

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 9 octobre 2012 à Poitiers

par Mr Jean-Christophe ROTH
né le 27 juillet 1983 à Haguenau

**Conditions de couchage des nourrissons dans la prévention
de la Mort Inattendue du Nourrisson au CHU de Poitiers :
étude de 2010 comparée à celles de 1999 et 2004.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres : Monsieur le Professeur Régis HANKARD
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Madame le Docteur Caroline MARTIN-ROBIN
Madame le Docteur Emmanuelle DESCOMBES-BARROSO

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Denis ORIOT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépto-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur ORIOT, pour m'avoir aidé et guidé dans ce travail avec patience et disponibilité et pour avoir accepté de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur HANKARD, pour avoir accepté de participer à ce jury.

A Monsieur le Professeur INGRAND, pour avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur MARTIN-ROBIN, pour avoir tout fait pour être présente au sein du jury et pour tous les moments passés aux urgences de pédiatrie.

A Madame le Docteur DESCOMBES-BARROSO, pour ta présence au sein du jury et pour tout ce que j'ai appris durant mon passage à la maternité.

A Monsieur le Docteur TSCHILL, pour avoir guidé mes premiers pas d'interne et pour tout ce que tu m'as transmis humainement et médicalement.

A Monsieur le Docteur BRUNET, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, vous aurez grandement contribué à la formation de ma personnalité médicale.

Aux médecins et enseignants que j'ai rencontrés tout au long de mes études à Strasbourg, Poitiers et La Rochelle, pour m'avoir permis de progresser et de m'épanouir dans cette formation.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille tout au long de mes études.

A ma Grand-mère, pour nos déjeuners à Strasbourg durant toutes mes années d'études.

A Marie, pour ta présence à mes côtés. A notre vie à deux et nos projets !

A Estelle, merci de t'être toujours occupée de ton petit frère et pour ta bonne humeur.

A Stéphane et David, pour votre amitié sans faille.

A Christophe, Thomas, Pierre-Jacques, Romain et Nicolas, merci pour votre amitié au quotidien.

A Ianis, en souvenir de tous les bons moments passés à la fac et à ceux à venir.

A Thomas, merci pour les parties de jeux vidéo entre deux révisions et pour nos sept années de collocation!

A Joëlle, en souvenir de nos révisions durant la première année de médecine.

A tous mes amis d'Alsace, Poitiers et La Rochelle, pour les meilleurs instants passés et ceux à venir...

SOMMAIRE

INDEX DES TABLEAUX.....	10
INDEX DES FIGURES.....	11
INDEX DES ANNEXES.....	12
LISTE DES ABREVIATIONS.....	13
1 INTRODUCTION.....	14
1.1 Définitions.....	14
1.2 Facteurs de risque environnementaux de la mort subite du nourrisson.....	15
1.2.1 Généralités.....	15
1.2.2 La position de couchage.....	15
1.2.3 La literie du nourrisson.....	15
1.2.4 Le tabagisme.....	16
1.2.5 La température de la chambre du nourrisson.....	16
1.2.6 Le couchage.....	17
1.2.7 L'usage de la tétine.....	17
1.2.8 Eviter les produits commerciaux vendus comme réduisant le risque de MSN.....	17
1.2.9 Autres facteurs.....	18
1.3 Evolution de l'incidence de la MSN.....	18
1.4 Etiologies de la MIN.....	19
1.5 Prévention de la MIN.....	20
1.6 Buts de l'étude.....	21
2. MATERIEL ET METHODES.....	22
2.1 Nature de l'étude.....	22
2.2 Objectifs de l'étude.....	22
2.3 Population étudiée.....	22
2.3.1 Critères d'inclusion.....	22
2.3.2 Critères d'exclusion.....	22
2.4 Déroulement de l'étude.....	23
2.4.1 Première partie : étude prospective.....	23
2.4.2 Deuxième partie : étude comparative.....	23
2.5 Analyse statistique.....	24

3. RESULTATS.....	26
3.1 Descriptif de la population.....	26
3.1.1 Nombre de réponses.....	26
3.1.2 Age moyen des mères.....	26
3.1.3 Catégories socioprofessionnelles.....	27
3.2 Pratique des positions de couchage à 3 mois.....	27
3.3 Evolution des facteurs de risque dans le couchage du nourrisson.....	29
3.3.1 Lieu de couchage l'enfant.....	29
3.3.2 Type de couchage.....	30
3.3.3 Accessoires de lit.....	30
3.3.4 Habillage du nourrisson lors du couchage.....	31
3.4 Evolution des facteurs de risque extérieurs au couchage.....	31
3.4.1 Le tabagisme.....	31
3.4.2 La température de la chambre.....	32
3.4.3 L'utilisation de la tétine.....	32
3.4.4 Le mode d'allaitement.....	33
3.5 Sources d'informations maternelles sur les positions de couchage.....	33
3.6 Relations entre les mauvaises pratiques et les caractéristiques maternelles..	34
3.6.1 Pratiques déconseillées et niveau d'éducation maternelle.....	34
3.6.2 Position de couchage déconseillée et âge de la mère.....	35
3.6.3 Pratiques déconseillées et sources d'influence de la mère.....	35
3.7 Cumul des facteurs de risque.....	35
3.8 Cumul des facteurs de risque en fonction des influences.....	36
4. DISCUSSION.....	37
4.1 Rappels des résultats.....	37
4.2 Discussion de la méthode.....	37
4.3 Discussion des résultats.....	39
4.3.1 Objectif principal.....	39
4.3.2 Objectifs secondaires.....	41
4.3.2.1 Evolution des pratiques sur dix ans.....	41
4.3.2.2 Corrélations entre les positions de couchage non recommandées et d'autres facteurs.....	46
4.3.2.3 Pratiques de couchage et sources d'influence.....	47
4.3.2.4 Cumuls des facteurs de risques.....	49

4.4 Validité externe de l'étude.....	49
5. CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	60
RESUME ET MOTS CLES.....	65
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	66

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des mères par tranches d'âge.....	26
Tableau 2 : Répartition des mères selon le niveau d'éducation.....	27
Tableau 3 : Position de couchage à 3 mois.....	28
Tableau 4 : Sources d'informations maternelles sur les positions de couchage.....	33
Tableau 5 : Pratiques déconseillées en fonction du niveau d'éducation.....	34
Tableau 6 : Nombre moyen de facteurs de risques en fonction des sources d'influences.....	36

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des positions de couchage à 3 mois, sur 11 ans	28
Figure 2 : Evolution des lieux de couchage sur 11 ans.....	29
Figure 3 : Evolution des types de couchage sur 11 ans.....	30
Figure 4 : Evolution de l'utilisation des accessoires de lit sur 11 ans.....	30
Figure 5 : Evolution de l'habillement du nourrisson sur 11 ans.....	31

INDEX DES ANNEXES

Annexe 1 : Prévenir... la mort subite du nourrisson.....	60
Annexe 2 : Questionnaire téléphonique.....	62

LISTE DES ABREVIATIONS

MSN : Mort Subite du Nourrisson

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

AAP : American Academy of Pediatrics

HAS : Haute Autorité de Santé

SFP : Société Française de Pédiatrie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

1. Introduction

1.1 Définition

La mort subite du nourrisson (MSN) est connue de tous comme la mort d'un enfant en bas âge, durant son sommeil, sans explication apparente. Une des premières définitions précises de la MSN est donnée par Beckwith en 1969, dans l'objectif de regrouper des décès d'enfants ayant des caractéristiques communes : « décès soudain d'un enfant, inattendu de par son histoire et dont le bilan post mortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate du décès »[1]. Cette définition très large ne donnait aucune limite d'âge et ne spécifiait pas la nature des examens post-mortem. Ayant largement évolué au cours du temps, elle parle aujourd'hui de mort inattendue du nourrisson (MIN). Flemming définit la MIN en 2000 comme « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir » [2].

La définition de la mort subite du nourrisson la plus récente et la plus précise est donnée en 2004 par Krous et Beckwith comme étant le « **décès inexpliqué d'un enfant de moins d'1 an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexpliqué après des investigations post mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique** » [3].

Ainsi, grâce aux explorations post mortem, certains décès se révéleront expliqués par une infection, une maladie métabolique, voire des actes de maltraitance et ne rentreront plus dans le cadre de la MSN. La MIN englobe ainsi la MSN et la mort du nourrisson de moins de 2 ans où une cause aura été identifiée lors de l'examen post mortem.

1.2 Facteurs de risque environnementaux de la mort subite du nourrisson

1.2.1 Généralités

Grâce aux études cas-témoins et aux nombreuses études épidémiologiques menées depuis près de 40 ans, les facteurs de risque modifiables de MSN sont aujourd'hui bien identifiés.

Il faut noter que deux facteurs de risque ne sont pas modifiables, l'âge et le sexe. Classiquement, la MSN survient à 90% avant 6 mois avec un pic autour de 2-4 mois [4] et plus fréquemment chez les petits garçons avec une surmortalité de l'ordre de 1,6 [5].

1.2.2 La position de couchage

Il est aujourd'hui admis que les nourrissons doivent être couchés en décubitus dorsal pour tous les moments de sommeil. Le couchage sur le côté n'est pas aussi sûr que le couchage sur le dos car instable et n'est pas recommandé [6]. C'est dans les années 1970 que les professionnels de santé avaient conseillé aux parents le couchage sur le ventre car ils pensaient ainsi limiter les risques d'étouffement en cas de vomissement ou de régurgitation [7]. Or l'application de cette pratique ne s'est pas accompagnée d'une baisse du taux de MSN, prouvant son inefficacité [8]. Au contraire, ce taux a largement augmenté et le retour à la position dorsale a permis de faire diminuer le nombre de MSN [5]. Plusieurs raisons ont été évoquées quant à la responsabilité du décubitus ventral dans la MSN. Les études réalisées en laboratoire ont montré que couché sur le ventre, un nourrisson risquait de s'étouffer dans la literie ou de respirer un air trop riche en gaz carbonique [9]. Une autre explication est que la position ventrale augmente la température autour de la tête du nourrisson [10]. Or à cet âge là, on sait que les mécanismes de régulation thermique ne sont pas encore suffisamment développés pour permettre une régulation correcte de la température corporelle. Et il est établi depuis longtemps que l'hyperthermie est néfaste pour le cerveau chez les très jeunes enfants [11].

1.2.3 La literie du nourrisson

Il est recommandé d'utiliser un matelas ferme. Le matériel mou ou des objets tels que les oreiller, édredon, couette, ne devraient pas être mis sous l'enfant. Il est

recommandé de faire dormir l'enfant dans un lit adapté à son âge, avec un matelas ferme ayant des dimensions adaptées au lit.

De même, couette, coussin, couverture, oreiller, cale bébé, peluches et d'une manière générale aucun objet mou ne doivent être présents dans le lit de l'enfant. Le tour de lit doit également être évité.

Il est conseillé de faire dormir l'enfant uniquement avec un sac de couchage type « turbulette ».

Toutes ces recommandations visent à prévenir les risques d'enfouissement et d'obstruction des voies aériennes [12].

1.2.4 Le tabagisme

Le tabagisme pendant la grossesse ressort de plusieurs études épidémiologiques comme un facteur de risque important [13,14]. Il en va de même pour le tabagisme passif de l'enfant [15]. Il est donc recommandé d'éviter le tabagisme passif et le tabagisme maternel pendant la grossesse. Certaines études ont avancé que la nicotine, transmise par la mère fumeuse à son fœtus, conduirait à une activation continue du récepteur nicotinique contenant la sous-unité B2 pendant la grossesse, ce qui aurait pour conséquence d'induire chez le nouveau-né une diminution de l'efficacité des réflexes respiratoires et d'éveil en réponse aux apnées du sommeil. Le risque de mort subite du nourrisson s'en trouverait donc augmenté [16].

1.2.5 La température de la chambre du nourrisson

Il faut éviter l'hyperthermie. L'enfant doit être peu couvert pour dormir, la température idéale de la chambre doit être située entre 18° et 20°. Il faut également éviter de multiplier les couches de vêtements.

Le mécanisme précis par lequel l'hyperthermie favorise la mort subite n'est pas connu, mais il a été démontré que la montée de la température du corps entraîne un dérèglement du système nerveux central touchant ainsi les contrôles respiratoires [17]. De plus un nourrisson de moins d'un an ne dispose pas des capacités de régulation nécessaires à l'homéostasie thermique.

1.2.6 Le couchage

Un couchage séparé mais à proximité des parents est recommandé. Le risque de MSN est réduit lorsque l'enfant dort dans la même chambre que sa mère. Le partage du lit est dangereux et les preuves scientifiques tendent à démontrer que cela augmente le risque de MSN et notamment chez les fumeuses [18]. Ces recommandations ont déclenché un vif débat autour du partage du lit en raison de son bénéfice pour l'allaitement. En effet une étude anglaise [19] a montré que 90% des décès survenus pendant un partage de lit se déroulaient dans un environnement combinant plusieurs facteurs de risque (tabac, prise d'alcool ou de produit psychotique). L'auteur de l'étude va même jusqu'à suggérer que le très faible nombre de MSN dans certaines cultures où le partage du lit est très répandu, plaide en défaveur de l'augmentation du risque en rapport avec ce seul facteur, lorsqu'aucun autre n'est présent [4]. Mais n'est-il pas dangereux de s'endormir avec son bébé à côté de soi dans un lit ou un canapé ? Le débat n'est pas clos, mais la plupart des recommandations déconseillent actuellement le partage du lit en toute circonstance [12].

1.2.7 L'usage de la tétine

La tétine peut-être proposée pour la sieste ou pour la nuit. Son effet protecteur viendrait du fait que les capacités d'éveil du nourrisson sont plus importantes si l'enfant s'endort avec une tétine [20]. De plus son utilisation modifierait favorablement l'environnement de couchage [21]. Par ailleurs il n'a jamais été montré que son usage nuit à l'allaitement ou occasionne des problèmes dentaires [4]. Il est donc recommandé d'utiliser la tétine pendant la première année de vie.

1.2.8 Eviter les produits commerciaux vendus comme réduisant le risque de MSN

La pression commerciale jouant sur la peur des gens peut faire acheter n'importe quoi aux parents. L'exemple le plus marquant est l'annonce d'un matelas anti mort subite en juillet 2008 par la presse grand public, prétendant que le risque de MSN lié au couchage sur le ventre est écarté avec ce type de produit. La Société Française de Pédiatrie (SFP) a rapidement fait paraître un communiqué mettant en garde les familles et les professionnels de la petite enfance contre ce type de produit [22].

1.2.9 Autres facteurs

D'autres facteurs sont retrouvés de façon inconstante ou de plus faible importance. Ainsi, l'effet protecteur de l'allaitement maternel n'est pas constamment retrouvé, peut-être du fait qu'il favorise le partage du lit [23]. De même, l'effet des conditions socioéconomiques défavorisées est souvent retrouvé comme facteur de risque. Peut-être est-ce parce que les campagnes de prévention de la MSN touchent moins les populations défavorisées [11]. Ainsi, il est aujourd'hui admis que des conditions sociales défavorisées associées à un âge inférieur à 20 ans est un facteur de risque de MSN [24].

1.3 Evolution de l'incidence de la MSN

Après la publication de la première définition en 1969 Les statisticiens ont enregistré aux Etats-Unis une augmentation importante du nombre de MSN, passant de 0,9 à 1,7 pour 1000 naissances [25]. En 1975, un code spécifique a été attribué à la MSN dans la classification internationale des maladies (CIM). La mort subite du nourrisson était alors devenue une cause à part entière dans les certificats de décès. D'un point de vue épidémiologique cela s'est traduit par une augmentation du nombre de MSN dans tous les pays développés avec, en France, des taux passant de 28,3/100000 à 102,8/100000 naissances en 5 ans, correspondant à une augmentation de 263%. Le pic a été atteint en 1991 et s'élevait à 192,9/100 000 naissances [5]. Des évolutions comparables ont été observées dans d'autres pays européens [26]. Les épidémiologistes ont immédiatement alerté les autorités sanitaires publiques en mettant en cause l'engouement pour le couchage en position ventrale, venu d'outre atlantique au début des années 1970. En effet, une étude française rapporte en 1987 que 80% à 90% des bébés décédés de MSN sont retrouvés sur le ventre [6]. Néanmoins, il faut noter que les taux français de MSN observés au milieu des années 1980 étaient surestimés. Selon une enquête portant sur l'ensemble des décès de 1987 classés MSN, 48% d'entre eux trouvaient une explication à l'autopsie, pratiquée après la certification [27].

Malgré cela, plusieurs études menées à travers le monde à cette époque ont identifié les principaux facteurs de risque environnementaux de la MSN (cf. supra). En 1987, les Pays-Bas ont été les premiers à lancer des campagnes en faveur d'un couchage sur le dos des nourrissons et à observer une baisse très significative du nombre de MSN.

Ils ont ensuite été suivis par la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la majorité des pays développés [28]. En France, ce n'est qu'en octobre 1994 qu'un réel programme visant une baisse de la MSN sera mis en place. Les résultats positifs de cette campagne sur les quatre départements pilotes aboutiront à la généralisation de ces campagnes de prévention, qui seront répétées en 1995 et 1996 [26].

Ces campagnes de santé publique associées à l'amélioration de la prise en charge diagnostique de la MSN ont ainsi fait diminuer de 72% le taux de MSN en France entre 1991 et 1997. Depuis 1998, la baisse de la mortalité par MSN se poursuit régulièrement mais faiblement, pour atteindre 250 décès par an en 2005, soit 31,9/100 000 naissances, contre 192,9/100 000 naissances en 1991 [5].

1.4 Etiologies de la MIN

Malgré l'identification des principaux facteurs de risques de MSN et la baisse de son taux suite à l'application des conseils de prévention, les questions que pose la mort inattendue d'un nourrisson à la médecine sont aujourd'hui loin d'avoir trouvé des réponses définitives. D'un point de vue étiologique, plusieurs pistes ont été avancées. De nombreux travaux de recherche clinique et fondamentale ont mis en évidence trois grandes causes de MIN :

- un défaut de maturation physiologique du contrôle respiratoire, du rythme cardiaque ou du sommeil [29],
- une pathologie infectieuse, cardiaque, ou respiratoire [30,31],
- un environnement et des pratiques de couchage à risque.

Les deux premières pistes ne permettent pas aujourd'hui d'espérer un repérage des sujets à risque. Par contre, les facteurs environnementaux bien identifiés, sont parfaitement accessibles à la prévention. Toutes les études épidémiologiques menées dans les années 90 ont abouti à des recommandations pour la prévention des MSN. Aux Etats-Unis, l'American Academy of Pediatrics (AAP) a publié ses recommandations en 2005 [12] et en Angleterre, le ministère chargé de la Santé du Royaume-Uni a actualisé les siennes en 2006 [32]. En France, il n'y a pas de recommandation de couchage officielle, ni sur le site du ministère chargé de la Santé ni sur celui de la Haute Autorité de Santé (HAS). Seule la SFP en a publié [33]. La dernière étude française concernant ces facteurs de risques environnementaux a été réalisée sur 17 départements durant les

années 2007 à 2009 [4]. Elle y recense de façon prospective toutes les MIN. Il en ressort que 35% des enfants décédés de moins de 6 mois dormaient dans un environnement à risque et 46,5% étaient trouvés sur le ventre.

1.5 Prévention de la MIN

La prévention par l'application des recommandations de couchage a donc largement fait ses preuves en France comme dans plusieurs autres pays, mais les résultats restent encore en dessous des objectifs espérés. Pourtant les conseils dispensés en France à la sortie de la maternité à l'aide d'une plaquette de prévention sont simples et peu coûteux (annexe 1) :

- Dormir sur le dos sans contrainte (et jouer à l'éveil sur le ventre)
- Dans un lit à barreaux rigides
- Sur un matelas ferme aux dimensions du lit
- Avec une turbulette
- Dans une atmosphère pas trop chaude (18-20°)
- Ne pas mettre d'objet dangereux voire inutiles dans le lit : cale-bébé, coussin, oreiller, tour de lit, grosses peluches
- Préserver l'enfant de tout tabagisme.

Malgré cela, les conditions de couchage du nourrisson restent globalement non conformes aux recommandations. Une étude menée aux Etats-Unis montre qu'en 2007 encore 10% des enfants sont couchés sur le ventre dans la population blanche et 20% dans la population afro-américaine [34]. En France, un travail sur deux maternités différentes a montré en 2000 que la position dorsale exclusive était utilisée seulement dans 12 % des cas à Port-Royal et dans 40% des cas à Créteil [35].

Plusieurs raisons ont été avancées quand à la difficulté d'application de ce message. La première hypothèse est directement liée à la mère et à son environnement. Il existe plusieurs informations contradictoires autour de la mère pouvant gêner la bonne compréhension du message. Les mères couchant leur bébé sur le ventre, indiquent à hauteur de 15%, que leur choix a été guidé par les conseils de leur propre mère. 10% parlent des traditions et 15% disent que leurs lectures ont guidé leur choix [36]. Les magazines féminins y jouent aussi, probablement, un rôle. Un tiers des images

retrouvées dans ces magazines montrent des enfants ne dormant pas dans la bonne position et deux tiers des images montrent un environnement inadéquat [37].

La deuxième hypothèse fait référence au message délivré par les soignants. Les conseils de couchage sont donnés dans la majorité des cas par le pédiatre, en maternité. Le moment choisi peut paraître inadéquat. On parle de prévention de mort alors que les mères sont dans une dynamique de vie juste après la naissance de leur enfant. De plus ces conseils sont délivrés de façon orale sans autre support éducatif. Cela laisse penser que le message n'est peut-être pas délivré au bon moment ni de la façon la plus adéquate.

Ainsi en 2012, les problèmes que posent les MIN, sont loin d'être élucidés. Les explications organiques restent trop parcellaires et ne permettent pas une prise en charge du problème en amont. Il nous faut axer la lutte contre les MIN sur la prévention. Elle aurait dû permettre d'atteindre, à ce jour, de bien meilleurs résultats. Malheureusement elle se heurte encore à de fortes réticences du public et de certains professionnels, ainsi qu'à de multiples contre-messages commerciaux ou publicitaires.

1.6 Buts de l'étude

Notre étude se propose dans un premier temps de faire un état des lieux des pratiques de couchage dans la Vienne, afin d'évaluer le taux de couchage non recommandé, principal facteur de risque.

Nous allons ensuite comparer nos données à deux études similaires qui ont été menées à la maternité du CHU de Poitiers en 1999 et 2004, afin d'observer l'évolution des pratiques sur 11 ans.

Enfin nous allons tenter de mettre en évidence des associations de facteurs de risque et l'impact d'influences extérieures sur ces facteurs de risque afin d'en faire ressortir les barrières éventuelles à l'application du message de prévention.

2. Matériel et méthodes

2.1 Nature de l'étude

Notre travail est une étude prospective, monocentrique, réalisée au CHU de Poitiers, chez des patientes ayant accouché en maternité entre le 1^{er} août et le 15 septembre 2010. Dans un premier temps nous avons réalisé une étude descriptive, par questionnaire téléphonique [annexe 2] portant sur les pratiques de couchage du nourrisson à 3 mois. Puis, dans un deuxième temps, nous avons comparé nos résultats avec 2 études similaires réalisées dans le même lieu en 1999 et 2004.

2.2 Objectifs de l'étude

Objectif principal :

- Evaluer le taux de positions de couchage non recommandées à 3 mois.

Objectifs secondaires :

- Montrer l'évolution des pratiques dans un même lieu, sur 11 ans.
- Rechercher des relations entre les positions de couchage non recommandées et d'autres facteurs de risques.
- Préciser les sources d'informations maternelles sur les positions de couchage du nourrisson.

2.3 Population étudiée

2.3.1 Critères d'inclusion

Ont été incluses uniquement les primipares, parlant français, ayant accouché à la maternité du CHU de Poitiers du 1^{er} août au 15 septembre 2010 et dont le déroulement de l'accouchement n'a pas présenté de particularités.

2.3.2 Critères d'exclusion

Les mères dont les nouveau-nés présentaient une pathologie ayant nécessité un transfert dans les services de néonatalogie ou de réanimation, ont été exclues, de même que les femmes ayant accouché de jumeaux.

2.4 Déroulement de l'étude

Cette étude a été réalisée chez des primipares ayant accouché à la maternité du CHU de Poitiers entre le 1^{er} août et le 15 septembre 2010. Nous avons recruté les patientes grâce au listing informatique de la maternité. Les dossiers ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion. Toutes les mères ont accepté le protocole de recherche.

2.4.1 Première partie : étude prospective

Les mères ont été contactées par téléphone au cours du 3^{ème} mois après leur sortie de la maternité. Toutes les patientes incluses avaient été vues, au moins une fois en maternité, par l'investigateur qui les a contactées trois mois après leur sortie de maternité pour leur soumettre le questionnaire téléphonique. Aucune intervention spécifique n'avait été effectuée en maternité. Les mères ont toutes reçu, avant leur retour à domicile, une information classique, par le pédiatre, concernant les recommandations de couchage du nourrisson. L'investigateur était unique et le même tout au long de l'étude.

Lors de l'entretien téléphonique, un questionnaire semi-directif leur a été soumis, après avoir recueilli leur consentement oral. Ce questionnaire comportait plusieurs variables sur les conditions de couchage du nourrisson : position, pièce, température, type de lit, literie, couverture, habillage, tétine, allaitement, tabac. Certaines questions étaient ouvertes et appelaient plusieurs réponses. D'autres nécessitaient une réponse par affirmation ou négation (annexe 2). Le temps à consacrer au questionnaire n'excédait pas 10 minutes.

2.4.2 Deuxième partie : étude comparative

Dans un deuxième temps, nous avons comparé nos résultats avec 2 études similaires réalisées dans la même maternité. La première est celle de S. Cupif en 1999 [38] et la deuxième celle de C. Perrault en 2004 [39]. Cela nous a permis d'étudier l'évolution des pratiques de couchage sur 11 ans.

Dans l'étude de S. Cupif en 1999 il y avait deux populations. La première était une population témoin à laquelle avait été soumis un questionnaire téléphonique sur les pratiques de couchage. Ce groupe n'avait pas bénéficié d'informations spécifiques préalables sur les recommandations de prévention de la MSN. La deuxième population, à laquelle le même questionnaire a été soumis, avait bénéficié au préalable d'une information orale spécifique sur les recommandations de prévention de la MSN. Ce groupe a été appelé population étude.

L'étude de 2004 réalisée par C. Perrault ne concernait qu'une seule population de femmes à laquelle l'investigateur avait soumis un questionnaire téléphonique semblable à celui de l'étude de 1999 sur les pratiques de couchage du nourrisson. Cette population n'avait pas reçu d'information spécifique avant de répondre au questionnaire.

Pour comparer nos résultats nous avons utilisé les données des populations témoin et étude de 1999, de la population de 2004 et de notre population. Pour montrer l'évolution des pratiques sur 11 ans nous avons utilisé uniquement la population témoin de 1999, celle de 2004 et la nôtre.

2.5 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel Statview 5.0 (SAS Institute, Berkeley, SA).

Les variables quantitatives sont décrites par la moyenne et l'écart-type, les variables qualitatives sont résumées par l'effectif brut et le pourcentage correspondant pour chacune des modalités.

Pour l'étude de la relation entre les mauvaises pratiques et les caractéristiques maternelles, ont été réalisés :

- un test de student pour l'étude de la relation entre mauvaises pratiques et âge de la mère,
- un test du chi-deux pour l'étude de la relation entre mauvaises pratiques et niveau d'éducation. En cas d'effectif attendu inférieur à 5, le niveau d'éducation exprimé en 4 classes faisait l'objet d'un recodage en 3 classes ou 2 classes. Un test de Fisher était appliqué en cas d'effectif attendu inférieur à 5 sur un tableau de contingence 4 cases

L'étude de la relation entre le nombre de facteurs de risque et les sources d'influence a été réalisée à l'aide d'un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Un degré de signification $p < 0.05$ était considéré comme statistiquement significatif.

3. Résultats

3.1 Descriptif de la population

3.1.1 Nombre de réponses

Nous avons inclus 107 patientes dans l'étude. Seules 70 patientes ont répondu au téléphone. Une seule mère a refusé le questionnaire téléphonique. Le taux de réponse était donc de 65% avec un taux d'exploitation de 100%.

Au total, 69 questionnaires téléphoniques ont pu être exploités dans notre étude, contre 75 en 1999 et 286 en 2004.

3.1.2 Age moyen des mères

Dans notre étude, l'âge moyen des mères était de 28 ± 5 ans. En 1999, l'âge moyen était de $29,8 \pm 4,5$ ans et de 30 ± 5 ans en 2004. La majorité des mères incluses dans les trois études appartenait à la classe d'âge 25-35 ans.

Tableau 1 : Répartition des mères par tranches d'âge

	Population témoin 1999	Population d'étude 1999	Population 2004	Population 2010
	n = 75	n = 73	n = 286	n = 69
Age moyen	$29,8 \pm 5$	$29,5 \pm 4$	$30,0 \pm 5$	28 ± 5
Age de la mère < 25 ans (%)	7 (9,3 %)	11 (14,5 %)	32 (11,2 %)	20 (30 %)
Age de la mère de 25 à 35 ans (%)	54 (72 %)	48 (64,5 %)	223 (78 %)	41 (59,4 %)
Age de la mère > 35 ans (%)	14 (18,7%)	14 (21%)	31 (10,8 %)	8 (11,6 %)

Bien que les âges moyens étaient comparables entre 1999 et 2010, avec des extrêmes allant de 19 à 42 ans, notre échantillon est apparu plus jeune en répartition que lors des autres études.

3.1.3 Catégories socioprofessionnelles

Nous avons classé notre population en 4 catégories socioprofessionnelles en fonction du niveau d'éducation.

Tableau 2 : Répartition des mères selon le niveau d'éducation

	Population témoin 1999 n = 75	Population d'étude 1999 n = 73	Population 2004 n = 286	Population 2010 n = 69
Niveau d'étude Primaire	0 (0 %)	3 (4,1 %)	1 (0,3 %)	5 (7,2 %)
Niveau d'étude secondaire	17 (23,3 %)	21 (28,8 %)	62 (21,7 %)	16 (23,2%)
Niveau d'étude technique	19 (26 %)	17 (23,3 %)	43 (15 %)	15 (21,8 %)
Niveau d'étude supérieure	37 (50,7 %)	32 (43,3 %)	180 (62,9 %)	33 (47,8 %)

Notre échantillon se rapprochait plus des deux populations de 1999. Dans les trois études, on a retrouvé une répartition presque similaire entre les différents niveaux d'éducation avec une prédominance pour les mères ayant reçu une éducation supérieure.

3.2 Pratique des positions de couchage à 3 mois

Notre questionnaire nous a permis d'étudier plusieurs variables concernant les pratiques de couchage du nourrisson. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la position de couchage à l'âge de 3 mois et à l'évolution de celle-ci au cours des dix dernières années, dans un même lieu.

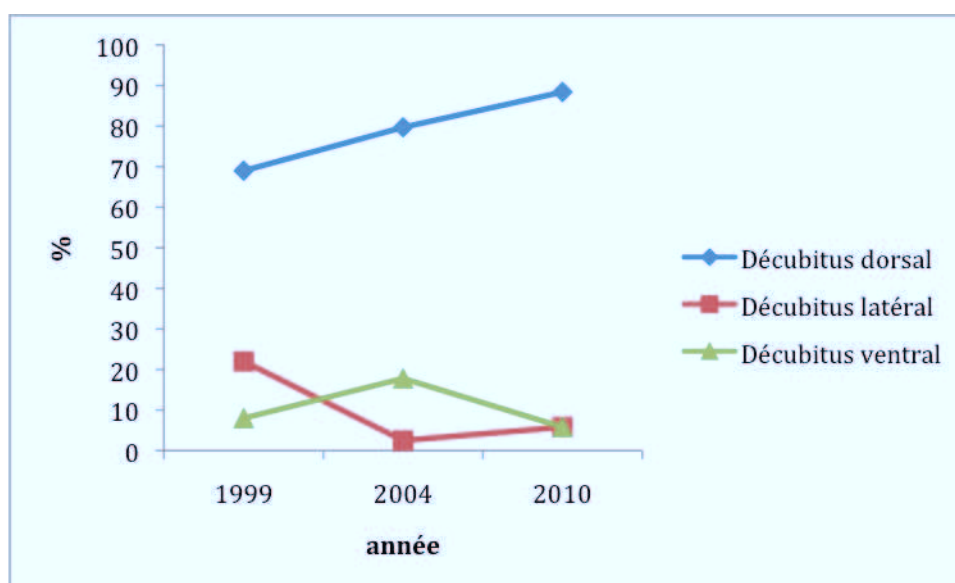
Dans notre étude, 5,8% des nourrissons de notre population étaient couchés sur le ventre et 5,8% sur le côté. Cela veut dire que 11,6% des nourrissons de notre population n'étaient pas couchés dans une position recommandée.

Tableau 3 : Position de couchage à 3 mois

	Population témoin 1999 n = 75	Population étude 1999 n = 73	Population 2004 n = 286	Population 2010 n = 69
Décubitus dorsal	52 (69 %)	50 (68,5 %)	228 (79,7 %)	61 (88,4 %)
Décubitus latéral	8 (11%)	5 (7 %)	5 (1,8 %)	4 (5,8 %)
Décubitus ventral	3 (4 %)	4 (5,5 %)	9 (3,2 %)	4 (5,8 %)
Décubitus latéral et dorsal	8 (11 %)	13 (17,8 %)	2 (0,7 %)	0
Décubitus ventral et dorsal	3 (4 %)	0	11 (3,8 %)	0
Décubitus ventral et latéral	0	0	31 (10,8 %)	0

On remarque que lors des études de 1999 et 2004, les patientes ont eu la possibilité de donner des réponses combinées (décubitus latéral/dorsal, ventral/dorsal, ventral/latéral). Alors que dans notre étude nous avons demandé quelle était la position habituelle. Les mères ne pouvaient donc pas donner de réponses combinées.

Figure 1 : Evolution des positions de couchage à 3 mois, sur 11 ans

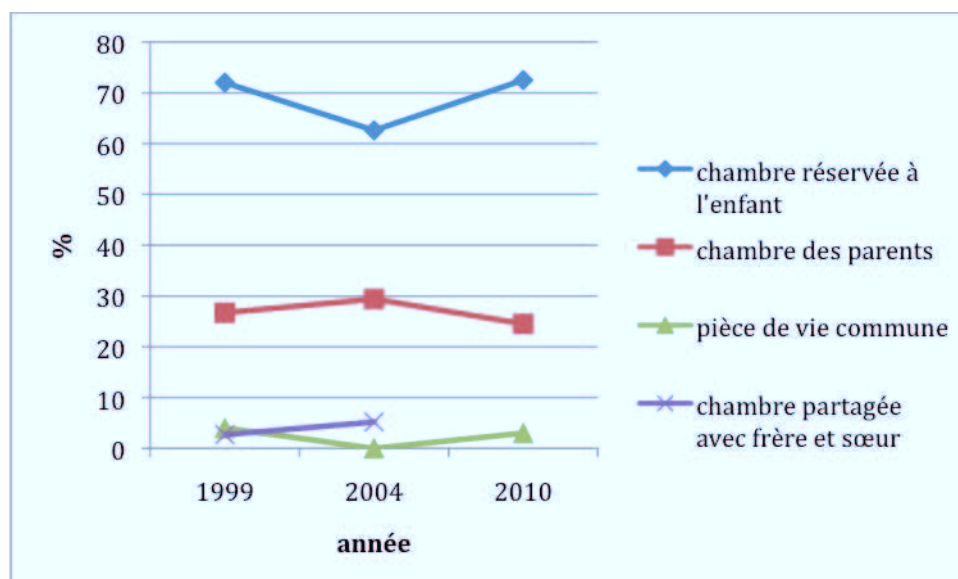


Les nourrissons ayant été couchés dans des positions combinées en 1999 et 2004 ont été analysés en fonction du risque majeur qu'ils présentaient. Les nourrissons ayant été couchés dans une position combinée ventrale/latérale ou ventrale/dorsale ont été considérés comme couchés en décubitus ventral. Les nourrissons couchés en position combinée latérale/dorsale ont été considérés comme couchés en décubitus latéral. De cette façon, nous avons un reflet exact de l'évolution du décubitus dorsal strict.

3.3 Evolution des facteurs de risque dans le couchage du nourrisson

3.3.1 Lieu de couchage de l'enfant

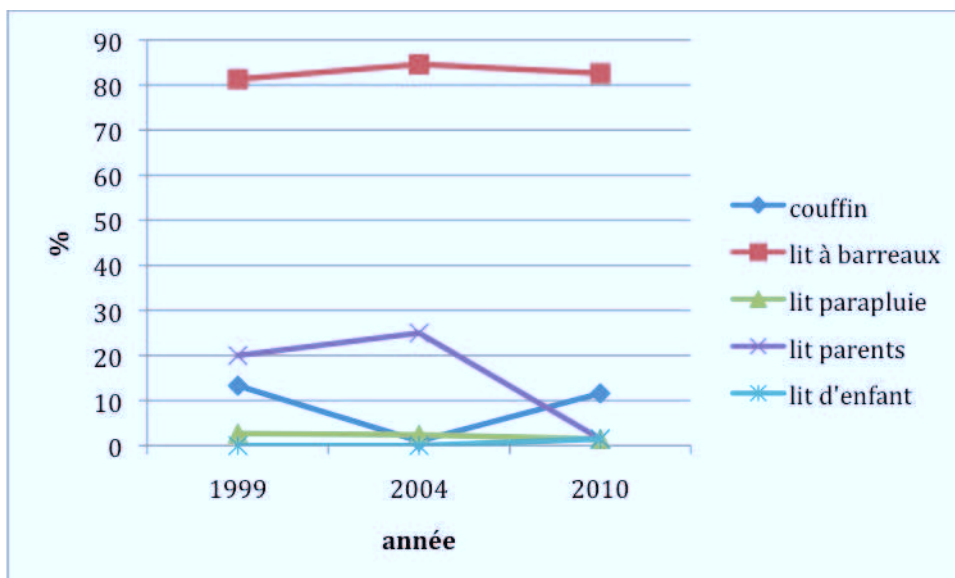
Figure 2 : Evolution des lieux de couchage sur 11 ans



Les différences entre les 3 études étaient relativement limitées. En effet, les chiffres de 1999 étaient tout à fait comparables à ceux de notre étude. Les chiffres de 2004 étaient eux légèrement différents : le couchage en chambre réservée à l'enfant étaient légèrement plus faible au profit d'un couchage dans la chambre des parents ou dans une chambre partagée avec les frères et sœurs. En 2010, les mères incluses dans l'étude étaient des primipares et les nourrissons ne pouvaient pas être couchés dans une chambre avec les frères et sœurs.

3.3.2 Types de couchage

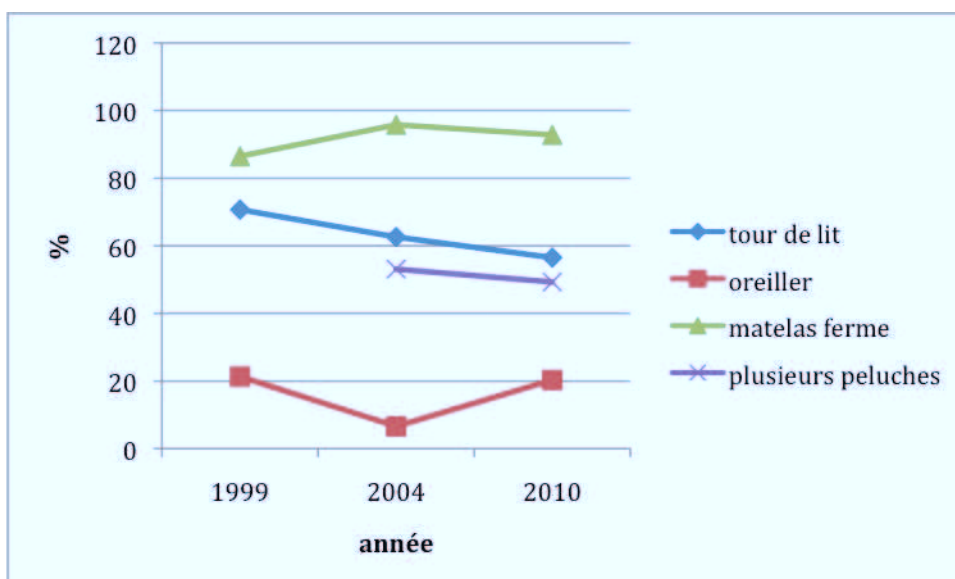
Figure 3 : Evolution des types de couchage sur 11 ans



Dans les 3 études, il n'existait pas de différence quant à l'utilisation du lit à barreaux. On notait, par contre, une évolution nette quant à la baisse du couchage dans le lit parental. Lors de l'étude de 1999, certaines familles avaient rapporté que leur enfant pouvait être couché dans différents lits selon les jours ou les périodes de la journée, ce qui explique le nombre de lits supérieur au nombre de nourrissons.

3.3.3 Accessoires de lit

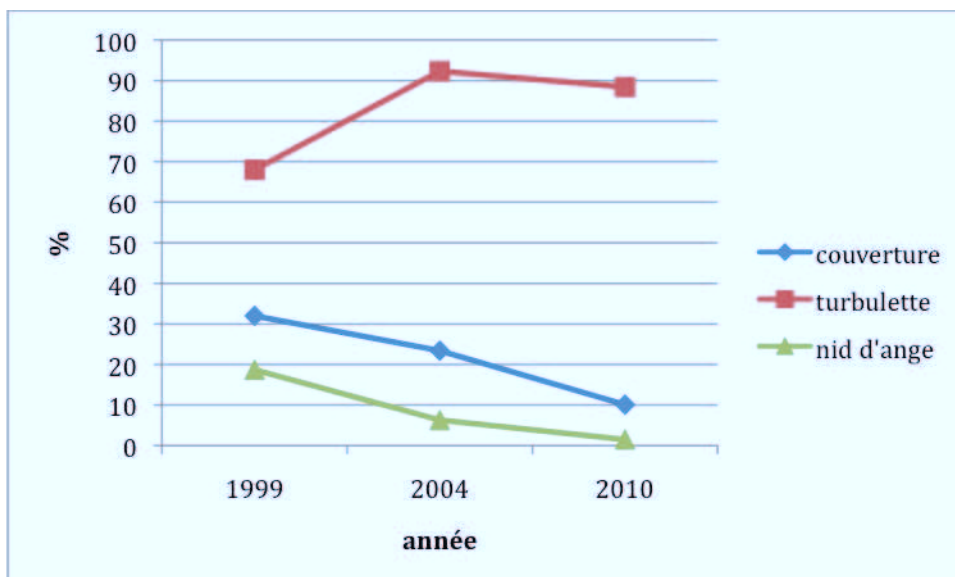
Figure 4 : Evolution de l'utilisation des accessoires de lit sur 11 ans



Il n'y a pas d'évolution concernant l'utilisation d'un matelas ferme ou d'un oreiller entre 1999 et 2010. Par contre, la présence du tour de lit et des peluches dans le lit du nourrisson montre une tendance à la baisse.

3.3.4 Habillage du nourrisson lors du couchage

Figure 5 : Evolution de l'habillage du nourrisson sur 11 ans



Lors des études de 1999 et 2004 les mères interrogées ont pu donner plusieurs réponses en ce qui concerne l'habillage du nourrisson au moment du coucher. Ainsi, un même enfant pouvait être couvert d'une couverture en plus de la turbulette et l'habillage pouvait être multiple dans une même journée, expliquant les totaux supérieurs au nombre d'enfants en 1999 et 2004. Dans notre étude les mères n'ont donné qu'une réponse même si la question était ouverte.

L'utilisation de la turbulette a largement augmenté depuis l'étude de 1999. A l'inverse, l'utilisation du nid d'ange et de la couverture a largement diminué en 11 ans.

3.4 Evolution des facteurs de risque extérieurs au couchage

3.4.1 Le tabagisme

En 1999, les chiffres retrouvés portaient sur la population de fumeurs alors que dans les études de 2004 et de 2010 les chiffres portaient sur toute la population.

Ainsi en 1999, dans la population de fumeurs, 8,7 % fumaient partout dans la maison, 32,6 % fumaient dans la maison mais dans une pièce où l'enfant ne dormait pas. Ce qui veut dire que 58,7 % des parents fumeurs, ne fumaient qu'à l'extérieur de la maison.

En 2004, 13,6 % de toute la population fumaient dans toute la maison.

En 2010, notre étude a montré que 5,8% de la population interrogée fumaient dans toute la maison (contre 13,6% en 2004), et que 46,4 % fumaient à l'extérieur de la maison.

Le taux de fumeurs dans la maison est ainsi passé de 13,6% en 2004 à 5,8% en 2010. La tendance était donc à la baisse.

3.4.2 La température de la chambre

En 1999, 68% des nourrissons de la population étudiée dormaient dans une chambre dont la température était comprise entre 18 et 20° et pour 30% d'entre-eux la chambre était chauffée à plus de 20°.

Lors de l'étude de 2004, 55,2% des bébés dormaient dans une chambre à la bonne température (18-20°). Il a également été mis en évidence durant cette étude que 21% des parents ne connaissaient pas la température effective de la chambre. A l'inverse, 80,8% d'entre eux connaissaient les recommandations concernant la température de la chambre.

Dans notre étude en 2010, 71 % des parents interrogés faisaient dormir leur bébé dans une chambre entre 18 et 20°. Dans 23,2% des cas, la température était supérieure à celle qui était recommandée.

Les chiffres ont donc peu évolué depuis 11 ans puisque en 1999 68% des nourrissons dormaient dans un environnement avec la température recommandée, contre 71% en 2010.

3.4.3 L'utilisation de la tétine

Cette donnée est manquante lors de l'étude de 1999. L'étude de 2004 a montré que 49,3 % des nourrissons dormaient avec une tétine. En 2010, nous avons constaté que 69,6 % des bébés dormaient avec une tétine. La tendance était donc à la hausse en ce qui concerne l'utilisation de la tétine.

3.4.4 Le mode d'allaitement

En 1999, les mères ayant allaité au moins une fois représentaient 52% de la population.

En 2004, l'allaitement maternel était utilisé de façon stricte ou mixte dans 36% des cas au moment du questionnaire à 3 mois, alors qu'à la sortie de la maternité 63,3% des nourrissons bénéficiaient d'un allaitement maternel.

Dans notre étude, les nourrissons ayant bénéficié au moins une fois d'un allaitement maternel, dans sa forme exclusive ou mixte, représentait 55% de la population.

Il n'y a donc pas eu de franche évolution des pratiques concernant le mode d'allaitement entre 1999 et 2010 bien qu'elles aient connu une hausse en 2004.

3.5 Sources d'informations maternelles sur les positions de couchage

Dans notre recherche, nous avons étudié les sources d'informations utilisées par les mères en ce qui concerne le mode de couchage. Cette information n'a pas été étudiée en 1999 et 2004.

Tableau 4 : Sources d'informations maternelles sur les positions de couchage

Type d'influence	Population étudiée en 2010 n = 69
Equipe soignante de la maternité	53 (76,8 %)
Médecin traitant	13 (18,8 %)
Parents, grands-parents	7 (10,1 %)
Magazines	21 (30,4 %)
Médias	6 (8,7 %)

Certaines mères ont été influencées par plusieurs sources à la fois, expliquant les totaux supérieurs aux effectifs.

3.6 Relations entre les mauvaises pratiques et les caractéristiques maternelles

3.6.1 Pratiques déconseillées et niveau d'éducation maternelle

Tableau 5 : Pratiques déconseillées en fonction du niveau d'éducation

	Niveau d'éducation		P
	Non supérieur n = 36	Supérieur n = 33	
Positions de couchage autres que décubitus dorsal	2 (5,6 %)	6 (18,2 %)	P=0,10 NS
Lieux autres que chambre des parents	29 (80,6 %)	23 (69,6 %)	P=0,29 NS
Types de couchage autres que lit à barreaux	5 (13,9 %)	7 (21,2 %)	P=0,42 NS
Utilisation d'un tour de lit	22 (56,4 %)	17 (43,6 %)	P=0,42 NS
Influence due à l'équipe de la maternité	26 (71,2 %)	27 (81,8 %)	P=0,34 NS

L'utilisation d'une position autre que le décubitus dorsal n'était pas significativement plus élevée dans un groupe ou un autre. Par contre, il y avait une tendance en faveur de l'utilisation d'une position non recommandée dans le groupe d'éducation supérieure. Pour les autres variables, aucune différence significative n'a été mise en évidence en fonction du niveau d'éducation.

L'étude de 1999 n'avait pas mis non plus en évidence de différence significative entre le niveau d'éducation et la position de couchage.

Dans l'étude de 2004, l'utilisation d'une position autre que dorsale pour le sommeil du nourrisson était significativement plus élevée dans les groupes d'éducation non supérieure.

3.6.2 Position de couchage déconseillée et âge de la mère

Aucune différence significative n'existait entre des positions de couchage déconseillées et l'âge de la mère ($p = 0,6018$). L'âge moyen des mères couchant leur bébé en décubitus ventral ou latéral était de 27 ± 3 ans, contre 28 ± 6 ans pour la position dorsale.

3.6.3 Pratiques déconseillées et sources d'influence de la mère

Les mères influencées par l'équipe soignante de la maternité couchaient préférentiellement leur enfant en décubitus dorsal. Néanmoins, 9,5 % des mères se déclarant influencées par l'équipe de la maternité couchaient leur enfant dans une position non recommandée.

De même 73,5 % des patientes se disant influencées par les conseils de l'équipe de la maternité faisaient dormir leur enfant, seul, dans une chambre, à 3 mois.

En ce qui concerne les autres influences extérieures, 10 % des mères influencées par les médias et 57% des patientes influencées par les magazines, utilisaient un tour de lit.

Quant à l'influence des grands-parents, seulement 1 personne, sur les 7 se disant influencées par eux, couchait son bébé dans une position non recommandée.

3.7 Cumul des facteurs de risque

Tous les nourrissons, couchés dans une position inadéquate, présentaient une accumulation des facteurs de risque dans leurs conditions de couchage. En effet, lorsque les nourrissons sont couchés sur le ventre ou le côté, on retrouvait toujours au moins un facteur de risque associé dans leur environnement de couchage. On a dénombré jusqu'à 4 facteurs de risque en plus de la position de couchage pour 2 d'entre eux.

Il ressort également que seulement 1,5 % des mères suivaient correctement les recommandations et 7,3 % n'avaient qu'un seul facteur de risque qui se trouvait être, la plupart du temps, soit le tour de lit, soit la présence de plusieurs peluches. Cela signifie également que 98,5% des nourrissons étaient couchés dans un environnement qui comprend au moins un facteur de risque de MSN.

3.8 Cumul des facteurs de risque en fonction des influences

Tableau 6 : Nombre moyen de facteurs de risque en fonction des sources d'influence

	Nombre moyen de facteurs de risque		P
	Influencées	Non influencées	
Equipe soignante de la maternité	2,9	3	P=0,70 NS
Médecin traitant	2,6	3	P=0,28 NS
Grands-parents	3,3	2,9	P=0,47 NS
Médias	2,6	3	P=0,93 NS
Magazines	2,7	3	P=0,29 NS

Même s'il n'y a pas de différences significatives entre les différentes sources d'influence, on a retrouvé une légère tendance à l'augmentation du cumul des facteurs de risque dans la population influencée par les grands-parents.

4. Discussion

4.1 Rappels des résultats

La première partie de notre étude a été réalisée par questionnaire téléphonique auprès des mères ayant accouché à la maternité du CHU de Poitiers, 3 mois après leur retour à la maison. Elle révèle l'existence de conditions de couchage non conformes aux recommandations.

Ainsi, en 2010 dans la Vienne 11,6% des nourrissons ne sont pas couchés dans une position recommandée. On note également que seulement 1,5% des nourrissons sont couchés dans des conditions strictement conformes aux recommandations. Il y a donc 98,5 % des nourrissons qui ne sont pas couchés de façon optimale.

Chaque facteur de risque analysé séparément montre qu'il est, en majorité, connu et évité, sauf, pour le tour de lit. Cet accessoire reste encore aujourd'hui beaucoup trop utilisé, comme cela avait déjà été montré en 2004.

Dans un second temps, nos résultats ont été comparés aux deux études similaires, effectuées en 1999 et en 2004, dans la même région, selon un protocole identique. Cette comparaison a permis de mettre en évidence une augmentation du nombre de nourrissons couchés en position dorsale, comme cela est recommandé par la SFP [33]. L'utilisation du tour de lit a, quant à elle, diminué aux cours de ces onze dernières années, bien que cette pratique reste encore aujourd'hui très présente. Par ailleurs, aucune évolution franche n'a été démontrée pour la majorité des autres facteurs de risque.

4.2 Discussion de la méthode

Pour notre enquête, nous avons repris le questionnaire qui avait été utilisé par S. Cupif en 1999 et par C. Perrault en 2004. Certains items n'ont pas été modifiés afin de pouvoir comparer nos résultats dans le temps, et d'autres ont été ajoutés (comme les différents types d'influences) afin d'apporter des données supplémentaires.

La première partie de notre étude comporte un certain nombre de limites. En effet, le recueil des informations s'est fait au cours d'un entretien téléphonique, ce qui rend difficile une évaluation objective, d'autant plus que certains items ont été laissés à l'appréciation des parents (température de la chambre, fermeté du matelas).

Le moment de l'appel n'était pas toujours adéquat. Pour la majorité des personnes il s'agissait d'une période de transition qui concordait avec la reprise du travail, et le temps manquait parfois. L'âge de 3 mois pour effectuer notre enquête a été choisi en raison de la prévalence de la survenue d'un décès par MSN qui est plus importante à cet âge-là [5]. Les études de 1999 et 2004 avaient également été réalisées à cet âge-là.

Toutes les mères ayant accepté de participer à l'étude ont répondu entièrement au questionnaire téléphonique, mais certaines l'ont fait rapidement sans prendre un temps de réflexion.

Afin de minimiser les biais dus à la méthode par questionnaire téléphonique semi directif, l'investigateur a été le même durant toute l'étude. De plus, la population interrogée a été choisie de telle façon que chaque patiente appelée par téléphone avait vu, au moins une fois, en maternité, l'investigateur.

La deuxième partie de notre travail consiste en une comparaison de nos chiffres avec ceux des deux autres études. Nous n'avons eu aucune maîtrise sur les études de 1999 et 2004 et ces études comportaient également des biais, qui sont superposables à ceux de notre enquête préliminaire.

Nous avons essayé de minimiser les écarts entre notre enquête et les deux autres, en reprenant le même questionnaire. Cependant, il persiste des biais car nous avons apporté quelques modifications succinctes à ce questionnaire.

Les critères d'inclusion ont été également modifiés dans notre étude afin de la simplifier au maximum. Aussi nous n'avons pris que des primipares, alors que, lors des autres études, toutes les mères avaient pu participer, peu importe la parité. Cette différence est majeure puisque l'on sait que l'augmentation de la parité est un facteur de

risque de MSN [40]. Mais aucune différence de pratiques de couchage, n'avait été retrouvée en 2004 entre les primipares et les multipares.

Malgré cela, lorsque l'on compare les effectifs des trois études, aucune différence significative en terme d'âge ou de niveau d'éducation n'apparaît. Notre échantillon a tendance à être plus jeune du fait de la primiparité, mais la majorité de la population se situe entre 25 et 35 ans, comme pour les autres groupes.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Objectif principal

Notre objectif principal était d'évaluer le taux de positions de couchage non recommandées à trois mois. Il en ressort qu'en 2010 encore 11,6% des nourrissons sont couchés dans une position à risque (5,8% en décubitus ventral et 5,8% en décubitus latéral). La position dorsale exclusive est, elle, utilisée dans 88,4 % des cas.

D'autres études épidémiologiques ont été faites à ce sujet. Un travail mené aux Etats-Unis montrait en 2007 que 10% des enfants étaient couchés sur le ventre dans la population blanche et 20% dans la population afro-américaine [34]. Une autre étude, menée en France en 2000, sur deux maternités différentes, a montré que la position dorsale exclusive était seulement utilisée dans 12 % des cas à Port-Royal et dans 40% des cas à Créteil [35]. En Seine-Maritime, la prévalence de la position ventrale a été évaluée à 8% en 1995 [41].

Le chiffre français le plus récent que nous ayons trouvé est issu d'une étude de 2010 menée à Paris pratiquement en même temps que la nôtre. Cette étude retrouve une position de couchage dorsale exclusive à 79,3%, et un couchage en décubitus ventral à 10,3% [42].

Malheureusement, nous ne disposons pas aujourd'hui d'un chiffre national concernant la prévalence du décubitus ventral en France et les données régionales sont relativement anciennes [4].

Nos résultats se rapprochent des ceux de l'étude américaine et de l'étude menée à Paris en 2010. Il persiste néanmoins quelques différences qui s'expliquent, pour l'étude américaine, par le fait que nous n'avons pas fait de distinction ethnique. Or, comme cela a été démontré aux Etats-Unis, les pratiques sont extrêmement différentes en fonction du milieu culturel.

En ce qui concerne l'étude menée à Paris en 2010, nos chiffres s'en rapprochent également, mais on y retrouve quand même deux fois plus d'enfants couchés sur le ventre que dans notre étude. Or nous savons qu'il existe de grandes disparités régionales en ce qui concerne le taux de MSN [5] et par extrapolation on peut penser que les pratiques de couchage diffèrent en fonction des régions. En effet, en plus des campagnes de prévention nationale certaines campagnes de prévention ont été menées localement au cours de ces dernières années et ont eu plus ou moins d'impact sur la population locale en fonction des régions. Cela expliquerait les différences entre ces deux études pourtant menées quasiment à la même période.

Il existe, par contre, une différence beaucoup plus importante entre nos chiffres et ceux de l'étude française de 2000. Cela s'explique de deux façons.

Premièrement, cette étude menée dix ans avant la nôtre avait révélé une profonde angoisse des mères à utiliser exclusivement la position dorsale exclusive. Ainsi il était apparu que 45 % d'entre elles utilisaient la position « dos-côté » qu'elles trouvaient plus sécurisante. De nombreux nourrissons étaient donc couchés effectivement sur le dos mais de façon non exclusive. Dans notre étude, les mères n'ont pas eu la possibilité de donner une réponse combinant deux positions (dorsal/latéral, dorsal/ventral, ventral/latéral).

Deuxièmement, ce travail a eu lieu à la fin des campagnes de prévention nationales. Les pratiques étaient à ce moment là en cours d'évolution et il devait persister quelques réticences. Il faut ajouter à cela les disparités régionales pour expliquer, en partie, les différences importantes entre les deux études.

Paradoxalement nos résultats sont très proches de ceux des différentes études nationales menées au courant des années 90 pour évaluer l'efficacité des campagnes de prévention. En effet, la prévalence du couchage en position ventrale était de 10% aux Pays Bas en 1990 [43], 5% en Nouvelle-Zélande en 1990, 4,3% en Tasmanie en 1992 [44] et 8% en Seine-Maritime en 1995 [41].

Cela voudrait dire que nos résultats sont comparables à ceux de la littérature scientifique d'une part et que, d'autre part, les pratiques n'ont pas franchement évolué depuis 1995 en France.

4.3.2 Objectifs secondaires

4.3.2.1 Evolution des pratiques sur dix ans

Position de couchage

Après analyse des résultats de notre enquête, nous nous sommes attachés à les comparer avec deux autres études qui ont également été réalisées à la maternité du CHU de Poitiers en 1999 et 2004.

En ce qui concerne le critère principal, nous avons montré que le couchage en position dorsale exclusif avait augmenté en dix ans. Il est passé de 69% en 1999 à 88,4% en 2010. Cette augmentation est plutôt encourageante. Les pratiques ont donc été modifiées dans le bon sens.

On peut penser que les campagnes de prévention menées avant les années 2000 ont eu un impact positif à long terme, même si cela n'est pas encore suffisant, et que les bonnes pratiques rentrent de plus en plus dans les mœurs.

Parallèlement à cela, le couchage en position ventrale n'a que très peu diminué en 11 ans. En effet le taux est passé de 8% en 1999 à 5,8% en 2010. Le décubitus latéral a, quant à lui, bien diminué puisqu'il est passé de 22% en 1999 à 5,8% en 2010. Les résultats de 2004 montraient déjà une diminution importante du couchage en décubitus latéral au profit du décubitus dorsal, mais également avec une augmentation du décubitus ventral.

En 2010, la tendance s'est inversée en ce qui concerne le décubitus ventral avec une nette diminution au profit du décubitus dorsal sans que le décubitus latéral augmente.

Dans la littérature scientifique, plusieurs études épidémiologiques montrent l'évolution des pratiques de couchage après les campagnes de prévention. Mais toutes ces études datent d'avant les années 2000. A notre connaissance, aucune étude récente n'a analysé l'évolution de ces pratiques.

Ainsi, après les différentes campagnes de prévention nationales, dans les années 90, de multiples enquêtes ont été réalisées dans différents pays pour en évaluer l'efficacité sur les pratiques de couchage et sur le taux de MSN. Toutes ces études ont montré une diminution du nombre de MSN en parallèle avec une diminution du nombre de nourrissons couchés en position ventrale.

Les premiers à avoir mis en place une campagne de prévention nationale de la MSN et à en avoir évalué les conséquences positives sont les Hollandais. En effet, une étude réalisée en 1993 a montré que la prévalence de la position ventrale lors du sommeil chez le nourrisson avait chuté dans tout le pays, passant de 60% entre 1985 et 1987, à 16% en 1990 et 10% en 1992. Parallèlement, l'incidence de la mort subite du nourrisson avait diminué de 1,04/1000 à 0,44/1000 naissances, durant la même période [43]. A partir de là, plusieurs études dans différents pays ont retrouvé les mêmes résultats notamment dans les pays scandinaves [45,46].

En Nouvelle-Zélande, une campagne de prévention nationale visant à lutter contre la position ventrale, le tabagisme maternel et le partage du lit, a été lancée en 1990 [47]. Les effets ont été, là aussi, spectaculaires. La prévalence de la position ventrale est passée de 43% à moins de 5%, tandis que l'incidence de la mort subite du nourrisson est passée de 4,3/1000 à 2,1/1000 naissances [48].

Aux Etats-Unis, les recommandations sur la prévention de la MSN par le couchage en décubitus dorsal ne sont apparues qu'en 1992. Il s'agissait de la campagne « back to sleep » [49]. Les effets de cette campagne ont été évalués entre 1993 et 1994 et la prévalence du couchage en position dorsale avait augmenté de 38,1% à 59,1% [50].

En France, ce n'est qu'en 1994 qu'une campagne nationale visant à enrayer l'utilisation du décubitus ventral chez les nourrissons a été mise en place. Par la suite, une baisse significative de la position de couchage sur le ventre a pu être mise en évidence dans quatre départements : 25% en 1994 contre 7% en 1995, parallèlement à une diminution de l'incidence de la MSN de 1,1/1000 à 0,7/1000 [51].

Nos chiffres sont relativement identiques à ceux des ces études menées il y a plus de 10 ans. On note une légère amélioration du taux de décubitus ventral entre 1999 et 2010 mais pas aussi spectaculaire que durant les années 1990. Cette amélioration minime, du moins en France, du taux de couchage en décubitus ventral peut largement s'expliquer par le fait qu'aucune campagne nationale en faveur d'un meilleur couchage des enfants n'a été mise en place depuis 2001. Ainsi, même si des notions comme le couchage en décubitus dorsal commence à rentrer dans les mœurs, l'amélioration des conditions de couchage est trop lente par rapport aux enjeux que représente la prévention de la MSN.

Autres facteurs de risques (Lieu où dort l'enfant, température de la chambre, allaitement maternel)

Aucune évolution significative dans les pratiques concernant le lieu où dort l'enfant, la température de la chambre et l'allaitement maternel n'a été mise en évidence dans notre étude. Pour ces trois items, nos chiffres sont pratiquement identiques à ceux de 1999.

Peut-être cela est-il dû à un défaut d'information. En effet, les campagnes de prévention ont toutes mis l'accent sur le couchage en position dorsale principalement. Leur nom en est déjà évocateur : « back to sleep » ou « je dors sur le dos ». On peut ainsi penser que le couchage préconisé dans la chambre des parents jusqu'à 6 mois, ou encore, une température adéquate entre 18 et 20° sont des notions qui n'ont pas été suffisamment appuyées lors des campagnes. De plus, la dernière campagne de prévention nationale date de 2001 [4].

En ce qui concerne la stagnation du taux d'allaitement maternel sur onze ans, les raisons en sont différentes. Bien que des études nationales menées en France aient montré une légère augmentation de l'allaitement maternel [52], comme cela avait été le cas entre 1999 et 2004, le taux d'allaitement maternel a globalement stagné au CHU de Poitiers avec 52% d'allaitement en 1999 contre 55% dans notre échantillon en 2010. Une étude est d'ailleurs en cours pour réactualiser ces données au niveau national [53].

Les principales causes évoquées concernant la réticence à une augmentation plus franche du taux d'allaitement maternel, sont sociétales et environnementales comme le montrent plusieurs études [54].

Type de lit utilisé

En ce qui concerne le type de lit utilisé, un peu plus de 80% des mères interrogées dans les trois études, disent coucher leur bébé dans un lit à barreaux.

Par contre, le taux de couchage dans le lit parental a chuté significativement de 1999 à 2010. En effet, il est passé de 20 à 25% entre 1999 et 2004 pour chuter à 1,5% en 2010. Paradoxalement, cette pratique appelée co-sleeping est actuellement en augmentation, autant aux Etats-Unis qu'en Europe [55], alors qu'il a été largement montré qu'il s'agissait d'un important facteur de risque de MSN [11]. On peut donc s'interroger sur nos résultats.

Cela est probablement dû à notre méthode. En effet, notre étude reflète la proportion de co-sleeping strict. Lorsque nous avons posé la question du type de couchage, nous n'avons pas proposé de réponses à choix multiples, alors que dans les autres études, les mères pouvaient donner plusieurs réponses. On peut donc penser que dans notre étude certains nourrissons, couchés dans un lit au début de la nuit, pouvaient passer dans le lit parental au cours de la nuit, notamment à l'occasion d'une tétée, comme cela a été montré [56].

Objets à risque dans le lit du nourrisson (Tour de lit, oreiller, matelas, peluche)

Nous avons également comparé l'utilisation de différents accessoires à risque que l'on peut trouver dans un lit de nourrisson. Il n'apparaît pas de franches différences entre les pratiques de 1999 et celles de 2010. Par contre, l'utilisation du tour de lit et des peluches ne montre qu'une légère baisse entre 2004 et 2010 (pour le tour de lit de 62,6% à 56,5%, et pour les peluches de 53,1% à 49,2%).

Cette stagnation peut s'expliquer par le fait que toutes ces pratiques sont dictées par une mode médiatique difficile à combattre. Il suffit d'ouvrir un magazine spécialisé en puériculture pour y voir les plus beaux tours de lit s'afficher sur les photos. Une étude

menée aux Etats-Unis en 2010 a constaté que plus de 1/3 des photos de ces magazines montraient des enfants couchés dans des positions non recommandées et que 2/3 montraient un environnement non conforme [37]. De même, il n'est pas sûr que ces notions soient connues du grand public puisque les campagnes de prévention étaient essentiellement axées sur la position de couchage.

Type d'habillement

Le type d'habillement d'un nourrisson avant son couchage a par contre évolué de façon favorable en 10 ans. En effet, l'utilisation de la turbulette a largement progressé au cours des années pour passer de 68% en 1999 à 88% en 2010. Parallèlement, on observe une diminution de l'utilisation du nid d'ange et des couvertures.

On peut supposer que l'information sur l'habillement du nourrisson a eu un impact positif comme l'a montré Hollebecque en 1994 [51], bien que dans l'étude de 1999 menée à la maternité du CHU de Poitiers, les pratiques n'avaient pas évolué malgré une information spécifique.

Tétine

L'utilisation de la tétine a augmenté de façon significative pour passer de 49,3% en 2004 à 69,6% 2010. Bien que le mécanisme exact n'en soit pas encore connu, une réduction du risque de MSN semble être associée à son utilisation [4]. On pense que l'effet protecteur viendrait d'un abaissement du seuil de sommeil. Les bébés seraient alors plus réactifs si un élément perturbateur extérieur venait à arriver durant leur sommeil [20].

Tabac

Le tabagisme à l'intérieur de la maison est en baisse puisqu'il passe de 58,7% des fumeurs en 1999 à 46,4% en 2010. On peut affirmer que les différentes campagnes de santé publique, comme les différents messages audiovisuels, ont eu un effet positif sur le tabagisme passif des nourrissons même si cela reste insuffisant.

4.3.2.2 Corrélations entre les positions de couchage non recommandées et d'autres facteurs.

Pratique de couchage et niveau d'éducation

Aucun lien significatif entre de mauvaises pratiques de couchage et le niveau d'éducation de la mère n'est mis en évidence. Nos résultats montrent plutôt une légère tendance à l'usage de mauvaises pratiques chez les mères de niveau d'éducation supérieur.

L'étude de 1999 ne montrait pas de différences significatives mais la tendance était inverse à la nôtre. D'autres études épidémiologiques ont montré que, depuis les campagnes de prévention, les MSN surviennent plus fréquemment lorsque les conditions socio-économiques de la famille sont défavorables. Elles constituent donc un facteur de risque comme cela a été montré aux Royaume-Uni, où, en 20 ans, le pourcentage de familles socialement défavorisées et subissant un cas de MSN, est passé de 47% à 74% [24]. Il paraît probable que les messages de prévention y sont plus difficiles à faire appliquer [57].

Nos résultats sont discordants avec ceux de la littérature scientifique. Cela est certainement dû au fait que notre variable de classement socio-économique était moins complexe que dans les autres études. En effet, nous nous sommes attachés à reporter uniquement le niveau d'éducation scolaire, sans tenir compte de l'activité professionnelle et de l'environnement social. Les autres études avaient des critères de classements socio-économiques combinant le niveau d'éducation, la profession du père et de la mère, et le salaire du ménage. Pour avoir une image plus juste de cette variable nous aurions dû nous baser sur la nomenclature des catégories socioprofessionnelles définie par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Pratiques de couchage et âge de la mère

Nous avons également essayé de mettre en évidence un lien entre des pratiques non recommandées et l'âge de la mère. Il n'existe pas de différences significatives entre des pratiques inadéquates et l'âge de la mère. Cependant, plus la mère est jeune, plus elle aura tendance à utiliser une position de couchage non recommandée. L'âge moyen

des mères couchant leur bébé en décubitus ventral ou latéral est de 27 ± 3 ans, contre 28 ± 6 ans pour la position dorsale.

Cette différence n'est pas significative dans notre étude en raison d'un manque de puissance évident. Mais la tendance dans nos résultats est conforme aux études de 1999 et 2004. Cette donnée est d'ailleurs largement retrouvée dans d'autres travaux. Déjà Willinger en 1999 [58] et Ottolini en 1998 [59], montraient une différence significative entre la position de sommeil et l'âge de la mère. Le premier a montré que les mères âgées de 20 à 29 ans sont 20% de moins que les plus de 30 ans à coucher leur bébé dans une position recommandée. Le second rapporte que la position de décubitus ventral est plus fréquente chez les mères en-dessous de 20 ans. Ainsi, il est aujourd'hui admis qu'un âge inférieur à 20 ans est un facteur de risque de MSN [11].

4.3.2.3 Pratiques de couchage et sources d'influence

Nous avons ensuite essayé d'établir un lien entre les pratiques de couchage et les différents types d'influence qu'ont subi les mères.

Influence de la maternité

Les mères se disant influencées par l'équipe soignante de la maternité couchent préférentiellement leur nourrisson en position dorsale à hauteur de 90,5%. Cela veut dire aussi, que 9,5% des mères se disant influencées par l'équipe de la maternité ne couchent pas leur enfant dans la bonne position.

Ceci n'est pas forcément dû à un défaut d'information. L'information aux mères n'est certainement pas donnée de façon adéquate, la période souvent inappropriée et la thématique irrecevable en post-partum immédiat. En effet, ces mères, à qui l'on donne des conseils de prévention sur la mort subite du nourrisson, viennent de donner la vie. On peut facilement imaginer un blocage psychologique quant à l'intégration des informations. Même si ces informations ont été simplifiées au maximum, leur exposition est encore trop formelle pour pouvoir toucher le maximum de parents. Plusieurs études ont essayé de montrer l'impact positif d'une information spécifique, mais les résultats sont contradictoires. Dans l'étude de 1999 que nous avons utilisée pour comparer nos données, S. Cupif avait comparé une population témoin avec une population qui avait

reçu une information spécifique en maternité. Elle avait constaté que l'information donnée aux parents concernant les pratiques de puériculture, n'influait pas leur comportement. Moon, en 2004, avait réussi à modifier positivement les pratiques de couchage dans une population à risque par un entretien en petit groupe de 15 minutes [60]. Hollebecque, en 1999, [51] avait montré également une diminution du couchage en décubitus ventral après information des professionnels de santé. Mais l'action spécifique, mise en place dans le cadre de cette recherche, n'était probablement pas seule responsable de ces résultats positifs puisque de nombreuses informations sur la prévention de la MSN étaient diffusées à la même période.

Influence des grands-parents

On pensait également que les grand-parents jouaient un rôle important dans les conditions de couchage du nourrisson. Dans notre étude, une personne, sur les sept se disant influencées par les grand-parents, couchait son nourrisson dans une position inadéquate. La population se disant influencée par les grand-parents est déjà très réduite et l'influence de ces derniers, qu'on pensait néfaste, ne l'est pas tant que cela sur les pratiques de couchage. Pourtant, un lien entre de mauvaises pratiques et l'influence des grands-parents, avait été établi dès 1998 [61].

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le lien retrouvé concerne essentiellement les mères qui vivaient au domicile de leurs parents. De plus, cette étude date d'il y a plus de 10 ans, les pratiques ont évolué et aujourd'hui, les jeunes parents ont plus tendance à s'éloigner du milieu familial. La présence des grands-parents, directement à leurs côtés, est donc moins fréquente qu'il y a quelques années.

Influence des magazines et des médias

Dans notre étude, 57 % de ces mères utilisent un tour de lit. L'utilisation du tour de lit est très importante dans la population influencée par ces sources.

Cela n'a rien d'étonnant lorsque l'on sait que les images diffusées dans les magazines de puériculture ne sont, pour la majorité, pas conformes aux recommandations. Une étude, publiée dans *Pediatrics* en 2009 [37], avait constaté que 1/3 des images retrouvées dans les magazines féminins montrent des enfants ne

dormant pas dans la bonne position et que 2/3 des images montraient un environnement inadéquat. Plus récemment une étude Britannique a mis en évidence que la majorité des images retrouvées sur un moteur de recherche internet montrait des enfants dans un environnement de couchage non sécurisé [62]. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les mères influencées par les médias et les magazines aient de mauvaises pratiques.

4.3.2.4 Cumuls des facteurs de risques

Nous avons retrouvé que seulement 1,5% des nourrissons étaient couchés selon les recommandations. 7,3 % n'ont, la plupart du temps, qu'un seul facteur de risque, en l'occurrence, soit le tour de lit, soit la présence de plusieurs peluches. A l'inverse, lorsque les nourrissons sont couchés dans une position non recommandée, on observe un important cumul des facteurs de risque pouvant monter, pour certains d'entre-eux, jusqu'à 4, en plus de la position.

L'examen du nombre de facteurs de risque en fonction des influences montre que pour une même source d'information il n'y a pas de différences significatives. Cela va un peu à l'encontre de ce que l'on vient d'exposer plus haut, mais cela s'explique par le fait que pour cette analyse tous les facteurs de risque ont été pris en considération sans distinction particulière. Lorsque ces différentes influences ont été analysées séparément, la position de couchage était le principal critère de jugement.

4.4 Validité externe de l'étude

Notre étude a donc mis en évidence plusieurs résultats intéressants dans l'évolution des pratiques sur 10 ans dans une même région. Nos chiffres ne sont pas toujours en adéquation avec d'autres recherches sur le même sujet. En effet, bien que notre étude soit prospective, elle comporte, dans sa réalisation, de nombreux biais que nous avons précédemment exposés. Il faut aussi souligner que, en ce qui concerne les pratiques de couchage il existe d'importantes disparités régionales. Nos résultats ne s'appliquent donc essentiellement qu'au département de la Vienne.

De nombreuses études ont été faites sur le sujet mais sont difficilement comparables puisque la majorité d'entre-elles a été réalisée avant les années 2000 alors

que les campagnes de prévention venaient de s'achever. Et il n'y a plus eu de campagne de prévention en France depuis 2001. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé d'études récentes sur l'évolution des pratiques de couchage depuis la fin de ces campagnes de prévention nationales.

Par ailleurs, nous avons manqué de puissance. En effet, nous avons mis en évidence quelques tendances conformes à la littérature, mais aucun de nos résultats n'étaient significatifs. Il aurait donc fallu avoir un échantillon plus grand.

5. Conclusion

Notre étude a donc montré que 11,6% des nourrissons ne sont toujours pas couchés dans une position recommandée, 3 mois après leur sortie de la maternité au CHU de Poitiers. Malgré cela, le couchage en position dorsale stricte a légèrement augmenté ces onze dernières années pour passer de 69% en 2004 à 88,4% en 2010.

L'étude a également mis en avant qu'en prenant séparément les conseils de prévention, ceux-ci étaient en général, bien suivis. Cependant, lorsque tous les critères accessibles à la prévention sont pris en compte, seuls 1,5% des enfants bénéficient de leur respect complet. Les pratiques déconseillées les plus fréquentes portent essentiellement sur les différents objets que l'on peut retrouver dans un lit de bébé comme cela avait déjà été montré dans l'étude de 2004.

Sur ces critères-là (peluches, tour de lit, oreiller), on ne constate aucune évolution significative sur 10 ans même si la tendance est à la baisse en ce qui concerne leur utilisation. Comme l'a encore montré l'Institut national de veille sanitaire dans son enquête nationale de 2007 à 2009, un grand nombre de MSN observées aurait pu être évité par un environnement de sommeil plus sûr. Les campagnes menées dans d'autres pays ont montré leur efficacité, essentiellement sur le couchage sur le dos, mais peu ou pas sur les autres facteurs de risque [23]. Par ailleurs les pratiques de marketing des fabricants et distributeurs d'articles de puériculture rendent difficiles l'application des recommandations.

Ainsi, depuis la fin des années 1990, le taux de décès par MSN est en stagnation [5] et, parallèlement à cela, les pratiques n'ont que peu évolué. La prévention qui avait permis une forte diminution des MSN a aujourd'hui du mal à faire diminuer ce taux. Même si une étude menée en France en 1994 avait montré un effet bénéfique d'une information appuyée auprès des professionnels de santé, les résultats restent contradictoires et de nombreux obstacles persistent. De plus, aucune campagne nationale en faveur d'un meilleur couchage des enfants n'a été mise en place depuis 2001.

Les campagnes de prévention devraient être renouvelées et cibler particulièrement les populations à risques.

Le personnel soignant impliqué dans le suivi de la grossesse pourrait par exemple, prévoir une consultation spécifique à la prévention de la MSN avant et après la naissance du bébé, idéalement en présence des grands-parents.

Des recommandations officielles sur le couchage des enfants devraient figurer sur le site du ministère chargé de la santé et de la HAS, comme dans d'autres pays.

De même, la direction générale de la consommation et de la répression des fraudes devrait s'emparer du sujet de la sécurité de certains objets de puériculture, et lutter contre leur mise sur le marché.

Enfin, il serait intéressant d'utiliser un autre canal pédagogique que celui de la prévention orale. On pourrait imaginer d'évaluer l'effet d'un apprentissage du mode de couchage par simulation en maternité. Les mères disposeraient d'un endroit spécifique en maternité où des scénarios leur seraient soumis, au cours desquels elles apprendraient à coucher leur bébé de façon appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bergman AB, Beckwith JB, Ray CG. Proceedings of the second international conference on causes of sudden death in infants. University of Washington Press, Seattle 1970:14-22
2. Fleming P, Blair P, Bacon C, Berry J. Sudden unexpected deaths in infancy: the CESDI SUDI studies 1993-1996. London: The Stationery Office; 2000:1-53
3. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW *et al.* Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114:234-8
4. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011:1-56
5. Aouba A, Péquignot F, Bovet M, *et al.* Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. *BEH* 2008;3:18-21
6. Sénécal J, Roussey M, Defawe M, *et al.* Procubitus et mort subite du nourrisson. *Arch Fr Pediatr.* 1987;44:131-6
7. Bagucka B, De Schepper J, Peelman M, *et al.* Acid gastro-oesophageal reflux in the 10 degrees reversed trendelenburg position in supine sleeping infants. *Act Paediatr Taiwan.* 1999;40:298-301
8. Vandenplas Y, Bellid D, Dupont C, *et al.* The relation between gastro-oesophageal reflux, sleeping position and sudden infant death and its impact on positional therapy. *European Journal of Pediatrics* 1997;156:104-6
9. Sakai J, Kanetake J, Takahashi S, *et al.* Gas dispersal potential of bedding as a cause for sudden infant death. *Forsenic Sci Int* 2008;180:93-7

10. Oriot D, Berthier M, Saulnier JP, *et al.* Prone position may increase temperature around the head of the infant. *Acta Paediatr* 1998;87:1005-7
11. Roussey M, Balençon M, Dagorne M, *et al.* Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risques et de protection dans la mort subite du nourrisson. *BEH* 2008;3:22-4
12. American Academy of Pediatrics. Task Force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55
13. Shah T, Sullivan K, Carter J, *et al.* Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 2006;96:1757-9
14. Matturri L, Ottaviani G, Lavezzi AM, *et al.* Maternal smoking and sudden infant death syndrome: epidemiological study related to pathology. *Virchows Arch* 2006;449:697-706
15. Moon RY, Fu L. Sudden infant death syndrome: an update. *Pediatr Rev* 2012;33:314-20
16. Changeux JP. Mort subite du nourrisson : la nicotine en question. Communiqué de presse. <http://www.pasteur.fr/actu/presse/com/communiques/02mortsubite.htm>; consulté le 27.07.2012
17. Burke S, Hanani M. The actions of hyperthermia on the autonomic nervous system: central and peripheral mechanisms and clinical implications. *Auton Neurosci* 2012;168:4-13
18. Mitchell EA. Syndrome prevention: a discussion document Recommendations for sudden infant death. *Arch Dis Child* 2007;92 :155-9
19. Fleming P, Blair P, McKenna J. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child* 2006;91:799-801

20. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006;117:1755-8
21. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, *et al.* Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health* 2012;16:609-14
22. Briand-Huchet E. Prévention de la mort subite du nourrisson. Actualité info urgente 2008; <http://www.sfpediatricie.com/autres-pages/actualites/actualite/article/info-urgente.html>; consulté le 23.08.2012
23. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007;370:1578-87
24. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, *et al.* Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20 year population based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314-9
25. Malloy MH. SIDS – A syndrome in search of a cause. *N Engl J Med* 2004;351:957-9
26. Bouvier-Colle MH, Hatton F. Mort subite du nourrisson : aspect épidémiologique, histoire et statistiques. *MT Pédiatrie* 1998;3:253-60
27. Hatton F, Bouvier-Colle MH, Barois A, *et al.* Autopsies of sudden infant death syndrome. Classification and epidemiology, *Acta Pediatr* 1995;84:1366-71
28. Dehan M, Briand E. Mort subite du nourrisson : données épidémiologiques actuelles. Service de pédiatrie et réanimation néonatales, centre de référence mort subite du nourrisson, hôpital Antoine Béclère. <http://pro.gyneweb.fr/portail/sources/congres/jta/01/ped/DEHAN.HTM>; consulté le 04.05.12
29. Duncan JR, Paterson DS, Hoffman JM, *et al.* Brainstem serotonergic deficiency in sudden infant death syndrome. *JAMA* 2010;303:430-7

30. Baruteau AE, Baruteau J, Baruteau R, *et al.* Le syndrome du QT long congénital : une étiologie sous-estimée de la mort subite inexpliquée du nourrisson. Arch Pediatr 2009;16:373-80
31. Wang DW, Desai RR, Crotti L, *et al.* Cardiac sodium channel dysfunction in sudden infant death syndrome. Circulation 2007;115:368-76
32. Reduce the risk of cot death. <http://fsid.org.uk/Page.aspx?pid=408>; consulté le 04.05.12
33. Conseils de prévention.
http://www.sfpediatricie.com/fileadmin/mes_documents/pdf/Nouveautés_du_site/2005/Octobre-Novembre-Decembre2005/conseils_de_prevention.pdf; consulté le 06.10.11
34. Colson ER, Rybin D, Smith LA, *et al.* Trends and factors associated with infant sleeping Position. Arch. Pediatr Adolesc Med. 2009;163:1122-8
35. Vaivre-Douret L, Dos Santos C, Richard A, *et al.* Comportements des mères face à la position de couchage de leur bébé : effets de la dernière campagne de prévention concernant la mort subite du nourrisson. Arch Pédiatr 2000;7:1293-9
36. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, *et al.* Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998: the National Infant Sleep Position Study. JAMA 2000;283:2135-42
37. Joyner B, Gill-Bailey C, Moon RY. Infant Sleep Environments Depicted in Magazines Targeted to Women of Childbearing Age. Pediatrics 2009;124:416-22
38. Cupif S. La prévention de la mort subite du nourrisson. Etude rétrospective et prospective réalisées du 2 mai au 15 septembre 1999 au CHU de Poitiers. 2000;MSF 27-2000-06
39. Perrault C. Décès subits d'enfants de moins d'un an : Evaluation des pratiques de puériculture et présentation des cas de mort subite du nourrisson. 2005; MSF 27-2005-19

40. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, *et al.* Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91
41. Pellerin MA, Dubois-Get A, Mallet E. Incidence de la mort subite du nourrisson et évolution du mode de couchage de Seine-Maritime. *Arch Fr Pediatr* 1996;3:610-61
42. Elbaze Zigdon P. Les mères des nourrissons de moins d'un an suivies en médecine générale appliquent-elles les recommandations médicales concernant la prévention de la mort subite du nourrisson et à qui attribuent-elles leurs savoirs? 2010; T 2009/5056
43. De Jong GA, Burgmeijer RJ, Engelberts AC, *et al.* Sleeping position for infants and cot death in the netherlands 1985-91. *Arch Dis Child* 1993;69:660-63
44. Dwyer T, Ponsonby AL, Blizzard L, *et al.* The contribution of changes in the prevalence of prone sleeping position to the decline in sudden infant death syndrome in Tasmania. *JAMA* 1995;273:783-89
45. Irgens LM, Markestad T, Baste V, *et al.* Sleeping position following new AAP guidelines. *Pediatrics* 1995;96:69-72
46. Högberg U, Bergström E. Suffocated prone: the iatrogenic tragedy of SIDS. *Am J public Health* 2000;90:527-31
47. Mitchell EA, Alley P, Eastwood J. The national cot death programme in NZ *Austr J Pub Health* 1992;16:158-61
48. Mitchell EA, Brunt JM, Everard C. Reduction in mortality from sudden infant death syndrome in New-Zeland: 1986-92. *Arch Dis Child* 1994;70:291-94
49. AAP Task Force on infant Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992;89:1120-26
50. Gibson E, Cullen JA, Spinner S, *et al.* Infant sleep position following new AAP guidelines. *Pediatrics* 1995;96:69-72

51. Hollebecque V, Briand E, Bouvier-Colle MH. Campagne d'information sur les pratiques de puériculture : mesure des effets sur la position de sommeil et la mort subite du nourrisson. *Rev Epid Santé Pub* 1998;46:115-23
52. Enquête nationale périnatale 2010. <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>; consulté le 04.05.2012
53. Epifane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Epifane-epidemiologie-en-France-de-l-alimentation-et-de-l-etat-nutritionnel-des-enfants>; consulté le 04.05.2012
54. Whalen B, Cramton R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. *Curr Opin Pediatr* 2010;22:655-63
55. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, *et al.* Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:43-9
56. Peter S, Heron J, Fleming J. Relationship between bed sharing and breastfeeding : longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:1119-26
57. Geib LT, Aerts D, Nunes ML. Sleep practices and sudden infant death syndrome : a new proposal for scoring risk factors. *Sleep* 2006;33:18-22
58. Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB, *et al.* Infants sleep position and risk for sudden infant death syndrome : report of meeting held January 13 and 14 1994 national institutes of health Bethesda. *Pediatrics* 1994;93:814-20
59. Ottolini MC, Davis BE, Patel K, *et al.* Prone infants sleeping despite the « back to sleep » campaign. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:512-6
60. Moon RY, Oden RP, Grady KC. Back to sleep: an educational intervention with women, infants, and children program clients. *Pediatrics* 2004;113:542-7

61. Flick L, Vemulapalli C, Stulac B, *et al.* The influence of grandmothers and other senior caregivers on sleep position used by African infants. *Arch Pediatr Adolesc* 2001;155:1231-7
62. Epstein J, Jolly C, Mullan L. A review of images of sleeping infants in UK magazines and on the internet. *Community Pract* 2011;84:23-6

Que faire de plus ?

Apprenez à comprendre ses messages :

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

Consultez votre médecin :

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

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

Pourquoi tous ces changements dans nos attitudes ?

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

Des gestes simples permettent d'éliminer les principaux risques.

Que fait-on dans les autres pays ?

Ces conseils ont été diffusés depuis :

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

Ils sont également recommandés par les autorités sanitaires françaises.

+ de 75 %.

Qui contacter ?

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

Nature et Vie - 5, rue La Pérouse - 75116 Paris

Tél. : ligne administrative 01 47 23 90 22 - <http://www.nature-et-vie.org>

Tél. : ligne écouteurs 01 47 23 05 08 - contact@nature-et-vie.org

les Centres Régionaux de Référence

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

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

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

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

Les assureurs s'engagent dans la prévention

Ses missions : « Développer la prévention en matière de santé. Promouvoir et encourager les travaux scientifiques, concertés avec la recherche d'une meilleure prévention. « Synthétiser, coordonner et évaluer les données de la recherche sur les thèmes de prévention santé, sous l'égide de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ». « Élaborer des documents de conseils pratiques sur des thèmes de prévention santé, sous l'égide d'un comité médical présidé par le Dr F. Morel - Organisation de campagnes de prévention. APSP - 26, Bd du Commerce - 75311 Paris cedex 09. Pour télécharger d'autres documents : www.ipsa.fr

Prévenir... la mort subite du nourrisson

Drôle

16

Les assureurs s'engagent dans la prévention

Dans quelle position coucher votre bébé?

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

Je fais dodo sur le dos

- Son visage reste dégagé, il respire à l'air libre.
- Il peut mieux lutter contre la fièvre.
- Il ne risque pas de s'enfourir.
- Ne l'installez pas sur le côté.
- Ne vous endormez pas avec lui dans votre lit.



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

Dans quelle literie?

- Dans un lit rigide à barreaux,

- Sur un matelas ferme, bien adapté aux dimensions du lit,

- Sans oreiller, ni coussin

- Sans couverture, ni couette

- Sans cale-bébé

- Ne rajoutez jamais de matelas dans un lit pliant type parapluie



Vous éviterez ainsi le risque que votre bébé :

- Se glisse sous la couette,
 - S'enfouisse le nez dans l'oreiller,
 - Se coince entre matelas et paroi du lit,
- car les conséquences peuvent être fatales.

En maltraitant ses bébés, nous pourrions créer de nombreux cas de morts subites du nourrisson.

Préférez l'allaitement maternel dans la mesure du possible.

Quelle température dans sa chambre?

18 à 20°

C'est suffisant.

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



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

Questionnaire téléphonique

Nom et prénom de la mère :

Age :

Niveau d'instruction de la mère :

Primaire	secondaire	technique	supérieur
----------	------------	-----------	-----------

Tel :

N° dossier :

Consentement téléphonique :

oui

Q1 « Dans quel lieu dort votre bébé ? »

a- dans la chambre des parents

b- dans une chambre réservé à l'enfant

c- avec frère et sœur

d- pièce commune

e- autre

Q2 « Dans quoi couchez vous votre bébé ? »

a- lit à barreaux

autre : b- dans votre lit

c- dans un lit parapluie

d- dans un couffin

e- dans un doomoo

f- dans un lit adulte

g- dans un hamac

h- autre

Q3 « Comment est-il couvert ? »

- | | |
|---------------|----------------------|
| a- turbulette | b- couvertures/duvet |
| | c- drap |
| | d- nid d'ange |

Q4 « Comment est-il habillé ? »

- | | |
|-----------|---------------------|
| a- Body | |
| b- Pyjama | c- Pull |
| | d- Gillet/brassière |
| | e- Surpyjama |
| | f- Bonnet |
| | g- Gant |

Q5 « Qu'y –t-il d'autre dans le lit de votre bébé ? »

- | | | | |
|----------------------|-----|-----|------------------|
| - matelas ferme | oui | non | |
| - plusieurs peluches | oui | non | 1 petite peluche |
| - oreiller | oui | non | |
| - tour de lit | oui | non | |
| - cale-bébé | oui | non | |

Q6 « Dans quelle position couchez vous habituellement votre bébé ? »

- | | |
|--------|--------------------------|
| a- Dos | autre : b- sur le ventre |
| | c- sur le côté |
| | d- autre |

Q7 « Votre bébé a-t-il une tétine ? »

- | | |
|-----|-----|
| Oui | non |
|-----|-----|

Q8 « Quelle est la température de la chambre où dort votre bébé ? »

- | | |
|---------------------|--------------------|
| a- entre 18° et 20° | b- supérieur à 20° |
| | c- inférieur à 18° |

Q9 « Lui avez-vous donné le biberon à la sortie de la maternité ? »

a- allaitement maternel

b- allaitement artificiel

c- allaitement mixte

Q10 « Faites-vous attention avec la cigarette ? »

a- non fumeuse

b- pas à côté de bébé mais dans la maison

c- à l'extérieur uniquement

Q11 « Qui a influencé la façon de coucher votre bébé ? »

- l'équipe soignante de la maternité

oui

non

- votre médecin traitant

oui

non

- vos parents

oui

non

- les magazines

oui

non

- les médias

oui

non

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : De nombreuses études épidémiologiques menées durant les années 1990 ont permis de mieux préciser les facteurs de risque des morts inattendues du nourrisson (MIN). Plusieurs campagnes de prévention, axées sur les conditions de couchage à risque dans différents pays ont permis de faire diminuer le taux de MIN. La prévention de la MIN par l'application des bonnes conditions de couchage a donc largement fait ses preuves mais les résultats restent encore en dessous des objectifs espérés. L'objectif principal est de faire un état des lieux des pratiques de couchage des nourrissons nés au CHU de Poitiers, en évaluant le taux de positions de couchage non recommandées à 3 mois. Nous avons ensuite comparer ces résultats à deux études similaires qui ont été menées à la maternité du CHU de Poitiers en 1999 et 2004, afin d'observer l'évolution des pratiques sur 11 ans.

Matériel et méthodes : Cette étude est descriptive, réalisée au CHU de Poitiers, sur des patientes ayant accouché en maternité entre août et septembre 2010. Dans un premier temps, une étude prospective a été réalisée par questionnaire téléphonique portant sur les pratiques de couchage du nourrisson à 3 mois. Puis, dans un deuxième temps, nous avons comparé nos résultats avec 2 études similaires réalisées dans le même lieu en 1999 et 2004.

Résultats : L'étude inclut 107 patientes dont 70 ont répondu au téléphone. Elle a montré que 11,6% des nourrissons ne sont pas couchés dans une position recommandée 3 mois après leur sortie de la maternité au CHU de Poitiers. Malgré cela, le couchage en position dorsal stricte a augmenté ces 11 dernières années passant de 69% en 1999 à 88,4% en 2010 au détriment de la position latérale, alors que le couchage en position ventrale n'a que très peu diminué (8% en 1999 contre 5,8% en 2010). De même, lorsque tous les critères accessibles à la prévention sont pris en compte, seuls 1,5% des enfants bénéficient de leur respect complet. Les pratiques déconseillées, portent essentiellement sur les différents objets retrouvés dans un lit de bébé, et malheureusement, elles n'ont que peu évolué ces 11 dernières années.

Conclusion : L'étude a montré que les pratiques de couchage n'ont que peu évolué en 11 ans au CHU de Poitiers et trop de nourrissons sont encore couchés dans une position et un environnement non recommandés.

Mots clés : Mort inattendue du nourrisson. Mort subite du nourrisson. Pratique de couchage. Prévention.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

