveau-né à s'adapter le mieux possible à sa vie après la naissance. La position semi-foetale, contenante et légèrement enroulée, apaise et rassure l'enfant. Elle aide à limiter l'apparition des principaux troubles de l'adaptation qui peuvent le gêner pendant ses premiers mois et favorise un développement harmonieux.

Le Cocoonababy contribue à :

- Améliorer la qualité et la durée du sommeil.
 - Réduire les réveils en sursaut ou réflexe de Moro.
 - Limiter les problèmes de reflux.
 - Limiter le risque de tête plate.
 - Favoriser un développement harmonieux.
-

Annexe 9 : Proposition d'un flyer à remettre au cours de la grossesse

Vous préparez la chambre de votre bébé ?



Ce livret de questions/réponses est là pour vous aider. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous rapprocher de votre sage-femme, médecin traitant ou pédiatre.

- **Quel lit choisir ?**

Pour être installé au mieux, votre bébé doit dormir dans un lit à barreaux. Cela permet la libre circulation de l'air autour de la tête de votre enfant.

- **Bébé peut-il dormir dans une nacelle ou un lit cododo ?**

Pour les premiers jours à la maison, oui. Cependant il est préférable de coucher votre enfant dans un lit à barreaux.

- **Dans quelle pièce bébé doit-il dormir ?**

L'OMS recommande de placer le lit de votre bébé dans votre chambre durant les six premiers mois de vie. Vous pouvez ensuite continuer à partager la même chambre que votre bébé ou bien l'installer dans sa propre chambre.

- **Et pour le matelas ?**

Privilégiez un matelas ferme. Les matelas mous ou à mémoire de forme tels que les Cocoonababy ou les Doomoo présentent un danger pour les bébés. Le matelas doit être de taille adaptée au lit afin d'éviter un risque d'enfouissement

- **Dans quelle position mon bébé doit-il dormir ?**

Uniquement à plat, sur le dos. Les positions latérales et ventrales peuvent être dangereuses pour votre bébé car il y a un risque d'asphyxie. La position dorsale ne présente pas ce danger.

Le matelas de votre bébé ne doit pas être surélevé, même en cas de reflux, sans l'avis d'un pédiatre.

- **Comment faire pour que notre enfant n'ait ni trop chaud ni trop froid ?**

Utilisez une gigoteuse ou turbulette adaptée à la taille de votre bébé. Les couvertures et les nids d'anges, tout comme les oreillers sont à éviter car représentent un risque d'asphyxie pour votre enfant.

- **Peut-on mettre un tour de lit ?**

Non, le tour de lit peut se révéler dangereux pour votre nourrisson. En effet il empêche la libre circulation de l'air autour de la tête de votre enfant, et présente un risque d'asphyxie.

- **On m'a parlé du réducteur de lit et du cale-bébé. Dois-je en acheter ?**

Non, ces dispositifs empêchent votre bébé de bouger correctement, et lui impose une position. Ce sont des objets mous qui présentent également un risque d'asphyxie. Il vaut donc mieux ne pas en utiliser.

- **Et la plagiocéphalie ou « déformation de la tête » ?**

La « déformation de la tête » ou plagiocéphalie définit un aplatissement de la tête du nourrisson. Contrairement aux idées reçues elle n'est pas favorisée par la position dorsale utilisée lors des moments de sommeil. La meilleure prévention concernant la plagiocéphalie se fait par l'utilisation d'un lit à barreaux qui permet la stimulation visuelle de votre nourrisson et donc la mobilisation de sa tête. L'utilisation de la position ventrale lorsque le nourrisson est éveillé, toujours sous surveillance, fait également partie de la prévention de la plagiocéphalie. L'utilisation de coussin anti-tête plate est déconseillée car dangereuse.



- **Et le lit parapluie ?**

Il est possible d'utiliser un lit parapluie de façon occasionnelle. Votre bébé doit être couché à même le matelas déjà présent dans le lit parapluie.

- **Bébé peut-il dormir dans notre lit ?**

Non. Il y a un risque d'enfouissement, d'hyperthermie et donc d'asphyxie pour votre bébé. En effet, les matelas de lits d'adultes et de canapés ne sont pas des matelas adéquats pour des bébés. Si vous n'arrivez pas à faire dormir votre enfant dans son propre lit, rapprochez-vous d'un professionnel de santé.

- **Donc si on résume, quand bébé va arriver comment devons-nous l'installer pour qu'il soit en sécurité ?**

- Dans un lit à barreaux
- Sur le dos
- Dans une gigoteuse
- Sur un matelas ferme
- Sans tour de lit, couvertures, oreillers, peluches, réducteur de lit, cale bébé ou coussin anti-tête plate
- Dans une pièce chauffée entre 18 et 20°C
- Jamais de tabac à l'intérieur. Pensez toujours à changer votre veste après avoir fumé.

Tous ces conseils rentrent dans le cadre de la prévention de la mort inattendue du nourrisson et permettent d'en réduire la survenue en agissant sur les risques d'asphyxie, d'enfouissement et d'hyperthermie du nourrisson.

Annexe 10 : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique

Charles Mérieux

Site Bourg en Bresse

Auteur : Marie Riberolle
Directeur de recherche : Philippe Marga
Titre provisoire Application par les parents des consignes de prévention de la mort inattendue du nourrisson : Facteurs de non observance et axes d'amélioration
<u>CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE</u> <p>Lors d'un stage en SFL je me suis rendue compte que les consignes de couchage pour la prévention de la mort inopinée du nourrisson (MIN) n'étaient pas toujours respectées. En approfondissant le sujet, j'ai pu confirmer la justesse de mon constat initial.</p> <p>Dans les années 90, le taux de mortalité liée à MIN a été divisé par 3 grâce aux conseils de couchage du nourrisson.</p> <p>Cependant, depuis une dizaine d'année son taux stagne malgré les campagnes de prévention.</p> <p>La MIN est la première cause de mortalité chez les enfants entre 1 mois et 2 an, elle représente environ 450 décès par an.</p> <p>Elle peut être expliquée par différents facteurs tels qu'une vulnérabilité, une pathologie ou bien l'environnement de l'enfant.</p> <p>L'information concernant la MIN est souvent donnée en suites de couches, par les sages-femmes, le pédiatre, via des sites internet, des flyers ou encore le carnet de santé.</p> <p>Lors de mes recherches, j'ai pu constater que même lorsque les consignes étaient données systématiquement, l'application par les mères n'était pas certaine. Selon un mémoire sur les pratiques de couchage du nourrisson par les mères, 72% des mamans couchaient leurs enfants sur le dos. Cependant les 28 % restant avaient reçu la même information mais ne positionnaient pas leur enfant sur le dos. La question que je me pose alors est : pourquoi ? Pourquoi les mères n'appliquent-elles pas correctement les consignes données à la maternité ?</p>
<u>OBJECTIFS</u> <p>Mon objectif est de comprendre les raisons qui poussent les femmes à ne pas respecter les consignes en matière de prévention de la MIN. Afin d'atteindre cet objectif je vais réaliser des entretiens.</p>

<p><u>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE</u></p> <p>Étude qualitative. Entretiens semi-directifs. 10 à 20 entretiens</p>
<p>POPULATION CIBLE</p> <p>Cette étude porte sur des femmes ayant accouché au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse et à l'Hôpital Nord-Ouest (Gleizé).</p>
<p>CRITERES D'INCLUSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle que soit la parité - Quel que soit le mode d'accouchement - Quelle que soit la durée du séjour à la maternité - L'entretien se déroulera 1 à 2 mois après l'accouchement
<p>CRITERES DE NON INCLUSION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientes présentant une barrière de la langue - Patientes présentant un contexte socio-juridique particulier (ordonnance de placement provisoire, violences conjugales...) - Enfants hospitalisés depuis la naissance jusqu'au jour de l'entretien, ou qui ne sont pas retournés à domicile au moins 15 jours précédant la date de l'entretien.
<p>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les entretiens non aboutis - Patientes ne donnant pas suite à l'issue de de deux relances téléphoniques.
<p>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES</p> <p>Il me faudrait réaliser entre 10 et 20 entretiens. Le principe de l'étude qualitative est d'interrompre le recrutement à partir du moment où les entretiens n'apportent plus de matière nouvelle.</p>
<p><u>DUREE DE L'ETUDE</u></p> <p>Les entretiens se dérouleraient du mois de juillet au mois de septembre 2019</p>
<p><u>LIEU DE LA RECHERCHE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse - Hôpital Nord-Ouest à Villefranche sur Saône
<p><u>RETOMBEES ATTENDUES</u></p> <p>J'attends de cette étude de comprendre comment les patientes s'approprient et appliquent les conseils concernant la mort inattendue du nourrisson.</p> <p>In fine, les réponses que j'aurais pu répertorier au cours des différents entretiens pourront m'aider à adapter mon discours auprès des couples, d'un point de vue qualitatif et quantitatif, afin que ces consignes soient d'avantage respectées au retour à domicile.</p>
<p><u>Aspects éthiques et réglementaires</u></p> <p>Aucune donnée médicale ne sera demandée aux patientes lors des entretiens.</p>

Auteur : RIBEROLLE Marie	Diplôme d'État de sage-femme.
Titre : Application des consignes de prévention de la mort inattendue du nourrisson : Facteurs de non observance et axes d'amélioration	
Résumé :	
<i>Introduction :</i> Chaque année, 450 bébés décèdent de MIN, dont 100 à 150 décès évitables en changeant simplement les habitudes de couchage.	
<i>Objectif :</i> Comprendre quels sont les freins à la mise en application des consignes de prévention de la mort inattendue du nourrisson pour les parents.	
<i>Méthode :</i> Étude qualitative menée auprès de 14 patientes à l'aide d'entretiens semi-directif, au sein de deux maternités de type IIB.	
<i>Résultats et Discussion :</i> La totalité des patientes interrogées présente au moins 2 facteurs de risques de MIN. Cela s'explique par un défaut d'information des parents et de formation des professionnels, par l'utilisation de matériel non adapté dû à l'omniprésence des géants de la puériculture, ainsi que par un mécanisme inconscient au sein de la psychologie parentale.	
<i>Conclusion :</i> Il est nécessaire d'axer notre travail sur la formation des professionnels. Mais aussi sur le format ainsi que la temporalité où ces consignes sont données.	
Mots clés : Prévention, Mort inattendue du nourrisson (MIN)	

Title: Application of guidelines for the prevention of Sudden Infant Death Syndrome: Factors of non-compliance and areas for improvement
Abstract:
<i>Introduction:</i> Every year, 450 babies die from MIN, of which 100 to 150 deaths are preventable by simply changing sleeping habits.
<i>Objective:</i> Understand the barriers to parents' implementation of instructions to prevent unexpected infant death.
<i>Methods:</i> Qualitative study conducted with 14 patients using semi-structured interviews in two type IIB maternity hospitals.
<i>Results & Discussion:</i> The totality of the patients interviewed present at least 2 risk factors for MIN. This can be explained by a lack of information for parents and training for professionals, by the use of unsuitable equipment due to the omnipresence of childcare giants, and by an unconscious mechanism within the parents' psyche.
<i>Conclusion:</i> It is necessary to focus our work on the training of professionals. But also on the format as well as the temporality in which these instructions are given.
Key words: Prevention, Studden Infant Death Syndrome