



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

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



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



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME – Site de LYON

PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU
NOURRISSON : ENTRE INFORMATION ET PRATIQUES

Enquête chez les mamans du réseau de périnatalité
Loire-Nord Ardèche

Mémoire présenté par Noémie Fara
Née le 3 février 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Promotion 2016

PREVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU
NOURRISSON : ENTRE INFORMATION ET PRATIQUES

Enquête chez les mamans du réseau de périnatalité
Loire-Nord Ardèche

Mémoire présenté par Noémie Fara

Née le 3 février 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pris part à ce projet, en particulier :

- Mme S. LANTHEAUME, docteur en psychologie et expert thématique de ce mémoire pour sa réactivité, ses nombreux conseils, son professionnalisme et son soutien ;
- Mme P. GIRAUD, sage-femme enseignante et référent de ce mémoire pour sa disponibilité, ses encouragements et ses recommandations avisées ;
- Mr R. BERANGER, sage-femme docteur en recherche épidémiologique pour son aide et son expertise ;

- Pr H. PATURAL, pédiatre et chef de service de réanimation néonatale et pédiatrique au CHU de St Etienne, pour ses éclaircissements sur la mort inattendue du nourrisson et ses précieux conseils sur la gestion des études scientifiques ;
- Mme Stéphanie WEISS, sage-femme coordinatrice du réseau ELENA, pour m'avoir mise en lien avec les maternités du réseau et soutenue auprès des responsables de service.

Merci à toutes les équipes médicales des maternités du réseau ELENA pour leur disponibilité et leur volontariat ; merci aux sages-femmes coordinatrices des maternités et aux personnels soignants d'avoir pris le temps de présenter l'étude et de recueillir le consentement des mamans.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur soutien, leur présence et leur investissement indispensables.

Enfin, je remercie grandement les mamans ayant participé à cette étude. Merci pour leur disponibilité et leur accueil.

GLOSSAIRE

AAP :	American Academy of Pediatrics
ANCRéMIN :	Association Nationale des Centres Référents de la Mort Inattendue du Nourrisson
AUDIPOG :	Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie
CépiDc :	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CH :	Centre Hospitalier
DGCCRF :	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
ELENA :	Réseau de périnatalité Loire – Nord Ardèche
HAS :	Haute Autorité de Santé
IC :	Intervalle de Confiance
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
MIN :	Mort Inattendue du Nourrisson
MSN :	Mort Subite du Nourrisson
OMIN :	Observatoire nationale sur la Mort Inattendue du Nourrisson
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OR :	Odds Ratio
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNP :	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PRADO :	Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile
RAD :	Retour à Domicile

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	2
1.1. La mort inattendue du nourrisson.....	2
1.1.1. Définitions.....	2
1.1.2. Epidémiologie et histoire.....	2
1.2. Facteurs de risque et de protection.....	3
1.2.1. Facteurs de risque et recommandations du couchage du nourrisson.....	3
1.2.2. Facteurs protecteurs concernant le couchage du nourrisson.....	5
1.3. Les actions de prévention.....	5
1.4. Les pratiques parentales.....	6
1.5. Problématique.....	7
2. L'ETUDE.....	8
2.1. Objectifs de l'étude.....	8
2.2. Hypothèses de recherche.....	8
2.3. Matériel et méthode.....	8
2.3.1. Type d'étude.....	8
2.3.2. Population d'étude.....	9
2.3.3. Outils de recherche.....	10
2.3.4. Collecte des données.....	10
2.3.5. Traitement des données.....	11
2.4. Résultats et analyse.....	11
2.4.1. Caractéristiques générales de la population d'étude.....	11
2.4.2. L'information sur le couchage recommandé.....	12
2.4.3. L'information conditionne-t-elle les pratiques ?.....	15
2.4.4. Quels moments seraient les plus appropriés pour une bonne information ? ...	17
3. DISCUSSION.....	21
3.1. Synthèse des résultats.....	21
3.1.1. Objectif principal.....	21
3.1.2. Objectifs secondaires.....	24
3.2. Discussion et propositions.....	28
3.2.1. Le principe de prévention.....	28
3.2.2. Prévention de la MIN : de nombreux obstacles.....	29
3.2.3. Propositions, pour une prévention efficace.....	30
3.3. L'étude.....	33
3.3.1. Limites et biais de l'étude.....	33
3.3.2. Forces de l'étude.....	34
CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
ANNEXES	

INTRODUCTION

La mort inattendue du nourrisson est un véritable drame pour les familles et pour les professionnels qui y sont confrontés. Bien qu'une forte diminution ait été observée suite aux nouvelles recommandations publiées dans les années 1990, cette mortalité reste élevée en France et stagne désespérément depuis plusieurs années. Ainsi, on estime que la mort inattendue du nourrisson concernerait encore environ 400 décès par an. Il s'agit, de par son importance, d'un réel problème de santé publique.

Pourtant, des facteurs de risque ont été identifiés depuis plusieurs années. Les conditions de couchage sont notamment au cœur de la prévention primaire, mais peu de parents suivent complètement les recommandations. Ces bonnes pratiques permettraient toutefois d'éviter 150 à 200 décès par an en France.

Nous pouvons donc nous demander si les pratiques à risque observées chez les parents sont dues à un défaut d'information. Les parents sont-ils bien sensibilisés tout au long du parcours à la parentalité, que ce soit pendant ou après la grossesse ? Les messages de prévention, sont-ils bien entendus, compris et surtout appliqués ? Si tel n'est pas le cas, nous pouvons nous demander de quelle façon l'information délivrée serait la plus efficace.

Notre étude a donc pour but principal de décrire les informations concernant les recommandations de couchage retenues par les mamans du réseau ELENA et d'étudier les circonstances dans lesquelles ces conseils ont été délivrés. Nous verrons ainsi si les recommandations ont bien été transmises et quelles en sont les sources.

Dans un second temps, nous évaluerons l'adéquation entre les informations retenues et les pratiques réellement mises en place un mois après l'accouchement. Ceci nous permettra d'évaluer l'importance que les mères ont placée dans les recommandations de couchage.

Enfin nous rechercherons les moments les plus appropriés pour informer les mamans, afin de favoriser une prévention efficace.

Après avoir présenté les résultats de notre étude, nous discuterons ceux-ci en nous appuyant sur la littérature puis nous proposerons des pistes d'amélioration afin de promouvoir le couchage recommandé et de prévenir plus efficacement la survenue de la mort inattendue du nourrisson.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. La mort inattendue du nourrisson

1.1.1. Définitions

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir » (1).

La mort subite du nourrisson (MSN), est le décès d'un enfant âgé de moins d'un an, survenant apparemment pendant son sommeil, et qui reste inexpliqué après toutes les explorations *postmortem* recherchant une étiologie. La MSN représente donc une part des MIN, celles restant sans explication (2).

1.1.2. Epidémiologie et histoire

La MSN est apparue dans la Classification internationale des maladies en 1975 ; elle est devenue une cause de décès à part entière dans les certificats de décès en 1979. Le taux maximum de décès en France classé comme MSN a été observé en 1991, avec 1464 décès. Le couchage ventral, alors recommandé, en était apparemment la cause. Dès les années 1980, des travaux (Sénécal, 1983) sont venus témoigner du rôle néfaste de cette position. Mais ce n'est qu'en 1993 que le ministère de la Santé lance la première campagne d'information. En 1994, la Conférence Internationale de consensus, aux Etats-Unis, reconnaît la position ventrale comme un facteur de risque de MSN. Cette même année, la France met en place un réel programme de prévention afin de promouvoir le couchage sur le dos. Depuis cette campagne, le taux de MSN entre 1991 et 1997 a diminué de 75%. Cette mortalité continue de s'abaisser mais très faiblement, elle reste la troisième cause de décès des enfants de moins d'un an et la première après la période néonatale (au-delà de 1 mois). La France, avec une moyenne de 37,9/100 000 naissances entre 2000 et 2005, se place ainsi au-dessus de la moyenne de l'Union Européenne qui est de 25/100 000 naissances (2).

Le taux de morts subites et inattendues du nourrisson est difficile à évaluer à cause des certifications de décès souvent imparfaites. Ainsi, le nombre officiel de MSN était de 196 en 2012 selon les chiffres du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) (3). Le chiffre de MIN ne peut qu'être estimé autour de 400 par an, à cause du manque de recensement spécifique de ces décès. L'étude menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) entre 2007 et 2009 sur 17 départements français montre un taux de MIN de 40,1/100 000 naissances dans la première année de vie, dont 60% pourraient être classées comme MSN (2).

Pour faire face à cette problématique de recensement, un Observatoire National sur la Mort Inattendue du Nourrisson (OMiN) a été mis en place en 2015, piloté par l'Association Nationale des Centres référents sur la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCRéMIN). Il a pour objectifs notamment de définir la part des MIN évitables, leurs étiologies, d'évaluer les facteurs de risque et d'organiser des campagnes de prévention efficaces (4).

1.2. Facteurs de risque et de protection

En 1994, Kinney publie le « modèle du triple risque », montrant que la MIN s'articule autour d'une pathogénie multifactorielle. Les trois risques décrits sont :

- un enfant vulnérable, comprenant des caractéristiques telles que la prématurité, l'exposition au tabagisme, le sexe masculin (risque multiplié par deux). Des études explorent le rôle de la génétique ou des neurotransmetteurs dans la survenue de ce drame (5–7) ;
- une période critique de développement entre le deuxième et le sixième mois de vie, où plusieurs modifications s'opèrent pour le développement de l'enfant ;
- un stress extérieur, tel qu'un environnement de couchage inadéquat ou une infection du nourrisson (8).

Il existe donc des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui favorisent la survenue d'une MIN. Les facteurs de risques concernant le couchage du nourrisson ont été identifiés.

1.2.1. Facteurs de risque et recommandations du couchage du nourrisson

1.2.1.1. *La position de couchage*

La position de couchage recommandée est la position dorsale uniquement. L'épidémiologie présentée précédemment en est la preuve, puisque la campagne menée en 1994 en faveur d'un couchage dorsal a été suivie par une diminution de 75% des décès (2). Carpenter *et al.* (2004) montre dans son étude le rôle majeur du couchage ventral ou latéral dans la survenue de la MSN, avec un odds ratio (OR) de 13,1 (IC 95% 8,51-20,2) en cas de couchage ventral, et un OR de 45,4 (IC 95% 23,4-87,9) en cas de retournement de la position du côté sur le ventre. Cette position favoriserait l'hyperthermie, l'enfouissement et le confinement (9,10).

1.2.1.2. *L'environnement de couchage*

L'environnement de couchage doit être adapté et sécurisé. Selon l'American Academy of Pediatrics (AAP, 2011), un lieu de couchage adéquat comprend :

- Un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme et de taille adaptée ;
- Une absence complète d'objets à risques (doudous, peluches, couverture, oreillers, cale-bébé, *etc.*). Ceci dans le but de ne pas exposer le bébé à un risque de suffocation.

Les autres lits ou supports ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons. En effet, les supports en tissus présentent un risque par leur matière fluide favorisant la suffocation, et limitent la circulation de l'air autour du bébé, créant ainsi un environnement chargé en gaz carbonique (CO₂). Le tour de lit présente un danger en cas de décrochage et de chute, ou à cause de l'espace entre celui-ci et le matelas. Il empêche également la circulation libre de l'air autour de l'enfant et donc une parfaite oxygénation. Les matelas inadaptés peuvent présenter un risque, le bébé pouvant se bloquer dans les espaces vides. Les objets à risques type couvertures, peluches, doudous, ont un rôle évident si ceux-ci se retrouvent sur le visage de l'enfant qui ne peut pas encore s'en dégager seul.

L'hyperthermie a été reconnue comme un facteur pouvant favoriser la MIN. En effet les nourrissons ont un système de thermorégulation encore peu mature, la chaleur créant une difficulté pour l'éveil. Ainsi, selon les recommandations inscrites dans le carnet de santé, la température de la pièce de couchage doit se trouver entre 18 et 20 degrés. L'enfant doit être couché dans un pyjama et une gigoteuse adaptés pour la saison. La gigoteuse doit être parfaitement attachée pour ne pas risquer l'enfouissement (11,12).

Ces différents paramètres (enfouissement, hyperthermie, etc.) expliquent également pourquoi le « *bedsharing* » ou partage du lit est une pratique à risque. Il s'agit de coucher le bébé dans le lit parental. Le « *co-dodo* », qui est un lit à barreaux avec un côté sans barrière juxtaposée au lit d'adulte, a été présenté dans un premier temps pour favoriser l'allaitement maternel. Mais mal pratiqué, il peut aussi devenir dangereux. Les oreillers, les couettes, tout aussi bien que les parents eux-mêmes sont des vecteurs d'étouffement pour l'enfant. Une méta-analyse de 2014 présente un OR à 2,36 (IC 95% 1,97-2,83) en cas de « *bedsharing* » (13). Ce risque serait encore augmenté si les parents ont consommé du tabac, de l'alcool ou de la drogue avant de partager leur lit avec leur enfant, ou si le partage du canapé est pratiqué (9).

1.2.1.3. Le tabagisme (14)

Le tabagisme maternel anténatal et le tabagisme passif post-natal ont été identifiés comme des facteurs de risque de MIN. La nicotine réagirait avec des récepteurs nicotiques de l'enfant, affectant la maturation de son cerveau et de ses poumons. Ainsi, selon une méta-analyse de 2013, la consommation de tabac pendant la grossesse multiplie le risque de MIN par 2,25 (IC 95% 2,03-2,50). Le tabagisme maternel post-natal présente un OR à 1,97 (IC 95% 1,77-2,19) (15), et paternel un OR à 2,4 (IC 95% 1,3-4,5). L'exposition du nouveau-né par ses deux parents est associée à 5,77 fois plus de risque de MIN (IC 95% 2,2-15,5). Ce risque serait encore plus important si les règles d'hygiène ne sont pas respectées, ou que les parents pratiquent le « *bedsharing* » (16). Les recommandations sont donc en faveur du « zéro tabac », et préconisent de ne pas fumer à l'intérieur ni à proximité de l'enfant, de changer de vêtement et de se laver les mains après chaque consommation de tabac.

1.2.2. Facteurs protecteurs concernant le couchage du nourrisson

1.2.2.1. *Le partage de la chambre (9,10)*

Le partage de la chambre parental ou « *room-sharing* » semble être un facteur protecteur contre la MIN pendant les 6 premiers mois de vie (OR=0,48 ; IC 95% 0,34-0,69). Mais ceci est valable si l'enfant est dans son propre lit à barreaux.

1.2.2.2. *L'allaitement maternel (9,17)*

Les études discordent sur l'effet protecteur isolé de l'allaitement maternel. En effet, celui-ci favorise le « *room-sharing* » et est associé à moins de tabagisme maternel, il est donc un facteur protecteur à travers ces deux pratiques. Le « *bedsharing* » est au contraire une pratique à risque qui est plus facilement adoptée en cas d'allaitement.

1.2.2.3. *L'usage de la tétine (1,17)*

L'usage de la tétine est présenté comme un facteur protecteur de MSN avec un OR de 0,08 (IC 95% 0,03-0,21). Son effet est encore mal connu, mais plusieurs hypothèses sont proposées, comme le couchage en décubitus dorsal favorisé, la protection des voies oropharyngées par la tétine et la diminution du reflux gastro-œsophagien par la succion non nutritive. Il ne faut donc pas décourager les parents de l'usage de la tétine, surtout après que l'allaitement maternel soit mis en place.

1.3. Les actions de prévention

En France, il n'y a plus eu de réel programme de prévention depuis 2001. Depuis, la prévention relève d'un caractère individuel et s'organise dans les réseaux de périnatalité (2). Les recommandations par rapport au couchage sont inscrites dans le carnet de santé des enfants, qui est donc accessible à tous les parents. Cependant, aucune recommandation n'est officielle en France, c'est ainsi que le lit à barreaux illustré dans le carnet de santé est présenté avec un tour de lit (12) (Cf. *Annexe I*). De nombreux supports rappelant les recommandations sont disponibles, tels que des affiches, des brochures, qui se trouvent souvent dans les salles d'attentes de cabinets médicaux, en centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou encore à la maternité. Ces supports sont souvent le fruit d'une association entre les centres référents de la MIN et des sponsors, le gouvernement étant peu présent pour soutenir financièrement cette prévention (Cf. *Annexe II et III*).

La prévention orale ne peut être écartée en faveur de brochures. En effet, les parents seraient davantage sensibilisés si ces messages de prévention étaient expliqués et discutés avec un professionnel de santé. C'est ce qu'évoque un débat entre pédiatres, après la diffusion d'un body marqué de l'inscription « Je dors sur le dos », offert aux parents à la maternité sans plus d'explications (18).

Afin de pallier à ce manque de prévention et de coordination, les réseaux de périnatalité, en coopération avec l'association *Naître et Vivre*, ont mis en place une première journée nationale de la prévention de la MIN, le 21 septembre 2015. A cette occasion, les hôpitaux mobilisés ont présenté des ateliers ludiques aux jeunes parents et aux professionnels autour des pratiques recommandées, des conférences et des publications médiatiques (19).

La prévention passe donc majoritairement par les professionnels de santé, à la maternité ou en consultation pédiatrique. Cependant il ne faut pas négliger l'importance de l'information lors de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). En effet, cette première approche permet aux parents de préparer la venue de l'enfant en toute sécurité (20).

Récemment, le réseau ELENA a publié des spots vidéo à visée préventive « Couchez toujours votre bébé sur le dos » et « Prévention tabagisme ». Ces vidéos ont été vues par de nombreuses personnes ; elles peuvent être un moyen de prévention efficace à l'heure du développement de l'informatique et des médias (21,22).

L'information des parents concernant le couchage de leur enfant est donc disponible et possible sous différentes formes, à différents moments du parcours de parentalité.

1.4. Les pratiques parentales

Bien que la prévention soit présente, les pratiques autour du couchage du nourrisson sont souvent peu conformes aux recommandations. L'enquête de l'InVS sur les MIN de moins de deux ans (2007-2009) a permis de mettre en évidence les circonstances de survenue des décès.

Ainsi, 35% des enfants de moins de six mois ont été retrouvés dans un environnement non sécurisé (que ce soit la position de couchage, la literie ou l'organisation de l'espace). Parmi les enfants décédés, 31,4% n'avaient pas été couchés sur le dos, 28% dormaient dans un lit inadapté (lit d'adulte ou canapé) et 57% présentaient un objet près de leur visage (couverture, peluches *etc.*).

Cette enquête nous fait également part des habitudes de couchage, c'est ainsi que 26,7% des enfants n'étaient habituellement pas couchés sur le dos, et le partage du lit était pratiqué fréquemment dans 16% des cas (2).

L'étude de Lacroix (2014) portant sur les pratiques des parents ayant un enfant de 0 à 6 mois, permet également d'avoir une vision du respect des recommandations. Dans son étude, 83% des enfants étaient couchés sur le dos. Le lit à barreaux recommandé était utilisé chez 65% des familles, et 37% des nourrissons dormaient dans la chambre parentale. Les objets à risque n'étaient absents que dans 20% des cas, mais 85% des parents utilisaient la gigoteuse comme mode de couverture. Concernant le tabagisme, 64% des foyers étaient totalement « sans

tabac ». La tétine était utilisée chez 57% des enfants, et l'allaitement maternel était présent dans 40% des cas. Enfin, 6% des parents pratiquaient le partage du lit (23).

Ces données permettent de mettre en évidence des lacunes vis-à-vis des pratiques recommandées. Bien que le couchage dorsal soit nettement mieux respecté, on peut observer que la présence d'objets à risque est très fréquente, et que le partage du lit reste important.

1.5. Problématique

Nous avons vu précédemment que les pratiques parentales en France ne correspondaient pas complètement aux recommandations pour la prévention de la MIN. De ce fait, le taux de MIN reste élevé et surtout stagne depuis plusieurs années. Ceci en fait un problème de santé publique, et avant tout un drame extrêmement difficile pour les familles, ainsi que pour les soignants qui y sont confrontés.

J'ai personnellement pu observer pendant mes stages des environnements de couchage peu adéquats à une bonne sécurité. De nombreux berceaux sont surchargés de peluches, les couvertures sont très présentes notamment en maternité, et beaucoup de mamans placent leur nouveau-né dans leur lit ou sur leur coussin d'allaitement lors des siestes par exemple.

Je me suis donc interrogée sur les raisons de ces diverses pratiques.

- ✓ Il est licite de se demander si les mamans étaient bien informées des pratiques recommandées, et dans quelles circonstances l'information était délivrée ?
- ✓ Est-ce que les pratiques de couchage étaient bien le reflet de l'information retenue par les mamans ? En effet, les parents adoptent-ils des pratiques parce qu'elles sont recommandées ou pour d'autres raisons ?
- ✓ Enfin, si l'information n'est pas correctement retenue et prise en compte, quelles circonstances favoriseraient l'intégration des conseils par les mères ?

Etudier l'information retenue sur les recommandations de couchage des nourrissons et confronter celle-ci aux pratiques maternelles semblent être des préalables intéressants afin de pouvoir agir plus efficacement sur l'application des conseils par les mamans. Cela nous permettrait de comprendre les moyens favorisant une meilleure prévention primaire afin de diminuer encore le risque de MIN.

2. L'ETUDE

2.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire l'information retenue par les mamans ayant accouché entre le 1^{er} et le 21 juin 2015 dans le réseau ELENA, concernant les recommandations du couchage du nourrisson, et ceci un mois après leur accouchement. Nous avons donc évalué :

- Le taux de mamans ayant retenu une information selon le type d'information, adéquate aux recommandations ou non.
- Les circonstances de l'apport d'information.

Les objectifs secondaires étaient :

- Etudier l'adéquation entre les informations retenues par les mères et leurs pratiques.
- Définir à quel(s) moment(s) il serait préférable d'apporter cette information pour en optimiser la mémorisation et la mise en pratique.

2.2. Hypothèses de recherche

Hypothèses liées à l'objectif principal :

- Le taux de mamans ayant retenu de bonnes informations est faible et les souvenirs restent incomplets ou inadéquats.
- L'information passe avant tout par la forme orale, en maternité et par les professionnels de santé.

Hypothèses liées aux objectifs secondaires :

- Les pratiques maternelles concernant le couchage de leur enfant correspondent aux recommandations qu'elles ont retenues.
- L'information est mieux retenue lorsqu'elle est apportée en continu dans le parcours de la parentalité, de la grossesse jusqu'au retour à domicile.

2.3. Matériel et méthode

2.3.1. Type d'étude

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude descriptive, transversale et multicentrique à travers un questionnaire, selon le protocole de recherche.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale d'Informatique et des Libertés (n°1856918).

2.3.2. Population d'étude

Notre étude a porté sur 183 mamans parmi 213 volontaires recrutées initialement, issues des sept maternités du réseau ELENA. Choisir les maternités d'un même réseau permettait d'obtenir une meilleure représentativité de la population générale, et limitait les biais liés aux aspects socio-économiques et culturels. Voici les caractéristiques principales des sept établissements du réseau et le nombre de mères participantes correspondant :

- ✓ Centre Hospitalier Universitaire de St Etienne ; maternité de type 3 se trouvant à Saint Priest en Jarez, dans le tiers sud de la Loire (3328 accouchements en 2014) : 59 mamans participantes (soit 32% de l'effectif total) ;
- ✓ Hôpital Privé de la Loire ; établissement privé à but lucratif localisé à Saint Etienne, de type 2a (1610 accouchements en 2014) : 15 patientes (8% de l'effectif total) ;
- ✓ Centre Hospitalier de Roanne ; maternité de type 2b localisée au nord de la Loire, (1977 accouchements en 2014) : 35 patientes (19% de l'effectif total) ;
- ✓ Centre Hospitalier d'Ardèche Nord ; maternité de type 2a à Annonay dans le nord de l'Ardèche (770 accouchements en 2014) : 19 patientes (10% de l'effectif total) ;
- ✓ Centre Hospitalier du Pays du Gier : maternité de type 1 localisée à Saint Chamond dans le sud-est de la Loire (951 accouchements en 2014) : 14 patientes (8% de l'effectif total) ;
- ✓ Centre Hospitalier du Forez : maternité de type 1 localisée à Montbrison, au centre de la Loire (914 accouchements en 2014) : 19 patientes (10% de l'effectif total) ;
- ✓ Centre Hospitalier de Firminy : maternité de type 1 localisé au sud-ouest de la Loire (1421 accouchements en 2014) : 22 patientes (12% de l'effectif total).

Les critères d'inclusions sont les suivants : toutes les mamans francophones et volontaires pour cette étude, ayant accouché à terme d'un ou plusieurs enfants vivants entre le 1^{er} et le 21 juin 2015, dans les sept établissements du réseau ELENA. Afin de bénéficier d'un certain recul et de respecter le temps d'installation des pratiques à domicile, les mamans ont été interrogées lorsque leur nouveau-né était âgé de un mois.

Afin de minimiser les biais, des critères d'exclusion ont été définis. Les mamans dont l'enfant avait été hospitalisé en néonatalogie à la naissance, ainsi que les patientes ayant présenté une pathologie grave en suites de couches compromettant un retour à domicile dans un délai habituel ont été exclues de l'étude.

2.3.3. Outils de recherche

Notre étude a été menée à travers un questionnaire pré-testé au préalable avec dix mamans, ce qui nous a permis de modifier certaines questions pour favoriser leur compréhension. Ce questionnaire, construit à l'aide des recommandations de couchage, se compose de quatre parties (Cf. *Annexe IV*).

La première partie traite de la naissance avec 7 questions sur le lieu et la date d'accouchement, la durée du séjour de maternité, et les renseignements sur le nouveau-né (sexe, alimentation, hospitalisation).

La seconde partie aborde les pratiques actuelles de couchage de l'enfant, notamment concernant le mode de couchage et l'environnement. Des questions à choix multiples, au nombre de 10, construisent cette partie.

La troisième partie s'intéresse à l'information retenue par les mamans : les circonstances de l'apport d'informations, les informations retenues pour chaque recommandation de couchage, et le souhait d'être mieux informées ainsi que les moments propices selon elles. Nous avons ici utilisé des questions ouvertes pour permettre aux mamans d'avoir une plus grande liberté de réponse et de ne pas être influencées par des propositions. Cette partie se compose de 19 questions.

Enfin la fiche signalétique concerne les renseignements généraux des mamans tels que l'âge, la parité et la situation familiale et socio-économique. Elle est constituée de 5 questions.

Malgré le nombre important de questions, le temps de réponse au questionnaire était d'environ un quart d'heure.

2.3.4. Collecte des données

Nous avons effectué le recrutement dans les différentes maternités avec l'aide des professionnels de santé, après accord des responsables de service et supervision des sages-femmes coordinatrices. Pour cela, nous sommes allés dans chaque établissement afin de présenter le projet et de fournir la fiche d'information et de consentement remise aux patientes ayant accouché du 1^{er} au 21 juin (Cf. *Annexe V*). A la fin de la période de recrutement (du 3 au 24 juin), nous sommes retournés dans les établissements pour récupérer les fiches de consentements remplies et signées qui nous ont permis de contacter les mamans volontaires le mois suivant.

Les réponses au questionnaire ont été recueillies de deux façons selon le choix des patientes : soit par téléphone, soit par mail *via* un questionnaire Google Form. Sur les 213 mamans volontaires, nous avons obtenu 183 réponses, ce qui correspond à un taux de participation de 86%.

L'ensemble des réponses au questionnaire a été anonymisé.

2.3.5. Traitement des données

Les données issues du questionnaire ont été traitées par le logiciel Statview (SAS Institute Inc. Copyright © 1992-1998, Etats-Unis, Version 5).

Le test du Khi-deux (χ^2) a été utilisé pour le croisement des variables qualitatives. Le test de Fisher (F) a été utilisé lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5. Le test de Student a été utilisé pour le croisement des variables quantitatives (moyennes).

Le seuil de significativité choisi était pour une p-value < 0,05.

2.4. Résultats et analyse

2.4.1. Caractéristiques générales de la population d'étude

2.4.1.1. Caractéristiques des mères

Notre population (n=183) avait un âge moyen de 30 ans ($\sigma = 5$), étendu de 18 à 45 ans.

182 patientes (99,5%) vivaient en couple et une seule maman (0,5%) était célibataire.

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient les employés (29%), les professions intermédiaires (27%) et les cadres ou professions intellectuelles supérieures (21%), suivies des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (6%) et enfin des ouvrières (4%). 87% des mamans exerçaient une profession.

Les niveaux d'études les plus présents étaient le niveau supérieur au baccalauréat +2 (35%) et le CAP ou BEP (25%), suivis du baccalauréat +2 (21%) et du baccalauréat (17%). Enfin, le certificat d'étude primaire représentait 1% de la population, le brevet des collèges 0,5% ainsi qu'aucun diplôme (0,5%).

La parité moyenne des mamans de notre étude était de $m = 1,85$ ($\sigma = 0,8$), étendue de primipare à cinquième pare.

Leur séjour en maternité a duré en moyenne 3,8 jours ($\sigma = 1$), étendus de 2 à 12 jours.

2.4.1.2. Caractéristiques des nouveau-nés

Tableau I : Caractéristiques des nouveau-nés inclus dans l'étude (n=187 nouveau-nés)

Caractéristiques des nouveau-nés	Effectifs n (%)	Moyenne en jours (écart-type)
Age		35 (7)
Sexe		
Masculin	89 (48%)	
Féminin	98 (52%)	
Alimentation		
Artificiel	90 (49%)	
Maternel	67 (37%)	
Mixte	26 (14%)	
Gémellité	4 (2%)	
Hospitalisation	7 (4%)	

Dans les motifs d'hospitalisation depuis la sortie de maternité, nous avons retrouvé :

- une mauvaise prise de poids associée à une intolérance aux protéines de lait de vache ;
- un accident de la voie publique ;
- trois hyperthermies, dont une associée à une otite, et une autre associée à une cyanose et des vomissements ;
- un malaise avec un reflux gastro-œsophagien associé ;
- une méningite à entérovirus.

2.4.2. L'information sur le couchage recommandé

2.4.2.1. *Taux de mamans ayant retenu une information*

Dans notre étude, sur les 183 mamans incluses, 148 (81%) ont répondu avoir reçu une information sur les recommandations de couchage de leur enfant, contre 35 (19%) ayant répondu n'avoir reçu aucune information concernant ces recommandations.

2.4.2.2. *Les circonstances de l'information*

Nous avons recherché à quels moments, par qui et sous quelles formes l'information sur les recommandations avait été apportée aux mamans de notre étude (*Cf. Tableau II*).

Parmi les mamans ayant retenu une information (n=148), 78% se souvenaient en avoir obtenu une à la maternité. L'information pendant la grossesse représentait 46% de notre échantillon, dont 41% en cours de préparation à la naissance et à la parentalité. La prévention après le retour à la maison était présente à hauteur de 30%, dont 20% lors de la visite d'une sage-femme dans le cadre du Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile (PRADO). Une part non négligeable, 38% des mamans, a recherché personnellement des informations.

Une très grande majorité (91%), se souvenait avoir reçu des informations de la part de professionnels de santé. Parmi ces professionnels, les sages-femmes représentaient 84% et les auxiliaires de puériculture 55%. Les médecins, notamment les pédiatres, étaient moins présents, ils ont été cités par 23% des mamans.

Nous pouvons également remarquer que l'entourage des mères et les médias jouaient un rôle non négligeable dans l'apport de conseils sur le couchage du nourrisson. L'entourage a été notifié par 36% des mères, et les médias par 31%.

Nous observons que l'information passait largement par la forme orale, pour 90% des mères. Le carnet de santé et les brochures sont des supports qui ont été tous deux utilisés par 39% des mères.

Tableau II : Caractéristiques de l'information apportée aux mamans (n=148)

Caractéristiques de l'information apportée	Effectifs n (%)
Moments de l'information	
Achat de matériels en magasin de puériculture	11 (7%)
Recherche personnelle d'information	57 (38%)
Visite de la Protection Maternelle et Infantile avant la naissance	3 (2%)
Consultations de grossesse	16 (11%)
Préparation à la Naissance et à la Parentalité	60 (41%)
Entretien prénatal précoce	3 (2%)
Séjour à la maternité	116 (78%)
Consultation ou visite de la PMI après la naissance	11 (7%)
Visite d'une sage-femme en cas de retour précoce à domicile	29 (20%)
Consultation chez un pédiatre ou médecin généraliste	23 (16%)
En cas d'hospitalisation du nourrisson	4 (3%)
Autre	10 (7%)
<i>Enfant(s) antérieur(s)</i>	10 (100%)
<i>Formation professionnelle</i>	1 (0,1%)
<i>Malette de grossesse</i>	1 (0,1%)
Acteurs de l'information	
Entourage de la maman	52 (36%)
Médias (internet, télévision, livres etc...)	46 (31%)
Commerçants de magasins de puériculture	9 (6%)
Autre – <i>Affiche dans un cabinet</i>	1 (0,6%)
Professionnels de santé	135 (91%)
<i>Pédiatre</i>	31 (23%)
<i>Gynécologue-obstétricien</i>	7 (5%)
<i>Médecin généraliste</i>	17 (13%)
<i>Sage-femme</i>	114 (84%)
<i>Infirmière</i>	29 (21%)
<i>Auxiliaire de puériculture</i>	74 (55%)
Formes de l'information	
Information orale	133 (90%)
Support médiatique (vidéo, diaporama)	8 (5%)
Lecture du carnet de santé	58 (39%)
Document type brochure	58 (39%)
Autre – <i>Affiche</i>	3 (3%)

PMI : Protection Maternelle et Infantile

2.4.2.3. L'information retenue sur les recommandations

Nous avons demandé aux mères (n=183) quelles informations elles avaient reçu depuis le début de leur grossesse sur les différentes recommandations de couchage (Cf. Annexe VI). On retrouve les informations indiquées par les mères par ordre de fréquences suivantes :

- ✓ La position de couchage : 144 (79%) mères ont répondu en avoir été informées. La position dorsale uniquement a été citée par 117 mamans (72%). 7 autres mamans (4%) ont indiqué une recommandation inadéquate : utilisation de plusieurs positions, sur le côté (n=3), le ventre (n=2) et proclive (n=2).
- ✓ Les objets à risque : 122 (67%) mères ont répondu en avoir été informées. Parmi elles, 70 (43%) ont cité les doudous ou peluches comme des objets à ne pas placer dans le lit, 65 (40%) les couvertures ou draps, 46 (28%) le tour de lit et 27 (17%) les oreillers ou coussins. 12 (7%) mamans se souvenaient qu'on leur a recommandé de ne rien mettre dans le lit. L'information était complète pour 10% des mamans.
- ✓ La température de la pièce : 119 (65%) mères ont répondu en avoir été informées. 86 mères (52%) ont répondu que la température recommandée se trouvait entre 18 et 20°C. 4 mamans (2,5%) ont noté une température inférieure ou égale à 17°C, et 6 (4%) une température entre 19 et 21°C.
- ✓ Le mode de couverture : 112 (61%) mères ont répondu en avoir été informées. 80 mamans (49%) ont répondu une gigoteuse exclusivement. Les autres mamans ont répondu des informations imprécises, comme « ne pas trop couvrir » (3%).
- ✓ Les consignes sur le tabagisme : 86 (47%) mères ont répondu en avoir été informées. 26 mamans (18%) ont répondu « pas à côté de bébé », la consigne de fumer uniquement à l'extérieur a été citée par 15 mamans (10%), et 14 (9%) ont reçu l'information de ne pas fumer dans la même pièce que l'enfant. On note que 39 mamans (21%) ayant répondu « oui » pour avoir reçu des informations n'ont pas précisé leur réponse.
- ✓ Le lieu de couchage : 60 (33%) mères ont répondu en avoir été informées. Seulement 8 (5%) ont indiqué que la chambre parentale était recommandée, contre 19 (11%) ayant cité une chambre d'enfant distincte. « Son lit » a été inscrit par 16 mères (9,5%).
- ✓ Le type de lit : 49 (27%) mères ont répondu en avoir été informées. 24 (14%) se souviennent du type de lit adéquat en répondant un lit à barreaux. 10 mamans (6%) ont indiqué qu'on leur avait conseillé un berceau ou une nacelle.
- ✓ La literie : 46 (25%) mères ont répondu en avoir été informées. 29 (17%) ont indiqué qu'un matelas ferme leur avait été conseillé, ainsi que de taille adaptée au lit pour 11 d'entre elles (6%). Une seule a exprimé qu'on lui avait recommandé un matelas mou.

2.4.2.4. Demandes des mamans pour des informations supplémentaires

Sur la totalité des mamans (n=183), 63 auraient souhaité avoir plus d'informations de la part des professionnels de santé, concernant le couchage recommandé, ce qui représente 34% de la population d'étude. Sur ces 63 mères : 27 ont exprimé le souhait d'avoir plus d'informations en maternité ; 10 à la maternité et après le retour à domicile ; 9 après le retour à domicile ; 6 pendant la grossesse et à la maternité ; 4 pendant la grossesse ; 4 pendant la grossesse, à la maternité et après le retour à domicile ; et 3 pendant la grossesse et après le retour à domicile.

2.4.3. L'information conditionne-t-elle les pratiques ?

Nous avons recherché si une information adéquate retenue par les mamans entraînait une bonne mise en pratique de ces recommandations.

Pour cela, nous avons utilisé les tests de Khi-deux et de Fisher en cas d'effectif attendu inférieur à 5. Ils ont été utilisés pour comparer les pratiques entre les groupes de mamans ayant retenu une information adéquate et inadéquate, puis entre les groupes de mamans ayant retenu une information adéquate et aucune information (groupe « absente »).

Y a-t-il adéquation entre l'information retenue sur les recommandations par les mères de notre étude et leur mise en pratique ?

✓ Couchage dorsal :

Les mamans ayant retenu une information adéquate mettaient significativement plus en pratique les recommandations. En effet, lorsqu'elles retenaient la bonne information (n=117), les mères ont adopté une bonne pratique pour 73% d'entre elles. A l'inverse, 100% des mères (n=7) ayant indiqué une information différente que de « coucher son enfant que sur le dos », ont adopté une position de couchage non recommandée. Ce lien a été révélé par un test de Fisher avec une $p\text{-value}=0,0002$. L'absence d'information n'a pas eu d'influence significative.

✓ Couchage dans la chambre parentale :

Les mamans qui se souvenaient d'une information adéquate installaient significativement plus leur enfant dans la chambre parentale que les mères ayant retenu une autre information ($p=0,01$ selon le test de Fisher). En effet, la totalité des mamans (n=6) se rappelant de cette recommandation la suivait ; alors que 61% des mères ayant retenu une information inadéquate ne couchait pas leur enfant dans la chambre parentale. Une différence significative a été retrouvée entre l'information adéquate et l'absence d'information ($p=0,03$ selon le test de Fisher). Cependant, 55% des mamans ayant indiqué n'avoir reçu aucune information couchaient leur bébé dans la chambre parentale.

✓ Température entre 18 et 20°C :

Nous avons retrouvé une différence significative entre les mamans ayant indiqué une information correcte et celles ayant inscrit une information inadéquate ($p=0,03$ selon le test de Fisher). En effet, la totalité des femmes ($n=14$) qui ont répondu une information inadéquate a mesuré une température non recommandée.

✓ Lit rigide à barreaux :

L'étude n'a pas mis en évidence de lien significatif entre une bonne information et des pratiques recommandées vis-à-vis du type de lit. Néanmoins, 63% des mamans ayant retenu l'information adéquate ont adopté une pratique recommandée. Au contraire, 70% utilisait un lit non recommandé parmi les mamans retenant une information inadéquate.

✓ Matelas ferme et adapté à la taille du lit :

Aucune différence significative n'a été mise en évidence pour cet item. Cette pratique recommandée était retrouvée chez la totalité des mamans en cas de bonne information retenue ($n=11$), alors que 83% des mamans se souvenant d'une information incomplète ont adopté une pratique recommandée. Il en est de même en cas d'absence d'information retenue, la majorité (79%) des mères utilisaient tout de même un matelas ferme et de taille adapté.

✓ Utilisation uniquement de la gigoteuse :

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence quant au mode de couverture. La majorité des mamans, quel que soit leur information inscrite, applique la bonne recommandation : 91% si l'information est adéquate, 70% si elle est inadéquate et 87% si elle est absente.

✓ Absence d'objets à risque dans le lit :

Les mamans ayant retenu une information incomplète plaçaient significativement plus d'objets à risque dans le lit que les mamans se souvenant de la bonne information. Ce lien a été révélé par le test de χ^2 : $\chi^2 (1, N=101) = 4,209, p=0,04$. En effet, 75% des mamans avaient une pratique recommandée en cas d'information retenue adéquate. 53% des mères ayant cité une information incomplète avaient adopté une pratique inadaptée. Les mamans ne respectant pas les recommandations représentaient 60% en cas d'absence d'information retenue à ce sujet, ce qui correspondait à une différence significative selon le test de χ^2 avec les mamans retenant une information adéquate : $\chi^2 (1, N=78) = 6,134, p=0,01$.

✓ Consignes du tabagisme :

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre les informations délivrées et les pratiques maternelles. Cependant, on remarque qu'uniquement 3 mamans ne respectaient pas les consignes, celles-ci n'ont reçu aucune information concernant le tabagisme.

Tableau III : Adéquation entre l'information retenue sur les recommandations par les mères de notre étude et leur mise en pratique

Information sur les recommandations	Pratiques recommandées		
	Oui	Non	p-value
Couchage dorsal	n = 109	n = 54	
Adéquate	85	32	
Inadéquate	0	7	0,0002***
Absente	24	15	NS
Couchage dans la chambre parentale	n = 80	n = 67	
Adéquate	6	0	
Inadéquate	7	11	0,01*
Absente	67	56	0,03*
Température entre 18 et 20°C	n = 34	n = 129	
Adéquate	22	64	
Inadéquate	0	14	0,03*
Absente	12	51	NS
Lit rigide à barreaux	n = 94	n = 74	
Adéquate	15	9	
Inadéquate	3	7	NS
Absente	76	58	NS
Matelas ferme et adapté à la taille du lit	n = 139	n = 33	
Adéquate	11	0	
Inadéquate	20	4	NS
Absente	108	29	NS
Utilisation uniquement de la gigoteuse	n = 143	n = 19	
Adéquate	74	7	
Inadéquate	7	3	NS
Absente	62	9	NS
Absence d'objets à risque dans le lit	n = 77	n = 86	
Adéquate	12	4	
Incomplète	40	45	0,04*
Absente	25	37	0,01*
Consignes du tabagisme	n = 138	n = 3	
Adéquate	15	0	
Inadéquate	32	0	NS
Absente	91	3	NS

NS : non significatif ; * 0,01 < p < 0,05 ; *** 0,0001 < p < 0,001

2.4.4. Quels moments seraient les plus appropriés pour une bonne information ?

Nous avons recherché à quel(s) moment(s) du parcours vers la parentalité, l'information était plus efficacement retenue par les mamans. Pour cela, nous avons créé un score sur 8 représentant les 8 recommandations. Chaque point était obtenu en cas de réponse correspondant à la recommandation.

Nous avons noté ces réponses par mots clés :

- Position de couchage : uniquement sur le dos ;
- Pièce de couchage : chambre parentale ;
- Température de la pièce : entre 18 et 20 °C ;
- Type de lit : lit rigide à barreaux ;
- Literie : matelas ferme et adapté à la taille du lit ;
- Objets à risque : tour de lit, doudou ou peluche, couverture ou drap et oreiller ou coussin, ou « rien dans le lit » ;
- Tabac : uniquement à l'extérieur ou « zéro tabac ».

Nous avons ensuite calculé la moyenne de ces scores en fonction des différents moments où l'information a été apportée (Cf. Figure 1) : information unique (uniquement pendant la grossesse, ou à la maternité ou au retour à domicile (RAD)), information double (pendant la grossesse puis rappel à la maternité, ou à la maternité puis au RAD ou pendant la grossesse puis au RAD), et enfin une information triple (délivrée à la fois pendant la grossesse, à la maternité et au RAD).

Pour croiser les données, nous avons utilisé un test de Student (pour les variables qualitatives, les moments d'information, et quantitatives, les moyennes).

Du fait de certaines réponses inexploitables à cause du manque de mots clés, l'échantillon a été réduit à 104 mamans.

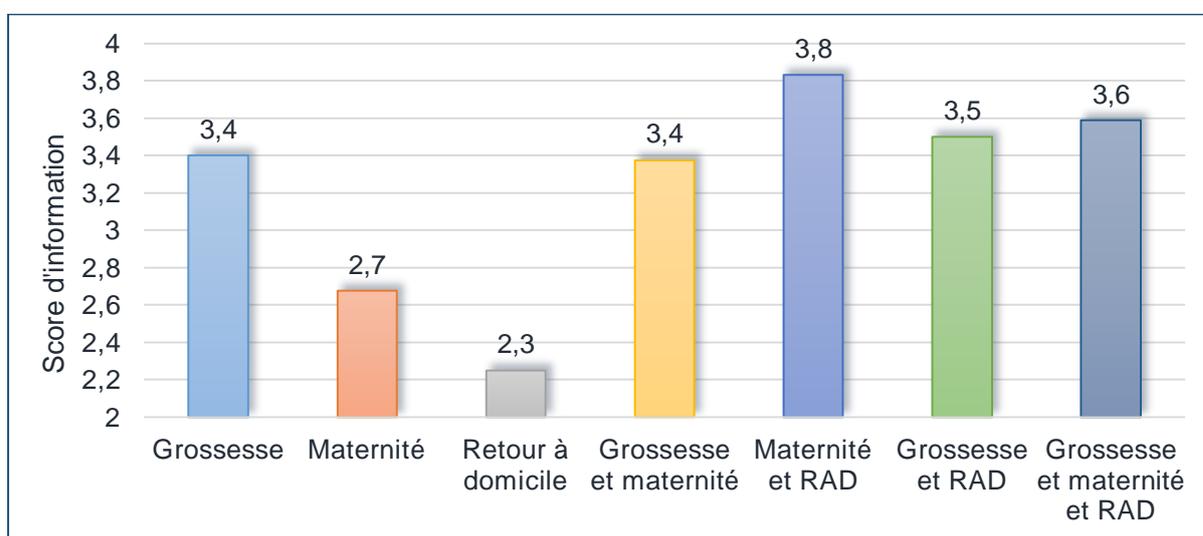


Figure 1 : Moyenne des scores d'information sur 8 en fonction du (des) moment(s) de l'information (n=104)

On remarque que le score le moins élevé (2,3/8) correspond à une information unique après le retour à domicile.

Le score le plus élevé (3,8/8) correspond à une information double, à la maternité puis au retour à domicile.

L'information unique à la maternité, qui est réalisée de manière importante en pratique, ne représente que le second score, de 2,7/8. Le test de Student a mis en évidence des différences significatives entre cette information unique à la maternité et d'autres moments :

- ✓ Les mamans retiennent plus d'informations exactes lorsqu'elles sont informées pendant la grossesse puis à la maternité (m=3,4) qu'uniquement à la maternité (m=2,7) : $t(62) = -2,05, p = 0,04$;
- ✓ Les mamans retiennent plus d'informations exactes lorsqu'elles sont informées à la maternité puis après le retour à domicile (m=3,8) qu'uniquement à la maternité (m=2,7) : $t(44) = -2,046, p = 0,04$;
- ✓ Les mamans retiennent plus d'informations exactes lorsqu'elles reçoivent une triple information (pendant la grossesse puis à la maternité puis au retour à domicile (m=3,6)) qu'uniquement à la maternité (m=2,7) : $t(55) = -2,601, p = 0,01$.

De plus, on retrouve un score assez élevé de 3,4/8 en cas d'informations uniquement pendant la grossesse.

2.4.4.1. *Avis des mamans sur les moments favorables à l'apport des informations*

Nous avons demandé aux mamans à quel(s) moment(s), selon elles, il serait préférable de les informer sur les recommandations de couchage de leur enfant, et pourquoi.

26% des mamans de notre étude pensaient qu'une information triple passant lors de la grossesse, à la maternité puis au retour à domicile serait plus efficace. Les principales raisons relevées étaient que cela permettait une diffusion d'informations en continu réduisant les oublis. « *Les parents ont toujours des questions spécifiques à chaque stade. Le vécu est différent, donc l'information doit être adaptée* ».

23% des mamans ont répondu qu'une information pendant la grossesse puis à la maternité serait plus efficace. Les mamans ont évoqué les raisons suivantes : le fait d'être sereines avant le retour à domicile, qu'elles se sentaient plus disponibles et à l'écoute à ces moments-là. Nous avons observé que plusieurs mamans évoquaient une certaine angoisse au RAD. Ces deux moments permettaient selon elles d'enregistrer les consignes pendant la grossesse puis de les mettre en pratique avec de nombreux rappels à la maternité.

14,5% des mamans pensaient qu'une information uniquement pendant la grossesse serait plus efficace. Les raisons relevées étaient une meilleure disponibilité par rapport à la maternité où les mamans se disaient fatiguées, et recevaient trop d'informations en peu de temps. La notion de prévention était également très présente.

14% des mamans ont répondu qu'une information uniquement à la maternité était préférable. Ces mamans se sont senties plus réceptives à la maternité. La période de grossesse n'était pour elles pas adaptée pour ces informations, car le couchage de leur enfant était encore une idée trop abstraite.

13,5% des mamans pensaient qu'une information à la maternité puis après le retour à domicile serait plus efficace. Les arguments évoqués étaient que la répétition d'informations était indispensable, et que la naissance permettait une meilleure mémorisation des consignes mises en pratique.

6% des mamans ont répondu qu'une information uniquement après le retour à domicile serait préférable. Celles-ci se sont senties plus réceptives aux conseils, évoquant d'autres nombreuses préoccupations pendant la grossesse et à la maternité. L'importance de l'application concrète des recommandations, dans leur environnement propre, a souvent été relevée.

Enfin, 3% des mamans ont répondu qu'une information pendant la grossesse puis après le retour à domicile serait plus efficace. Elles ont évoqué une trop grande quantité d'informations à la maternité, difficilement assimilable pour elles.

Tableau IV : Avis personnels de la totalité des mamans sur les moments favorables à une information efficace (n=183)

Moments favorables	Effectifs n (%)	Détail des réponses	
		Grossesse (n)	Après le retour à domicile (n)
Grossesse + maternité + RAD	47 (26)	- 41 PNP - 23 en consultation - 9 EPP	- 35 en visite à domicile - 19 en consultation
Grossesse + maternité	42 (23)	- 35 PNP - 12 en consultation - 3 EPP	
Grossesse uniquement	27 (14,5)	- 16 PNP - 10 en consultation - 3 EPP	
Maternité uniquement	26 (14)		
Maternité + RAD	25 (13,5)		- 22 en visite à domicile - 10 en consultation
RAD uniquement	11 (6)		- 9 en visite à domicile - 2 en consultation
Grossesse + RAD	5 (3)		- 5 en visite à domicile

RAD : Retour à Domicile ; PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité ; EPP : Entretien Prénatal Précoce

3. DISCUSSION

3.1. Synthèse des résultats

3.1.1. Objectif principal

Notre objectif principal était de mettre en évidence l'information retenue par les mamans constituant notre échantillon, vis-à-vis des recommandations de couchage de leur enfant. Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- ✓ le taux de mamans ayant retenu des informations adéquates est faible

Les informations rapportées par notre population sont en grande majorité incomplètes ou inadéquates pour chaque recommandation. Cette hypothèse est donc validée.

19% des mamans n'ont retenu aucune information concernant le couchage recommandé de leur enfant. On peut donc s'interroger sur l'origine de leurs pratiques. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces mamans se sont inspirées des pratiques d'autres personnes, d'informations inconsciemment enregistrées ou encore apportées pour des enfants antérieurs.

Trois recommandations ont été correctement citées avec un taux supérieur aux autres : le couchage sur le dos, la température de la pièce et l'utilisation de la gigoteuse (*Cf. Annexe VI*).

- La position de couchage sur le dos est la recommandation la mieux enregistrée par les mamans. En effet, 72% des mères ont répondu qu'on leur avait recommandé exclusivement cette position. Même si ce taux paraît élevé, il est important de considérer que 28% des mères de notre étude n'ont donc jamais reçu cette information du début de leur grossesse jusqu'au un mois de leur enfant.
- La seconde recommandation la mieux retenue concerne la température de la chambre qui doit se trouver entre 18 et 20°C. 52% des mères ont donné cette réponse. On peut donc voir que pratiquement la moitié de notre population n'a pas retenu une bonne information, soit par absence complète, soit par un apport inadéquat ou soit par un défaut de mémorisation de l'information.
- L'utilisation uniquement de la gigoteuse comme mode de couverture est une recommandation citée par 49% des mamans.

Les autres recommandations sont très peu retenues de manière adéquate :

- 17% des mères ont rapporté avoir eu l'information d'utiliser un matelas ferme, et 6% un matelas adapté à la taille du lit ;
- 14% des mamans ont eu l'information de coucher leur enfant dans un lit à barreaux ;
- 10% ont cité de façon complète tous les objets à risque dans le lit ;

- 10% se sont souvenues des consignes concernant le tabagisme passif ;
- Et seulement 5% ont inscrit que la chambre parentale leur avait été conseillée.

Les principales informations retenues portent donc sur le fait de coucher son bébé uniquement sur le dos, dans une gigoteuse et dans une pièce à température adéquate. Cependant, comme nous en avons fait l'hypothèse, les taux restent peu importants, et ils sont extrêmement faibles pour les autres recommandations.

Une étude (Hua, 2008) a exploré les informations retenues par les parents concernant les moyens de prévention de la MIN. Les recommandations citées spontanément par les parents étaient : le couchage sur le dos pour 62,5% des parents, l'absence de draps ou oreillers pour 19% (mais seulement une maman a cité le tour de lit). La notion qu'une température élevée était un facteur de risque était présent chez 50% des parents. Enfin, le matelas mou et non adapté au lit était une pratique à risque pour 22% de la population. Dans cette étude, 31% des parents n'ont pas été en mesure de citer un moyen de prévention.

Une évolution est ainsi repérable entre 2008 et notre étude. Les mamans de notre échantillon semblent légèrement mieux informées, notamment concernant l'utilisation de la gigoteuse (jamais citée en 2008) et le couchage sur le dos. Mais la notion d'un matelas adapté est moins présente dans notre étude. Nous n'avons pas retrouvé d'explication à ce phénomène dans la littérature. Il se peut que la prévention se soit axée sur d'autres thèmes depuis 2008, comme le port de la gigoteuse. Cette différence peut être liée à une prise de conscience nationale de la part des parents mais aussi des professionnels, accompagnée d'une augmentation des campagnes régionales. En effet, bien qu'aucune étude démontrant un renforcement de la prévention depuis 2008 n'ait été retrouvée, nous pouvons faire l'hypothèse que les messages de prévention ont gardé leur place auprès des parents. De plus, l'étude d'Hua était basée sur une seule question ouverte « *connaissez-vous les facteurs de risque et les moyens de prévention de la MIN ? Lesquels ?* », les mères ont donc pu plus facilement oublier quelques recommandations par rapport à notre étude qui comportait des questions plus détaillées (24).

Notre seconde hypothèse principale était que :

- ✓ L'information passe avant tout par la forme orale, en maternité et par des professionnels de santé

Dans notre étude, **la forme orale représente 90% des réponses des mères ayant reçu une information (n=148), la maternité a été citée par 78% de cette population et les professionnels de santé ont été des vecteurs d'information chez 91% d'entre elles (Cf. Tableau II)**. Nous pouvons donc dire que cette hypothèse est vérifiée.

Nous pouvons retrouver des résultats similaires dans deux études de 2012 : 76,8% des mères avaient été informées sur les recommandations de couchage lors du séjour à la maternité dans l'étude de Roth (2012) (25), et 80% dans celle de Mauchauffe (2012) (26).

De nos jours, les moyens d'information sont de plus en plus divers. Elle peut se transmettre par communication directe, mais également en utilisant des médias, tels que des « spots vidéo » sur internet ou à la télévision, des livres ou des magazines. Nous nous attendions donc à retrouver une part importante de notre population ayant recouru à des recherches dans les médias, principalement par internet. Dans notre étude, 31% des mamans avaient été informées par des médias, et 38% ont effectué des recherches personnelles. Roth a dénombré 39% de mamans ayant eu recours aux médias ou aux magazines pour s'informer (25). Ce pourcentage ne représente pas la majorité des mamans et est moins important que celui attendu, mais il doit être pris en compte. Il est donc important de vérifier les informations librement disponibles et d'orienter les mères qui le désirent vers des sources fiables.

La lecture du carnet de santé était un moyen utilisé par 39% des mamans de notre étude. Ce même pourcentage était relevé pour la consultation de brochures. Roth retrouve une lecture du carnet de santé chez 30% des mamans et des documents pour 37% de la population (25), alors que Hau (2008) retrouvait 62,5% de mamans ayant consulté le carnet de santé. Cette différence peut s'expliquer par le fait que son étude a été menée auprès de mamans avec des enfants âgés jusqu'à deux mois. Notre étude avait un recul d'un mois, nous pouvons donc penser que les parents consultent davantage le carnet de santé après la visite du pédiatre, encore peu réalisée au moment de notre questionnaire.

La préparation à la naissance et à la parentalité a représenté une source d'information pour 41% des mères ayant retenu une information. Elles étaient 37% à avoir reçu des informations sur le couchage du nourrisson en PNP dans l'étude de Mauchauffe (26). L'HAS a publié des recommandations pour la PNP en 2005, qui contiennent les objectifs recommandés à atteindre lors des séances. La compétence 5, « Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation », contient l'objectif « comprendre la prévention des risques pour l'enfant » :

La sécurité de l'enfant dès la naissance, la réduction du risque de mort subite : choisir un matelas ferme, adapté à la taille du lit. Eviter les oreillers, les couettes, les duvets, les édredons et préférer les surpyjamas ou les turbulettes. Préconiser clairement pour dormir la position dorsale, au cours des 6 premiers mois de vie. La position latérale, souvent suggérée par les familles, ne doit pas être conseillée. Limiter la température de la pièce à 19 °C et éviter le tabagisme autour de l'enfant (20).

Les acteurs de cette information sont avant tout les professionnels de santé. Parmi eux, on peut s'attendre à retrouver une part importante représentée par les pédiatres ou les médecins généralistes, qui sont au plus près de la santé des enfants et des inquiétudes des parents. Cependant, ils n'étaient cités que par 23% des mères pour les pédiatres et 13% pour les généralistes. Les professions les plus indiquées étaient les sages-femmes (84%) et les auxiliaires de puériculture (55%). Cela corrobore le fait que la prévention était, dans notre enquête, majoritairement présente en maternité et en PNP, et peu lors des consultations pédiatriques. L'étude de Hua ne partage pas tout à fait ces résultats : les professionnels de santé les plus cités étaient les sages-femmes et les pédiatres (28%) puis les auxiliaires de puéricultures (25%). Cela peut s'expliquer par le fait que les entretiens étaient menés jusqu'aux deux mois de l'enfant, dans les salles d'attentes de médecins avant une consultation pédiatrique. Les parents avaient donc sûrement rencontré le pédiatre auparavant, contrairement à notre étude qui était menée à un mois de vie des enfants. Le séjour à la maternité était également plus proche dans notre étude, les parents se rappelaient donc certainement mieux des interlocuteurs qu'après deux mois (24).

L'entourage ne doit pas être négligé. 36% des mamans de notre échantillon ont reçu des conseils provenant de leur entourage, et, venant de personnes de confiance, ils sont souvent mis en pratique. Elles n'étaient que 10,1% dans l'étude de Roth à avoir indiqué cette même réponse, mais 40% pour Hua (24,25). Ces différences sont difficilement explicables.

Nous pouvons donc conclure que les recommandations de couchage en prévention de la MIN ne sont pas correctement retenues par les mères, bien que les sources et moyens d'information disponibles soient multiples.

3.1.2. Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires étaient d'une part d'étudier l'adéquation entre les informations retenues et les pratiques maternelles, puis d'autre part de définir à quel(s) moment(s) il serait préférable d'apporter cette information pour une prévention efficace.

Nous avons émis l'hypothèse suivante :

- ✓ Les pratiques maternelles de couchage des nourrissons correspondent aux informations dont elles se souviennent

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons utilisé les tests statistiques de Khi-deux et de Fisher. Plusieurs liens significatifs ont été mis en évidence. Cependant, ces résultats sont à interpréter avec de grandes précautions, puisque les populations dans certains groupes sont extrêmement réduites (*Cf. Tableau III*). Cette hypothèse a été partiellement vérifiée.

Une information conforme ou inadéquate aux recommandations était déterminante dans les pratiques de couchage pour plusieurs items : le couchage dorsal ($p=0,0002$), dans la chambre parentale ($p=0,01$) et l'absence d'objets à risque dans le lit ($p=0,04$). Pour ces recommandations, les mères ayant retenu les bonnes informations avaient, de façon accrue, adopté les pratiques conformes. A contrario, les mamans se souvenant d'une information inadéquate aux recommandations avaient adopté des pratiques à risque.

L'exploration des informations et des pratiques autour de la température de la pièce n'a pas été représentative de la réalité, puisque le questionnaire a été mené durant une période de canicule. Ainsi, de nombreux parents étaient dans l'impossibilité de suivre les recommandations, bien qu'ils en étaient correctement informés.

L'utilisation d'un matelas ferme et de taille adaptée était en majorité respectée quelle que soit l'information retenue. Mais on peut observer que les pratiques à risque sont présents de façon supérieure en cas d'information inadéquate ou absente.

Nous avons été surpris de constater que **la plupart des absences d'informations n'influençaient pas de manière péjorative les pratiques maternelles**. En effet, le couchage dorsal était pratiqué pour 62% des mamans non informées. Cette recommandation est sûrement de plus en plus ancrée dans les consciences, grâce aux nombreux messages de prévention. De plus, les mamans ont pu recevoir cette information lors de grossesses antérieures (ce que notre étude n'évaluait pas).

Ce résultat surprenant se retrouve également pour le couchage dans la chambre parentale : 55% des mamans n'ayant pas été informées avaient fait le choix de cette installation. On peut faire l'hypothèse que ce choix s'inscrivait dans un souhait d'allaitement maternel, favorisant ainsi les tétées nocturnes. Avoir son enfant tout près peut être rassurant, ou il est possible que les parents n'avaient pas d'autres choix du fait de la configuration de leur logement.

L'utilisation d'un lit à barreaux avec un matelas ferme et de taille adaptée, ainsi qu'une gigoteuse sont trois recommandations pour lesquelles nous avons observé ce même phénomène. La plupart des mamans ne se souvenant pas avoir eu des informations avaient adopté des pratiques conformes. L'explication la plus plausible serait que ce mode de couchage soit devenu, grâce à la prévention, le plus habituel pour les familles.

La seule exception réside dans l'item de l'absence d'objets à risque. Ici, l'information adéquate ou l'absence d'information étaient déterminantes dans la conformité des pratiques, et ce, de manière significative ($p=0,01$). En effet, 60% des mères non informées avaient placé des objets à risque dans le lit de leur enfant.

Vaivre-Douret, *et al* (2000) montrait, en accord à notre étude, que les mères étaient significativement influencées par les professionnels en maternité. Cependant, la position de couchage n'était pas encore conforme aux recommandations malgré la prévention, et plusieurs raisons avaient été mises en évidence comme la peur des régurgitations si l'enfant était placé sur le dos (27). Aucune autre étude n'a été retrouvée afin de comparer nos résultats.

En conclusion, la plupart des mères suivent les informations dont elles se souviennent, que celles-ci soient conformes ou non aux recommandations. L'absence d'informations n'influence pas forcément péjorativement les pratiques, on peut donc se demander quelles en sont leurs origines ? Pour quelles raisons les mères choisissent telles ou telles pratiques ?

Cela montre bien que les messages de prévention sont extrêmement importants et doivent être précis, compréhensibles pour que les parents puissent les mettre en pratique sans difficulté. Nous nous sommes donc demandé dans quelles circonstances l'information pouvait être efficace de manière optimale.

Notre seconde hypothèse était :

- ✓ L'information est plus efficace lorsqu'elle est apportée en continu dans le parcours de la parentalité

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons étudié un score d'information en fonction des moments d'information (*Cf. Figure 1*), puis nous avons demandé l'avis personnel des mères (*Cf. Tableau IV*). Ceci nous a permis de valider cette hypothèse.

Nous avons retrouvé les scores les plus élevés en cas d'informations : à la maternité puis au retour à domicile (RAD) (score de 3,8/8), pendant la grossesse puis à la maternité puis au RAD (3,6/8), et enfin pendant la grossesse puis au RAD (3,5/8). Notre étude a pu mettre en évidence des différences significatives : le score était significativement moins élevé en cas d'information unique à la maternité par rapport à une information multiple qui associait : grossesse et maternité ($p=0,04$), ou maternité et RAD ($p=0,04$). Ce lien était encore plus significatif en cas d'information triple (grossesse et maternité et RAD) ($p=0,01$). On voit donc que **l'information multiple est à privilégier pour une prévention efficace**.

Un score surprenant a été mis en évidence, lors d'une information unique pendant la grossesse. Celui-ci était de 3,4/8, donc peu en dessous des trois premiers scores. Nous avons pensé qu'informer les parents une fois l'enfant né serait plus efficace, car plus concret. Ce n'était clairement pas le cas, puisque le score en cas d'information après RAD était de 2,3/8. On peut donc se demander si l'information avant la naissance ne serait pas à privilégier, afin que les parents soient préparés. Le risque d'une information plus tardive est la difficulté de changer des habitudes déjà bien installées et d'avoir un discours plus culpabilisant, comme l'évoque Collet-Beillon dans son étude (2014) (28).

Les avis des mamans sont légèrement différents des résultats précédents. Pour 26% d'entre elles, l'information concernant les recommandations de couchage doit être présente aux trois périodes de la parentalité : pendant la grossesse, à la maternité puis après le RAD.

Elles sont 23% à avoir répondu qu'une information pendant la grossesse puis à la maternité serait efficace.

En fait, chaque période a des avantages et des inconvénients que les mamans ont fait ressortir en exprimant les raisons de leurs réponses :

- Pendant la grossesse : l'information permet aux parents de se préparer à la venue du nouveau-né, et d'éviter des achats de matériels de puériculture superflus voire dangereux. Les mamans se disent plus disponibles avant l'arrivée du bébé. Cela leur permet d'acquérir des connaissances, de l'assurance et de s'adapter une fois le bébé présent. L'inconvénient peut être que les parents ont du mal à se projeter puisque l'enfant n'est pas encore concrètement présent.

Dans notre étude, la PNP a pris une place importante dans l'item grossesse. Les mamans ont évoqué l'aspect positif d'échanges avec le groupe et de disponibilité de la sage-femme lors de ces séances (Cf. Tableau IV).

- A la maternité : les parents peuvent mettre en pratique les recommandations apprises pendant la grossesse et sont soutenus par le personnel du service qui est plus disponible. L'enfant devient concret, et les parents ont plus de facilité à mettre en pratique et à comprendre les conseils. L'inconvénient repose sur des pratiques non recommandées qui sont encore présentes à la maternité, comme l'utilisation de couvertures les premiers jours, le partage du lit pour l'allaitement *etc.* Les mères se disent également moins disponibles et surchargées d'informations.
- Après le retour à domicile : l'information permet aux parents de se rassurer à propos de leurs habitudes mises en place. Un professionnel passant à domicile peut vérifier concrètement si l'installation et les pratiques sont conformes aux recommandations. Les difficultés à cette période sont nombreuses, les parents peuvent plus rapidement culpabiliser des mauvaises habitudes prises depuis plusieurs jours voire plusieurs mois. Il sera également plus difficile pour eux de modifier leurs habitudes après un temps d'installation à la maison.

Il est donc important que l'information se fasse en amont de la naissance, puis qu'elle se poursuive jusqu'à la fin de la période à risque (après les deux ans de l'enfant). Cette notion est évoquée dans l'étude de Hua et également dans un article de Briand-Huchet (2011) (24,29). Cependant, nous n'avons pas retrouvé d'étude encore publiée permettant de confronter nos résultats.

3.2. Discussion et propositions

Nous avons vu que l'information de la grossesse jusqu'aux deux premières années de l'enfant était primordiale pour prévenir la survenue de MIN. Actuellement, cette prévention est très présente en maternité, notamment lors des conseils de sortie. Cependant, le taux de MIN stagne depuis plusieurs années. On peut donc se demander si cette information est bien délivrée, et bien suffisante pour influencer les pratiques parentales.

3.2.1. Le principe de prévention

Les professionnels de santé sont les seuls à même de pouvoir conseiller et guider les parents vers les bonnes pratiques. Sancho-Garnier (2007) présente dans son ouvrage quatre piliers de la prévention :

- *l'approche globale* qui consiste à identifier la population visée par la prévention afin de mettre en place une action individuelle (augmentation de ses connaissances par l'information, les brochures etc.) et une action environnementale (changement de l'environnement pour influencer le comportement de l'individu) ;
- *la multidisciplinarité* afin de développer la prévention à plusieurs niveaux ;
- *la cohérence des messages de prévention* afin d'en augmenter la compréhension par la population cible ;
- *l'évaluation* qui permet de vérifier l'efficacité de la prévention et de l'ajuster (30).

Cet ouvrage évoque également des pistes pour une prévention efficace. Tout d'abord, il rappelle les grandes règles de la communication, qui est primordiale en matière de prévention. Il existe plusieurs outils de communication qui sont complémentaires :

- *la communication orale*, associée au langage non verbal. Elle est très présente chez les professionnels de santé, lors de la prévention individuelle ;
- *la communication écrite*, avec un message qui doit être concis, clair et précis pour que la population parvienne à mémoriser l'essentiel ;
- *la communication par l'image*, qui est un moyen d'information ludique et qui peut être très efficace suivant les populations (30).

Certaines études ont tenté de mesurer l'impact des campagnes de prévention, afin d'ajuster les moyens de communication. Ainsi, une campagne de communication aura plus d'impact sur la population si sa durée d'exposition est importante, et si l'information est novatrice. Le phénomène de lassitude des personnes visées sera alors diminué si le message est innovant, et l'importance de l'information sera mieux prise en compte si elle est répétée (31).

La prévention basée sur l'information ne suffit pas toujours. Bien que nous pensions que l'apport de connaissances à la population pourrait permettre de modifier les pratiques, il n'en

est pas toujours ainsi en réalité. Il existe des phénomènes de résistances, particulièrement dans les populations les plus défavorisées où les messages de prévention sont moins disponibles. Ainsi, les campagnes d'information vont plus favorablement influencer les populations déjà sensibilisées. Nous devons donc trouver des outils pour toucher les populations qui en ont le plus besoin (32).

3.2.2. Prévention de la MIN : de nombreux obstacles

La prévention de la MIN se heurte à de nombreux obstacles, limitant l'efficacité des informations et recommandations véhiculées.

3.2.2.1. *L'absence de recommandations officielles en France*

En France, aucune recommandation officielle sur le mode de couchage des enfants n'a été publiée par les pouvoirs publics. Ces informations ne sont donc pas officiellement disponibles sur les sites internet de la HAS par exemple. Les seuls conseils délivrés sont basés sur les recommandations de l'AAP (2).

3.2.2.2. *Les contre-messages publicitaires et marketing*

Dans notre étude, 31% des mamans avaient recherché des informations à travers les médias (Cf. *Tableau II*). De nombreuses images de nourrissons dans des situations à risques sont disponibles sur internet, à la télévision, dans les publicités et magazines. Celles-ci, disponibles au grand public, véhiculent des informations contradictoires aux recommandations (33,34). Il en est de même dans les magasins de puériculture, présentant des objets potentiellement à risque pour les enfants. 7% des mamans de notre étude avaient été informées pendant leurs achats et 6% avait reçu des conseils par des commerçants qui ne sont, pour la plupart, absolument pas formés aux conseils de couchage en sécurité, mais à la vente. Les parents peuvent donc être convaincus de l'utilité d'un cale-bébé, de la sécurité d'un tour de lit. De plus en plus de parents souhaitent un « retour à la nature », en utilisant par exemple des cocons censés recréer les conditions *in utero*. Il n'existe aucun réel contrôle publicitaire ou commercial en France, concernant les matériels de puériculture (29,35).

3.2.2.3. *Les professionnels de santé*

La multidisciplinarité et la cohérence des messages sont extrêmement importants dans la prévention. Nous avons vu qu'elle s'articule autour de plusieurs professionnels de santé : principalement les pédiatres, généralistes, infirmières, auxiliaires de puériculture et sages-femmes. Toutes ces branches doivent s'entendre afin de délivrer un message commun. Collet-Beillon (2014) a mené une enquête auprès des sages-femmes du Rhône qui a révélé que leurs connaissances restaient incomplètes et floues, hormis concernant le couchage dorsal. Elles n'étaient pas toutes formées à ce sujet, et ne véhiculaient pas systématiquement et

complètement les informations concernant les pratiques recommandées. De plus, certains professionnels sont encore réticents vis-à-vis des recommandations. Par exemple, une sage-femme conseillait la position de couchage sur le dos, mais affirmait qu'il s'agissait d'une mode, et qu'elle préférerait le côté (28). Le fait que les professionnels restent sceptiques à propos des messages de prévention de MIN peut expliquer que les parents reçoivent des informations floues, et ne soient donc que peu convaincus de l'importance de ces recommandations. De plus, nous pouvons observer de nombreuses pratiques à risque en maternité, alors que ce séjour devrait avant tout montrer l'exemple aux parents. Nous pouvons ainsi observer des peluches, doudous et couvertures dans le berceau incliné des enfants, dès les premiers jours. Hua (2008) a retrouvé ces mêmes pratiques en maternité (24).

3.2.3. Propositions, pour une prévention efficace

3.2.3.1. *Formation des professionnels*

Nous venons de voir que les professionnels n'étaient pas tous convaincus des recommandations de couchage et avaient un manque de connaissances non négligeable. Il faudrait donc accentuer leur formation pour qu'ils puissent véhiculer les messages de façon claire, sans hésitation et que leurs discours soient tous cohérents auprès des parents (36).

3.2.3.2. *Suppression des pratiques à risque en maternité*

Les pratiques peu conformes en maternité doivent être supprimées ou à défaut expliquées de façon précise aux parents, pour que ceux-ci ne les reproduisent pas une fois rentrés chez eux. Les professionnels de suites de couches ne devraient plus autoriser la présence de peluches dans le berceau, et devraient remplacer les couvertures restantes par une gigoteuse. Les informations délivrées, souvent en fin de séjour lors des « conseils de sortie », pourront ainsi paraître plus cohérentes aux parents qui ont suivi depuis plusieurs jours l'exemple des professionnels, ce qui n'est actuellement pas le cas dans toutes les maternités (24).

3.2.3.3. *Les moyens de prévention*

Nous avons fait l'hypothèse qu'une information multiple, de longue durée et répétée était favorable à de bonnes pratiques. La PNP est un véritable lieu d'échanges entre la sage-femme et les couples, et serait favorable à une première approche du couchage en sécurité. De plus, la sage-femme peut facilement utiliser des supports ludiques, comme des vidéos, un diaporama ou même des mises en situation. La durée de plus en plus courte des consultations ne permet souvent pas d'aborder cette question avec les couples. Comme nous l'avons avancé précédemment, informer les parents avant la naissance leur permettrait de prévoir le matériel nécessaire sans achats superflus. Une liste de matériels adéquates avec un rappel du couchage en sécurité remise durant la grossesse serait un premier pas de prévention.

Il en est de même à la maternité, où les durées d'hospitalisation se raccourcissent de plus en plus, notamment depuis la mise en place du PRADO. Il est donc difficile pour les professionnels de maternité de prendre du temps afin d'informer correctement les mères. Plusieurs maternités ont développé des brochures, qui peuvent permettre aux couples de revoir ces informations, mais encore faut-il qu'ils aient du temps pour les consulter et que ces documents ne soient pas perdus dans la masse de papiers accumulés durant la grossesse et le séjour (Cf. *Annexe III*).

C'est pourquoi il est important que cette prévention se poursuive après le retour à domicile, lors des consultations pédiatriques, des visites à domicile des sages-femmes, des pesées auprès des professionnels de PMI *etc.* Toute occasion d'information après la naissance doit être optimisée. Dans notre étude, 46% des mères avaient été informées après le retour à domicile (Cf. *Tableau II*), les efforts doivent donc se renforcer dans ce sens.

Les affiches dans les salles d'attentes sont aussi un moyen de prévention utile. Assathiany *et al.* (2004) a montré que certains messages étaient mémorisés, surtout si les parents étaient déjà venus. La lecture des affiches amenait 14% de la population à questionner spontanément le pédiatre (37). Le réseau ELENA a d'ailleurs publié une affiche concernant le couchage sur le dos, qu'on peut retrouver en maternité et en cabinets de consultations (Cf. *Annexe II*).

De nombreux supports sont disponibles pour véhiculer les messages de prévention. Mais il est important que les professionnels de santé accompagnent ces spots pour que les parents comprennent et adhèrent aux recommandations, comme nous l'avons évoqué en première partie pour un body marqué de l'inscription « Je dors sur le dos » (18).

Un nombre important de professionnels se pose la question de l'angoisse et de la culpabilité des parents que la prévention de la MIN pourrait engendrer. Certains n'osent pas exprimer le terme de « mort » afin de ne pas inquiéter les parents. Mais nous avons vu qu'une prévention efficace ne fonctionnait que si la population adhérait au message, et cela ne peut se faire que par une compréhension des risques et du mécanisme. Il est admis que la notion de risque doit être évoquée auprès des parents, qu'un temps de réflexion est nécessaire à l'intégration de cette notion (38). Il serait intéressant d'utiliser des mannequins montrant le fonctionnement entre la trachée et l'œsophage par exemple, afin de faire comprendre aux parents l'importance du couchage dorsal. Cette méthode éducative a été testée en Australie (39). Cela pourrait éviter des pratiques à risque, telles que celles entendues lors de nos entretiens téléphoniques :

« Je sais que la position recommandée est sur le dos, mais il dort beaucoup mieux sur le ventre. Sinon il ne s'endort pas et pleure tout le temps »

« Je préfère la coucher sur le côté et un peu inclinée parce qu'elle régurgite beaucoup »

Ces mamans ne connaissaient pas les risques encourus, la première avait simplement retenu qu'il valait mieux coucher son bébé sur le dos. La seconde avait suivi son instinct et sa peur de l'étouffement, comme retrouvé dans l'étude de Vaivre-Douret *et al.* (2000) (27).

Ball et Volpe (2013) ont étudié l'effet de l'aspect culturel sur les pratiques de couchage. Ainsi, les populations plus défavorisées ont plus de difficultés à respecter les conseils, notamment en ce qui concerne le partage du lit parental, mais étant d'origine économique, les discours de prévention sont assez bien perçus par les parents. Les habitudes culturelles posent plus de difficultés. Les recommandations sont moins comprises et respectées. L'auteur suggère donc de s'adapter à leurs habitudes, afin que le couchage soit plus sécurisé, notamment en ce qui concerne le partage du lit. Les visites à domicile ont donc ici toute leur place (40).

3.2.3.4. *Le contrôle des images publicitaires et commerciales*

Pour faire face aux images contraires aux recommandations, l'ANCRéMIN souhaite organiser une veille nationale visant à supprimer les publications d'images et de messages contraires aux recommandations (4,41). L'InVS émet également dans son enquête de 2007-2009 cette idée de contrôle, qui pourrait être mis en place par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Cet organisme pourrait s'assurer de l'absence de mise sur le marché de certains objets de puériculture à risque, ou obliger l'ajout d'un message d'avertissement. Les publications, que ce soit sur internet, à la télévision ou dans des magazines devraient également être surveillées et triées (2).

3.2.3.5. *La mise en place d'un discours national*

Nous avons vu qu'aucune recommandation officielle n'était publiée en France. La prévention s'établit donc de façon individuelle, autour de réseaux de périnatalité. Les centres référents de la MIN demandent depuis plusieurs années la mise en place d'une campagne de prévention nationale. Celle-ci permettrait un message commun et cohérent pour les parents. Sur ce principe, une journée de prévention de la MIN a été créée, la première a eu lieu en septembre 2015 et devrait se poursuivre chaque année. Elle devrait être accompagnée d'une prise de conscience nationale des parents mais également des professionnels (19).

Etant donné l'évolution actuelle de l'information, il serait intéressant d'avoir un site internet facilement à portée des parents en quête d'informations. En recherchant des conseils de puériculture sur des moteurs de recherche, les parents trouvent principalement des forums, des sites web non officiels ou à des fins commerciales. Les sites des réseaux de périnatalité officiels n'apparaissent que très tardivement. Il faudrait indiquer un site web accessible, et résumant les principaux conseils de puériculture, avec des images ludiques, des vidéos de prévention, comme le site officiel de Périnatalité (42). Des coordonnées d'organismes susceptibles d'apporter plus d'informations (PMI) devraient également apparaître facilement.

3.2.3.6. *Les perspectives de recherche*

Notre étude n'ayant pas ceci pour objectifs, nous n'avons pas étudié si les caractéristiques des mamans pouvaient influencer le taux d'informations adéquates retenues. Fu *et al.* (2008) démontre que certaines populations sont par exemple plus à risque de pratiquer le partage du lit ou « bed-sharing » ; c'était le cas pour les mères d'origine afro-américaine (OR = 0,43 ; IC 95% 0,26-0,70) ou de plus jeune âge (OR = 0,37 ; IC 95% 0,23-0,58) (43). Il serait donc intéressant d'étudier si l'information est bien délivrée et efficace dans les différentes populations. Cela pourrait permettre de cibler les mères plus à risque dans notre prévention. Cet examen pourrait constituer une seconde partie de notre étude.

Nos résultats ont permis d'initier une évaluation de l'efficacité de la prévention de la MIN en fonction des moments d'information. Une étude évaluant l'efficacité de différents outils d'information paraît intéressante, en la menant à la fois chez les professionnels et à la fois chez les mamans, pour avoir une idée des messages réellement délivrés. Ceci, mis en relation avec le vécu des mères face aux discours de prévention, nous éclairerait sur la manière de délivrer des informations efficaces sans créer de l'angoisse inutile.

3.3. L'étude

3.3.1. Limites et biais de l'étude

3.3.1.1. *Les biais de l'étude*

Nous avons évité certains biais qui pouvaient être présents dans notre étude.

Le biais de sélection redouté par un faible recrutement a été évité en allongeant la période de recrutement d'une semaine et en me présentant personnellement aux mères dans un établissement, ce qui a permis d'augmenter le nombre de volontaires. De plus, des relances téléphoniques ont été réalisées afin d'accroître le taux de réponses, et nous avons choisi une approche multicentrique afin d'extrapoler les résultats. Cependant, un biais de sélection est resté puisque nous avons exclu les mères ne parlant pas français. Pour limiter ce biais en cas d'illettrisme, nous avons utilisé deux types de supports à notre questionnaire : contact téléphonique ou questionnaire en ligne.

Un biais d'abstention a néanmoins persisté, puisqu'un certain nombre de mères ont refusé de participer, que ce soit lors du recrutement ou lors des réponses au questionnaire.

Nous avons réduit le biais de classement en utilisant des mots clés afin de classer les mères et de limiter notre subjectivité pour les questions ouvertes sur les informations retenues.

Il existait également un risque que la prévention soit renforcée en maternité durant la période de recrutement. Nous avons donc fait le choix de ne pas expliciter clairement le sujet du mémoire aux professionnels de santé.

3.3.1.2. Les limites et difficultés de l'étude

Les limites de l'étude reposent majoritairement sur le questionnaire. Bien que pré-testé auprès de 10 mamans et corrigé afin d'en accroître la compréhension, plusieurs questions ont été incomplètement renseignées.

C'est le cas des questions ouvertes sur les informations reçues par les mères (question II-6 à 14). Il fallait, pour chacune des questions, répondre par oui ou par non, et préciser en cas de réponse positive. Un certain nombre de mères ont répondu uniquement « oui », sans préciser. A la question II.7. : « *avez-vous été informée sur le lieu de couchage recommandé* », plusieurs mamans ont répondu « *un lit* » ou « *son lit* », alors que les réponses attendues étaient une pièce de la maison.

Nous avons donc exclu ces réponses inexploitable pour calculer les pourcentages (Cf. *Annexe VI*) et le score d'information (Cf. *Figure 1*), étant donné que nous ne pouvions pas juger si l'information retenue était correcte ou non.

De plus, notre étude, auto-déclarative, a reposé sur la « bonne foi » des participantes, qui, par culpabilité ou peur du jugement, n'ont peut-être pas toujours répondu de façon fidèle à la réalité.

Le questionnaire a permis d'exploiter les informations retenues et les pratiques de couchage maternels habituelles. Il nous a été difficile, du fait de la taille limitée du questionnaire et des objectifs précis, d'explorer des pratiques à risque potentiel présents de manière ponctuelle.

Nous avons rencontré des difficultés dans la recherche de littérature, en effet, peu d'études semblables ont été retrouvées dans les bases de données consultées. Certains auteurs ont étudié les connaissances des mères sur les recommandations ou leurs pratiques, mais aucun n'a exploré les informations retenues depuis le début de la grossesse.

3.3.2. Forces de l'étude

La principale force de l'étude est certainement le taux élevé de réponses au questionnaire. En effet, celui-ci est de 86%, puisque 183 questionnaires ont pu être exploités sur les 213 mamans recrutées en maternité. Cet échantillon représente donc un nombre important permettant de quantifier objectivement les résultats.

Les difficultés évoquées précédemment quant au manque d'études retrouvées nous poussent à définir ce sujet comme novateur. En effet, nous n'avons retrouvé aucun auteur abordant les informations retenues confrontées aux pratiques maternelles. Plusieurs articles évoquent les moyens de prévention, et notamment les moments à privilégier, mais sans s'appuyer sur des résultats d'études scientifiques.

Le fait que l'étude se soit développée à l'intérieur d'un réseau de périnatalité a permis de rencontrer les professionnels des différents établissements. Ces temps d'échanges et de coordinations ont été particulièrement enrichissants et appréciables. Cela a également permis d'avoir une grande diversité de population sur un territoire géographique étendu, puisque le recrutement a concerné un département entier (la Loire) et le nord de l'Ardèche.

Le mode de réponse par téléphone nous a permis d'avoir un contact direct avec les participantes et de s'assurer que tous les items du questionnaire étaient complétés. Les questions ouvertes ont permis aux mamans de s'exprimer, et de réaliser un véritable retour sur leur maternité, en touchant un sujet qui les préoccupe généralement beaucoup au premier mois de leur enfant.

Nous pouvons aussi dire que la taille conséquente du questionnaire permet une exploitation riche des résultats, même si celle-ci est limitée par la taille restreinte et les objectifs du mémoire.

Enfin, nous avons souhaité savoir si l'échantillon de notre étude pouvait être représentatif de la population générale française. Nous avons donc comparé nos données avec celles de l'INSEE et AUDIPOG (44,45). Cette comparaison est disponible en Annexe VII. Notre population d'étude diffère peu de la population générale. La principale différence concerne le niveau socio-économique, avec un plus haut niveau d'étude et d'emploi pour notre échantillon. Le reste des caractéristiques est semblable à la population nationale (*Cf. Annexe VII*).

La répartition de notre population au sein des maternités du réseau ELENA est conforme au nombre de naissances de l'année 2014, excepté pour l'Hôpital Privé de la Loire qui a effectué 14,67% des naissances du réseau en 2014 alors que cet établissement représentait 8% des réponses pour notre étude.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'explorer les informations retenues par les mères concernant les recommandations de couchage. Ces mesures sont primordiales afin de lutter contre la survenue de la mort inattendue du nourrisson. Nous avons pu mettre en évidence que les informations détenues par les mamans étaient très faibles ou même non-conformes aux pratiques recommandées. Cette information était très majoritairement apportée en maternité sous la forme orale, par les professionnels de santé et surtout les sages-femmes.

Pourtant, notre second objectif a montré qu'une bonne information pouvait être déterminante pour les habitudes de couchage, puisqu'un lien significatif était retrouvé pour plusieurs recommandations entre l'information retenue et la pratique correspondante. L'absence de conseils ne prédisposait pas de manière significative les habitudes de couchage.

Enfin, nous avons montré qu'une information multiple, pendant la grossesse, à la maternité puis après le retour à domicile, était à privilégier afin d'en augmenter l'efficacité. En effet, chaque étape du parcours à la parentalité présente des avantages complémentaires.

Ces résultats nous poussent à poursuivre la prévention auprès des familles et à utiliser tous les outils disponibles afin d'accroître l'information et son efficacité. Le taux de mort inattendue du nourrisson devrait être bien plus bas qu'actuellement. Les nombreux obstacles à cette prévention peuvent expliquer ces difficultés. L'essor de la commercialisation des dispositifs de puériculture en est un exemple, puisqu'aucun contrôle n'existe pour supprimer ou au moins avertir les parents de la dangerosité de certains objets en vente libre. Il en est de même pour les images, les vidéos disponibles au grand public. Une veille nationale, surveillant les publications, a d'ailleurs été mise en place par l'ANCRéMIN.

Les professionnels, au cœur de cette prévention, doivent être parfaitement formés et convaincus de leur discours afin d'informer correctement les parents. Et avant tout, les pratiques en maternité devraient être exemplaires, en supprimant tout dangers comme les couvertures ou les peluches encore trop présentes dans les berceaux. Des recommandations françaises officielles permettraient d'avoir un discours uniforme face aux parents.

Cependant, nous pouvons nous demander si certains profils de parents ne seraient pas plus à risque. Il serait alors intéressant d'étudier ces différences pour adapter notre prévention.

Quel discours devons-nous avoir auprès des familles ? Comment sont finalement perçues les informations ? Une étude portant sur l'information réellement apportée par les professionnels mise en relation avec le vécu des parents permettrait d'adapter notre discours à la population, en minimisant l'anxiété et la culpabilité des familles tant redoutées des professionnels, tout en ayant une efficacité optimale sur les pratiques de couchage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles: Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Argumentaire. [en ligne] 2007 fev [consulté le 3-10-2015]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_mort_inattendue_nourrisson.pdf
2. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans : enquête nationale 2007-2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011.
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cépidc: Causes médicales de décès. [consulté le 5-09-2015]. Disponible à partir de URL: <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
4. Levieux K, Patural H, Huchet EB, Harrewijn I, Pidoux O, Kugener B, *et al.* Ouverture en 2015 de l'Observatoire national français sur la Mort inattendue du Nourrisson (OMIN). *Arch Pediatr* 2015 May;22(5, Suppl 1):315.
5. Lær K, Vennemann M, Rothämel T, Klitschar M. Mitochondrial deoxyribonucleic acid may play a role in a subset of sudden infant death syndrome cases. *Acta Paediatr* 2014 Jul 1;103(7):775–9.
6. Galland BC, Elder DE. Sudden unexpected death in infancy: biological mechanisms. *Paediatr Respir Rev* 2014 Dec;15(4):287–92.
7. Millat G, Kugener B, Chevalier P, Chahine M, Huang H, Malicier D, *et al.* Contribution of long-QT syndrome genetic variants in sudden infant death syndrome. *Pediatr Cardiol* 2009 May;30(4):502–9.
8. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009 Aug 20;361(8):795–805.
9. Roussey M, Dagorne M, Defawe G, Hervé T, Balençon M, Venisse A. Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. *Arch Pediatr* 2007 Jun;14(6):627–9.
10. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P, Fleming P, Huber J, *et al.* Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet*. 2004 Jan 17;363(9404):185–91.
11. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2011 Nov 1;128(5):1030–9
12. Ministère de la Santé et des Solidarités. Conseils aux parents. *In: Mon carnet de santé*. 2006. p. 14.

13. Das RR, Sankar MJ, Agarwal R, Paul VK. Is “Bed Sharing” Beneficial and Safe during Infancy? A Systematic Review. *Int J Pediatr* [on line]. 2014 [cited 2015-09-28]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941230/>
14. Task Force on Infant Positioning and SIDS, Kattwinkel J, Brooks JG, Keenan ME, Malloy M. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000 Mar;105(3 Pt 1):650–6.
15. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med* 2013 May;15(3):115–21.
16. Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, van Sleuwen BE, Engelberts AC, L’hoir MP, *et al.* Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr* 2011 Oct;170(10):1281–91.
17. Roussey M, Balençon M, Dagorne M, Defawe G, Hervé T, Venisse A. Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson. *BEH* 2008 Jan 22;(3-4):22–4.
18. Collignon H. Mort subite du nourrisson: comment faire passer les messages de prévention?. *Med Enfance* 2010 Sep;311–3.
19. Naître et Vivre. Journée prévention de la MIN. [consulté le 13-10-2015]. Disponible à partir de URL: <http://naitre-et-vivre.org/journee-prevention-de-la-min/>
20. Haute Autorité de santé. Recommandations Professionnelles: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). [en ligne] 2005 Nov [consulté le 1-11-2015]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
21. Réseau de santé en périnatalité ELENA. Prévention Mort Inattendue du Nourrisson - Couchez TOUJOURS votre bébé sur le dos [vidéo]. [consulté le 18-10-2015]. Disponible à partir de URL: <https://www.youtube.com/watch?v=jbBUQ-uvIRU>
22. Réseau de santé en périnatalité ELENA. Prévention tabagisme pendant la grossesse et après la naissance [vidéo]. [consulté le 18-10-2015]. Disponible à partir de URL: https://www.youtube.com/watch?v=kewBx7_E8ss
23. Lacroix A. Mort Subite du Nourrisson: Etat des lieux sur les pratiques parentales. Mémoire de Diplôme d’Etat de Sage-Femme, Université Joseph Fourier, Grenoble; 2014.
24. Hua Z. Mort subite du nourrisson: Les parents sont-ils bien sensibilisés?. Mémoire de Diplôme d’Etat de Sage-Femme, Ecole de sage-femme, Lyon; 2008.
25. Roth J-C. Conditions de couchage des nourrissons dans la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson au CHU de Poitiers: étude de 2012 comparée à celles de 1999 et 2004. Th D Méd, Poitiers; 2012.

26. Mauchauffe E. La mort inattendue du nourrisson: pour une prévention systématique en suites de couches. Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université Henri Poincaré, Metz; 2012.
27. Vaivre-Douret L, Santos CD, Richard A, Jarjanette V, Paniel BJ, Cabrol D. 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 Pediatr 2000;7(12):1293–9.
28. Collet-Beillon V. Mort inattendue du nourrisson: implication des sages-femmes dans la prévention. Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux, Lyon; 2014.
29. Briand-Huchet E. Les morts inattendues encore évitables par les mesures de prévention. Arch Pediatr. 2011 Mai;18(5, Suppl 1):H180–1.
30. Sancho-Garnier H. Au-delà de l'information, la prévention : Par l'équipe du département de prévention Épidaure. Paris: Springer Science & Business Media; 2007.
31. Hornik R. Colloque scientifique : Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? 9 dec 2011;Palais des congrès Paris.
32. Centre d'analyse stratégique, Oullier O, Sauneron S. Nouvelles approches de la prévention en santé publique: l'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences. Paris: la Documentation française; 2010.
33. Epstein J, Jolly C, Mullan L. A review of images of sleeping infants in UK magazines and on the internet. Community Pract 2011 Sep;84(9):23.
34. Joyner BL, Gill-Bailey C, Moon RY. Infant Sleep Environments Depicted in Magazines Targeted to Women of Childbearing Age. Pediatrics 2009 Sep 1;124(3):e416–22.
35. Briand-Huchet E. Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. Arch Pediatr 2011 Sep;18(9):1028–32.
36. Naître et Vivre. Formation(s) sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson [consulté le 20-02-2016]. Disponible à partir de URL: <http://naître-et-vivre.org/formation-min-2016/>
37. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. La salle d'attente du pédiatre: lieu d'éducation pour la santé? Arch Pediatr 2005 Jan;12(1):10–5.
38. Branger B, Rozé J-C. Comment intégrer la notion de risque dans la relation médecin – patient – parents? Arch Pediatr 2008 Juin;15(5):857–8.
39. David Cameron. Safe sleeping pods in running for national award. [cited 2016-02-20]. Available from: <http://www.usc.edu.au/explore/usc-news-exchange/news-archive/2014/may/safe-sleeping-pods-in-running-for-national-award>

40. Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location – Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2013 Feb;79:84–91.
41. Patural H, Weiss S. Mort inattendue du nourrisson, quoi de neuf en 2015? Cah Puericultrice 2015 Aout;52(289):12–4.
42. Groupe d'Etude en Néonatalogie Languedoc-Roussillon. Comment le coucher ? Prévention de la mort inattendue (subite) du nourrisson [consulté le 15-02-2015]. Disponible à partir de URL: <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/bebe/sommeil-de-bebe/comment-le-coucher/prevention-de-la-mort-subite-du-nourrisson-92.html>
43. Fu LY, Colson ER, Corwin MJ, Moon RY. Infant Sleep Location: Associated Maternal and Infant Characteristics with Sudden Infant Death Syndrome Prevention Recommendations. J Pediatr 2008 Oct;153(4):503–8.
44. INSEE. Thèmes [consulté le 30-01-2015]. Disponible à partir de URL: <http://www.insee.fr/fr/themes/>
45. AUDIPOG. Consultation des tableaux statistiques [consulté le 30-01-2016]. Disponible à partir de URL: <http://www.audipog.net/tablostat.php>
46. Benoit Salanave, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. BEH 2012 Sep 18;(34):383–7.

ANNEXES

Annexe I : Carnet de santé – Conseils aux parents sur le sommeil de leur enfant (p.14)

Annexe II : Exemple d’affiche de prévention réalisée par le réseau ELENA

Annexe III : Exemple de brochure de prévention réalisée par l’ANCRéMIN

Annexe IV : Questionnaire

Annexe V : Lettre d’information et de consentement distribuée aux mamans en maternité

Annexe VI : Tableau des informations sur les recommandations de couchage retenues par les mamans

Annexe VII : Tableau de comparaison entre population d’étude et population générale

ANNEXE I

Carnet de santé – Conseils aux parents sur le sommeil de leur enfant (p.14)



Sommeil

Couchez votre bébé sur le dos, dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « turbulette » ou « gigoteuse » adaptée à sa taille. La température de la chambre doit être à 19°C. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture ou de couette.

Ne le couvrez pas trop.



Couchez votre bébé sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté, seul dans son lit.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux.

Respecter ces conseils permet de réduire au maximum le risque de mort subite du nourrisson.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

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

14

ANNEXE II

Exemple d'affiche de prévention réalisée par le réseau ELENA

Retrouvez « **la minute de prévention du Réseau ELENA** »
sur **You Tube** ou par le flash-code 

Même si tout paraît idéal dans cette chambre



**Couché sur le ventre,
votre bébé court un risque mortel**



Ne faites pas cette erreur !

Couchez **TOUJOURS votre bébé
sur le dos**



Film réalisé par  Avec le soutien de :    

En lien avec le spot vidéo « Prévention Mort Inattendue du Nourrisson - Couchez TOUJOURS votre bébé sur le dos »

ANNEXE III

Exemple de brochure de prévention réalisée par l'ANCRéMIN

PROTÉGEZ-MOI

DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

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

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

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

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

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



PROTÉGEZ MA SANTÉ

EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

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

PROTÉGEZ-MOI DES INFECTIONS

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

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

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

ALLO DOCTEUR



SAMU 15
ou 112 par téléphone portable

PROTÉGEZ-MOI !



Les règles d'or de ma première année















PROTÉGEZ-MOI

TOUT AU LONG DE MA JOURNÉE

NE ME LAISSEZ JAMAIS SEUL

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

L'écoute bébé ne remplace jamais la présence des adultes.

DRING! **ZE SUIS OCCUPÉ, ZE NE RÉPOND PAS.**




PROTÉGEZ-MOI

LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

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

POUR LE TRANSPORT EN VOITURE

Je dois être attaché :

- Soit dans un siège auto adapté à mon âge.
- Soit dans une nacelle.

La coque est un moyen de transport et non un lieu de sommeil (risque de malaise et d'aplatissement de la tête).

www.securite-routiere.gouv.fr

EN ÉCHARPE OU PORTE BÉBÉ

Ma tête, mon nez et ma bouche sont bien dégagés et à l'air libre.

- Je suis en position verticale, la tête soutenue.





PROTÉGEZ MON SOMMEIL

EN PRÉVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

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

- Jamais sur le ventre (risque d'asphyxie), ni sur le côté (risque de basculer sur le ventre), bien à plat dans une turbulette à ma taille et adaptée à la saison.

Si je supporte mal la position sur le dos pour dormir, mes parents doivent en discuter avec mon médecin.

JE DORS DANS MON LIT DE BÉBÉ, RIGIDE À BARREAUX

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

JE DORS SEUL DANS MON LIT

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

L'HIVER, JE DORS DANS UNE PIÈCE ENTRE 18 ET 20° C. QUAND IL FAIT CHAUD, ON ME DÉCOUVRE.

















ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je m'appelle Noémie FARA et je suis étudiante sagefemme. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête auprès des mamans qui ont quitté la maternité depuis environ 1 mois.

Nous vous avons sollicité durant votre séjour à la maternité et vous avez accepté de nous remettre vos coordonnées, c'est pourquoi je m'autorise à vous contacter directement aujourd'hui.

Mon travail porte sur l'information que vous avez pu recevoir concernant le couchage du nouveau-né, et sa mise en pratique. Je quête donc votre avis à travers ce questionnaire d'une dizaine de minutes qui sera anonyme.

En premier lieu je vous demande d'indiquer votre nom, afin que je ne vous sollicite pas plusieurs fois, je le ferai disparaître comme convenu lorsque mon enquête sera terminée.

Je vous remercie grandement de remplir ce questionnaire le plus spontanément possible, sans omettre de questions.

Date du jour de réponse : / 07 / 2015

Nom et prénom :

I. A PROPOS DE CETTE NAISSANCE

1. Dans quel hôpital avez-vous accouché ?
2. Quelle est la date de votre accouchement ? / /
3. Quelle est la date de votre sortie de maternité ? / /
4. Votre enfant est :
 Une fille
 Un garçon
En cas de jumeaux :
 Une fille et un garçon
 Deux filles
 Deux garçons
5. Mode l'alimentation de votre enfant :
 Allaitement artificiel (biberon)
 Allaitement maternel
 Allaitement mixte
6. Votre enfant a-t-il été hospitalisé depuis sa naissance ?
 Oui
 Non

Si oui, pourquoi ?

II. VOS PRATIQUES DE PUERICULTURE A LA MAISON

1. Dans quel lieu dort votre bébé habituellement ? *(une seule réponse)*
 - Sa chambre et son lit
 - Votre chambre et son lit
 - Votre chambre et votre lit
 - Autre :

2. En cas de jumeaux : *(une seule réponse)*
 - Ils dorment ensemble dans le même lit
 - Ils dorment séparément dans 2 lits différents

3. La température de la pièce où dort votre bébé est de : *(une seule réponse)* 16-18 °C
 - 18-20 °C
 - 20-22 °C
 - 22-24 °C
 - Autre :

4. Dans quelle(s) position(s) couchez-vous votre bébé ? *(plusieurs réponses possibles)*
 - Sur le ventre
 - Sur le côté
 - Sur le dos
 - En position proclive (inclinée)

5. Dans quel type de lit votre bébé dort-il ? *(une seule réponse)* Lit rigide à barreaux
 - Lit rigide à barreaux avec tour de lit
 - Couffin ou berceau en tissus
 - Nacelle
 - Lit parapluie
 - Votre lit
 - Autre :

6. Concernant la literie : *(une seule réponse)*
 - Le matelas est ferme et adapté à la taille du lit
 - Le matelas est mou et adapté à la taille du lit
 - Le matelas est ferme et il existe un espace avec le bord du lit
 - Le matelas est mou et il existe un espace avec le bord du lit

7. Votre bébé dort : *(plusieurs réponses possibles)*
 - Avec une couverture
 - Avec un oreiller
 - Dans une gigoteuse/turbulette
 - Avec un cale-bébé
 - Avec un doudou ou des peluches
 - Avec une tétine pour s'endormir

8. Votre bébé dort-il parfois ailleurs que dans un lit ?
- Oui, dans un coussin d'allaitement
 - Oui, dans vos bras lorsque vous vous reposez
 - Oui, sur le canapé
 - Oui, dans un transat ou siège-auto
 - Oui, sans une écharpe de portage ou porte-bébé
 - Non, jamais
 - Autre :
9. Fumez-vous ? *(une seule réponse)*
- Oui, à l'extérieur du logement
 - Oui, dans le logement sauf la pièce où dort votre bébé
 - Oui, dans toutes les pièces
 - Non
10. Votre conjoint fume-il ? *(une seule réponse)*
- Oui, à l'extérieur du logement
 - Oui, dans le logement sauf la pièce où dort votre bébé
 - Oui, dans toutes les pièces
 - Non
 - Je suis maman célibataire

II. L'INFORMATION SUR LES PRATIQUES RECOMMANDEES

1. Avez-vous reçu des informations sur le couchage recommandé de votre enfant ?
- Oui
 - Non

Si réponse Non, veuillez passer directement à la question 7

2. A quel(s) moment(s) avez-vous reçu ces informations ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Lors de l'achat de matériels de puériculture en magasin
 - Lors de recherches personnelles d'informations (internet, discussion avec l'entourage...)
 - Lors d'une visite de la protection maternelle et infantile (PMI) avant la naissance
 - Pendant les consultations de grossesse
 - En cours de préparation à la naissance et la parentalité
 - En entretiens prénataux précoces
 - Pendant le séjour à la maternité
 - Lors d'une consultation ou d'une visite de la protection maternelle et infantile (PMI) après la naissance
 - Lors d'une visite d'une sage-femme dans le cadre d'un retour précoce à domicile (PRADO)
 - Lors d'une consultation chez un pédiatre ou un médecin généraliste après la naissance
 - A l'hôpital en cas d'hospitalisation de votre enfant depuis la naissance
 - Autre :

3. Par qui avez-vous reçu ces informations ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Des professionnels de santé
 - Votre entourage (famille, amis)
 - Par l'intermédiaire des médias (magazines, internet, télévision...)
 - Des commerçants de magasins de puériculture
 - Autre :
4. Si vous avez coché *des professionnels de santé*, de qui s'agissait-il ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Pédiatre
 - Gynécologue-obstétricien
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Auxiliaire de puériculture
 - Infirmière
 - Autre :
5. Sous quelle forme avez-vous reçue ces informations ?
- Information orale
 - Document type brochure
 - Support médiatique type vidéo – diaporama
 - Lecture du carnet de santé de votre enfant
 - Autre :
6. Avez-vous été informée sur la position de couchage recommandée ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez quelle position.
7. Avez-vous été informée sur le lieu de couchage recommandé ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez quelle pièce.
8. Avez-vous été informée sur la température de la pièce recommandée ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez quelle température.
9. Avez-vous été informée sur le type de lit recommandé ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez quel type de lit (berceau, lit à barreaux, votre lit...).
10. Avez-vous été informée sur la literie recommandée ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez laquelle (type de matelas, matériel de sécurité).
11. Avez-vous été informée sur la façon recommandée de couvrir votre bébé ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez laquelle.
12. Avez-vous été informée sur les objets à risque dans le lit ?
Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez lesquels.

13. Avez-vous été informée sur les consignes concernant le tabagisme ?

Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez lesquelles.

14. Avez-vous été informée sur les consignes concernant le portage en écharpe ?

Répondez par "OUI" ou "NON". Si OUI, précisez lesquelles.

15. Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations provenant des professionnels de santé ?

Oui

Non

Si oui, dans quel(s) cadre(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- En consultation de grossesse
- En cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- En entretiens prénataux
- A la maternité
- Après le retour à la maison en consultation
- Après le retour à la maison par des visites à domicile

16. A quel(s) moment(s) pensez-vous qu'il est préférable d'informer les parents ?

(Plusieurs réponses possibles)

- En consultation de grossesse
- En cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- En entretiens prénataux
- A la maternité
- En consultation après la naissance
- A la maison après la naissance

Pour quelle(s) raison(s) ?

17. Avez-vous des suggestions pour améliorer l'information et sa mise en pratique ?

III. DERNIERES QUESTIONS

1. Quel âge avez-vous ? ans

2. Combien d'enfant(s) avez-vous en tout ?

3. Quelle est votre situation familiale ?

En couple

Célibataire

Divorcée ou séparée

Veuve

4. Quelle est votre profession ?

5. A quel niveau avez-vous arrêté vos études ? (citez le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu) :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (fin école primaire)
- Brevet des collèges
- CAP, BEP
- Baccalauréat
- Baccalauréat + 2 ans
- Supérieur au Baccalauréat + 2 ans

Je vous remercie grandement pour votre temps et votre participation.

Afin que vous puissiez adapter vos pratiques aux recommandations, je vous conseille de lire la **page 14 du carnet de santé de votre enfant**, et également de découvrir cette **brochure** présentant les mesures de prévention à cette adresse web : <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/elena/public/nouveauNe/PreventionMIN.pdf>

Si vous préférez les **vidéos**, voici celle réalisée par le réseau ELENA : **Prévention Mort Inattendue du Nourrisson - Couchez TOUJOURS votre bébé sur le dos** à l'adresse :

<https://www.youtube.com/watch?v=jbBUQ-uvIRU>

Je vous souhaite une bonne continuation et plein de bonheur avec votre famille.

ANNEXE V

Lettre d'information et de consentement distribuée aux mères en maternité

MEMOIRE ETUDIANTE SAGE-FEMME LETTRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Madame,

Je m'appelle Noémie FARA, je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'université de Lyon. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire concernant les messages de prévention de puériculture que vous avez reçus depuis le début de votre grossesse, et leurs mises en pratique.

Pour cela, **je souhaiterais vous contacter par mail ou par téléphone**, selon votre choix, **d'ici 1 mois**, afin de répondre à **un questionnaire simple d'une dizaine de minutes** ; l'anonymat et la confidentialité seront respectés.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de bien vouloir me communiquer vos coordonnées :

- Nom :
- Prénom :
- Date de votre accouchement :
- Numéro de téléphone fixe :
- Numéro de téléphone portable :
- Adresse postale :

- Mail :
- Vous préférez être contactée :
 - Par mail
 - Par téléphone

Je vous remercie par avance de votre aide dans notre volonté d'améliorer la santé et le bien-être des enfants et de leurs parents. Je vous souhaite une bonne fin de séjour et un bon retour à la maison.

Votre participation est volontaire et non rémunérée. Votre nom n'apparaîtra dans aucun rapport ni publication. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale d'Informatique et des Libertés (n°1856918).

Vous bénéficiez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de retrait des données vous concernant, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique et aux Libertés, modifiée par la loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Vous pouvez exercer ce droit sans avoir à vous justifier et obtenir plus d'informations en me contactant (Mme FARA Noémie, noemie.fara@etu.univ-lyon1.fr).

Date et signature

ANNEXE VI

Tableau des informations sur les recommandations de couchage retenues par les mamans

(n=183)

Variables	Effectifs n (%)	Variables	Effectifs n (%)
Position de couchage	144 (79)	Literie	46 (25)
Sur le dos	122 (75)	Matelas ferme	29 (17)
Sur le côté	3 (2)	Matelas de taille adaptée	11 (6)
Sur le ventre	2 (1)	Matelas plutôt mou	1 (0,5)
En position proclive	2 (1)	Matelas aux normes	1 (0,5)
A plat	3 (2)	Matelas orthopédique	1 (0,5)
<i>Précisions manquantes</i>	20*	Matelas neuf	2 (1)
Lieu de couchage	60 (33)	<i>Précisions manquantes</i>	10*
Chambre parentale	8 (5)	Mode de couverture	112 (61)
Chambre d'enfant distincte	19 (11)	Gigoteuse	80 (49)
Une chambre	5 (3)	Ne pas trop couvrir	5 (3)
Son lit	16 (9,5)	Une couche de plus que nous	4 (2,5)
Un lit	3 (2)	Gigoteuse et couverture	1 (0,5)
Endroit frais	1 (0,5)	Ne pas couvrir	1 (0,5)
<i>Précisions manquantes</i>	14*	<i>Précisions manquantes</i>	21*
Température de la pièce	119 (65)	Objets à risque	122 (67)
≤ 17°C	4 (2,5)	Tour de lit	46 (28)
18-20°C	86 (52)	Doudou et peluches	70 (43)
19-21°C	6 (4)	Couvertures et draps	65 (40)
Aérer la pièce	2 (1)	Oreillers et coussins	27 (17)
Frais	1 (0,5)	Jouets	4 (2,5)
Ni trop chaud ni trop froid	1 (0,5)	Rien dans le lit	12 (7)
<i>Précisions manquantes</i>	19*	Cordon tétine	1 (0,5)
Type de lit	49 (27)	Nid d'ange	1 (0,5)
Lit à barreaux	24 (14)	Cale bébé	1 (0,5)
Berceau	3 (2)	Rien vers sa tête	1 (0,5)
Nacelle	3 (2)	<i>Précisions manquantes</i>	21*
Berceau ou lit à barreaux	3 (2)	Consignes sur le tabagisme	86 (47)
Nacelle pendant 1 mois puis lit à barreaux	1 (0,5)	Pas dans la même pièce que bébé	14 (9)
<i>Précisions manquantes</i>	15*	A l'extérieur	15 (10)
		Se laver les mains après consommation	4 (3)
		Pas à côté du bébé	26 (18)
		Tabagisme passif de l'enfant	3 (2)
		<i>Précisions manquantes</i>	39*

* *Précisions manquantes* : effectifs soustraits aux pourcentages précédents

ANNEXE VII

Tableau de comparaison entre la population de notre étude (n=183) et la population générale française

Caractéristiques	Notre étude	Population générale	Sources
Age moyen des mères	30 ans	30,4 ans	INSEE 2015 (44)
Parité moyenne	1,85	1,99	INSEE 2013
Situation familiale des mères	99,5% en couple	93,85% en couple	AUDIPOG 2011 (45)
Activité professionnelle	87% en activité	67,8% en activité	INSEE 2014
Catégories socio-professionnelles	-Cadre et professions intellectuelles supérieures : 21% -Professions intermédiaires : 27% -Employé : 29% -Artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 6% -Ouvriers : 4%	-Cadre et professions intellectuelles supérieures : 14,2% -Professions intermédiaires : 27,2% -Employé : 45,2% -Artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 3,8% -Ouvriers : 8,2%	INSEE 2014 : <i>Femmes en couple avec des enfants</i>
Niveau d'étude	-Supérieur au Bac +2 : 35% -Bac + 2 : 21% -Bac : 17% -CAP, BEP : 25% -Brevet des collèges : 0,5% -Inférieur au brevet : 1,5%	-Supérieur au Bac +2 : 14,9% -Bac + 2 : 12,6% -Bac : 19,8% -CAP, BEP : 18,5% -Brevet des collèges : 4,3% -Inférieur au brevet : 9,5%	INSEE 2014 : <i>Femmes entre 20 et 49 ans</i>
Nouveau-nés	Sexe féminin : 52% Sexe masculin : 48% Jumeaux : 2%	Sexe féminin : 48,8% Sexe masculin : 51,1% Jumeaux : 1,74%	INSEE 2014
Durée moyenne de séjour en maternité	3,8 jours	4,2 jours (2011)	INSEE 2011
Mode d'allaitement	Maternel : 37% Artificiel : 49% Mixte : 14%	Maternel : 35% Artificiel : 46% Mixte : 19%	Salavane (2012) <i>Etude EPIFANE</i> (46)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ; AUDIPOG : Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie

Auteur : Noémie FARA	Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Lyon 2016
Titre : Prévention de la mort inattendue du nourrisson : entre information et pratiques Enquête chez les mamans du réseau de périnatalité Loire-Nord Ardèche	
Résumé	
<p><u>Objectif</u> : Notre objectif principal était de décrire l'information retenue par les mères ayant accouché entre le 1^{er} et le 21 juin 2015 dans le réseau ELENA, concernant les recommandations de couchage du nourrisson, un mois après leur accouchement. Nos objectifs secondaires étaient d'étudier l'association entre les informations retenues et leur mise en pratique et de définir le moment le plus opportun pour effectuer cette prévention.</p> <p><u>Matériel et méthode</u> : Nous avons mené une étude descriptive transversale multicentrique dans les sept hôpitaux du réseau ELENA. Les mamans volontaires ont été recrutées en maternité par les équipes soignantes. Un mois après, elles ont répondu à un questionnaire soit par téléphone soit par mail.</p> <p><u>Résultats</u> : 183 mères ont participé à l'étude. Le taux d'information adéquate retenue était faible pour chaque recommandation, et celle-ci était apportée majoritairement par des professionnels de santé (91%), à la maternité (78%) et sous forme orale (90%). Les informations retenues étaient significativement déterminantes sur les pratiques pour le couchage dorsal ($p=0,0002$), la chambre parentale ($p=0,01$) et l'absence d'objets à risque ($p=0,04$). Enfin, les informations adéquates étaient mieux retenues si elles étaient apportées à plusieurs reprises depuis le début de la grossesse.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les informations que retiennent les mères sont donc incomplètes voire inadaptées, et leurs pratiques en sont le reflet. Les moments propices à une bonne information doivent être multipliés pour augmenter l'efficacité de la prévention.</p>	
Mots clés : Mort inattendue du nourrisson, information, prévention, pratiques de couchage	

Title: Sudden Infant Death Syndrome prevention: between information and practices A survey among Loire-Nord Ardèche prenatal network mothers
Abstract
<p><u>Objective</u>: Our main objective was to gather information on what was remembered by mothers who gave birth between June 1 and June 21 2015 in ELENA network about recommendations concerning sleep practices, one month after delivery. Our next goals were to study the adequacy between remembered information and its application, and to specify the most appropriate time for taking such a preventive action.</p> <p><u>Methodology</u>: We conducted a descriptive, transversal and multicentric study in ELENA network's seven hospitals. Voluntary mothers were chosen in maternity hospital. One month later, they answered a questionnaire either by phone or by mail.</p> <p><u>Results</u>: 183 mothers took part in the study. The rate of appropriate remembered information was low for each recommendation and given by people working in health services (91%), at the maternity hospital (78%) and orally given (90%). Remembered information had a significant impact on several sleep practices. Eventually, appropriate information was best remembered when given several times since pregnancy.</p> <p><u>Conclusion</u>: Information remembered by mothers is therefore incomplete, even unsuitable, and their practices reflect that. Appropriate times for good information must be repeated in order to increase efficiency in prevention.</p>
Key-words : Sudden Infant Death Syndrome, information, prevention, sleep practices