

École de Sages-Femmes Saint Antoine
Santé - Sorbonne Université
Campus Picpus

**TITRE : Leviers et freins de la Mort Inattendue du
Nourrisson**

Travail en Santé Public présenté par

MUSSARD Cléa

TRAN THUAN Mélodie

Année Universitaire 2023-2024

École de Sages-Femmes Saint Antoine
Santé - Sorbonne Université

**TITRE : Leviers et freins de la Mort Inattendue du
Nourrisson**

Travail en Santé Public présenté par

MUSSARD Cléa

TRAN THUAN Mélodie

Année Universitaire 2023-2024

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
I. Leviers de la prévention des MIN	6
1. Acteurs	6
2. Supports	7
3. Recommandations	9
A. Couchage	9
B. Substances.....	10
C. Infections	10
D. Facteurs de protection.....	10
II. Freins de la prévention des MIN.....	11
1. Facteurs de risque	11
A. Environnement du nouveau-né.....	11
B. Facteurs biologiques	12
2. Obstacles.....	13
A. Commerce et publicité à l'encontre des recommandations :	13
B. Informations des professionnels de santé	13
C. Normes sociales et culture	14
CONCLUSION.....	16
BIBLIOGRAPHIE	17
ANNEXES	19
ANNEXE I : centre de référence MIN, source ANCRéMIN	19
ANNEXE II : carnet de santé actualisé depuis 2018	19
ANNEXE III : affiches de prévention réalisées par Naître et Vivre	19
ANNEXE IV : publicité enfant dormant sur le ventre de 1991	20
ANNEXE V : exemple d'objets vendus en commerce	20
GLOSSAIRE.....	21

INTRODUCTION

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est la principale (1) cause de mortalité des enfants de moins d'un an en France. Chaque année, entre 250 et 450 nourrissons sont touchés, ce qui représente un réel problème de santé publique.

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans son argumentaire (2) de 2007, vient définitivement définir la MIN comme « une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir » et fixe une nouvelle limite d'âge, celle de deux ans. Cette définition marque donc le début des recherches basées sur l'épidémiologie et de la prévention. Cependant, il est estimé qu'encore un tiers des MIN pourrait être évité par simple respect des messages de prévention.

C'est cette réticence face aux recommandations qui nous a intriguée et qui nous a poussé à travailler sur ce sujet. Pourquoi ne pas respecter les conseils ? Sont-ils trop compliqués ou alors peu diffusés ? Ne sont-ils pas compris ? Ces conseils sont-ils acceptables ? Existe-t-il une part d'influence de l'environnement ? De plus, ce sont les témoignages touchants qui nous ont poussé à travailler sur les MIN. Ce sont notamment une vidéo de la maison des maternelles (3) et des livres comme *Mon étoile Léo, survivre à la mort subite du nourrisson* (4) qui nous ont inspirés. Le caractère incompréhensible et soudain revenant énormément dans ces récits, nous nous sommes rendu compte de l'importance du phénomène et avons eu envie de l'étudier.

L'objectif est de déterminer les principaux obstacles qui entravent la prévention performante de la MIN. Ainsi, nous nous sommes demandé quels sont les leviers et les freins de la prévention.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux leviers de la prévention et notamment aux supports utilisés par les différents acteurs pour diffuser les recommandations. Dans un second temps, nous nous concentrons sur les freins de la prévention, essentiellement sur les facteurs de risques et les obstacles de cette dernière.

I. Leviers de la prévention des MIN

1. Acteurs

Les pédiatres, les sages-femmes, les médecins généralistes, les infirmiers, les auxiliaires de puériculture et les assistantes maternelles représentent le premier maillon de la chaîne de prévention. Chacun de ces corps de métiers va pouvoir conseiller et orienter les couples. Cependant, les sages-femmes jouent un rôle essentiel et prédominant puisqu'elles vont pouvoir expliquer les recommandations scientifiques des MIN plusieurs fois. En effet, cela pourra être réalisé lors de consultation de suivi de la grossesse, lors des préparations à la parentalité, en suite de couches, mais surtout lors des visites à domicile où elles ont un accès direct à l'environnement du nouveau-né.

Concrètement, en stage, nous avons pu observer leurs actions. La plus importante était bien évidemment le discours : prendre le temps de parler, d'expliquer les bons gestes et de s'assurer de la bonne compréhension de ces derniers. La sage-femme pouvait demander à sa patiente de reformuler ou encore lui demander ce qu'elle retenait sur le coucher du bébé.

En suite de couches, les sages-femmes traquaient aussi les mauvaises habitudes pour qu'elles ne commencent pas à s'installer : retirer les peluches, les couvertures. Lorsque ces situations arrivaient, l'important était de poser des mots et d'expliquer pour que la nouvelle maman ne refasse pas les mêmes erreurs. Par exemple, proposer la turbulette et expliquer que ce linge est une couverture pour le bébé mais beaucoup plus sécuritaire car elle ne se retrouvera jamais sur son nez et sa bouche.

La sage-femme s'adaptait aussi à sa patiente dans son discours. Dans les situations de précarité où la patiente n'avait pas d'autres choix que de partager son lit avec le bébé d'autres conseils étaient formulés. La sage-femme pouvait expliquer qu'il faudrait éviter les oreillers, qu'il faudrait éviter la couette ou du moins ne pas la monter plus haut que les genoux et toujours dormir sur une surface plate et ferme. En plus d'expliquer par les mots et les gestes, en fin de séjour, les nouvelles mamans se voyaient acquérir des feuilles contenant des conseils pour leur retour à domicile avec bébé qui contenaient des rappels sur le couchage.

Par ailleurs, en dehors de l'hôpital, les sages-femmes réalisent d'autres actions. Elles peuvent se former à la MIN. Ce sont notamment Naître et Vivre (5) qui propose ces temps d'apprentissage. Ces moments leur permettent d'acquérir ou de renforcer leurs connaissances autour de la prévention, la communication avec les personnes concernées, accompagner les personnes endeuillées, la physiologie du sommeil... De plus, les sages-femmes luttent contre les messages contradictoires

véhiculés dans les publicités et elles participent aux connaissances concernant la MIN. En effet, elles peuvent prendre part aux recherches ou écrire des mémoires sur le thème.

Le deuxième maillon de la prévention que l'on peut citer sont les centres de référence MIN (6). Ils ont été créés en 1987. Ils ont pour mission de conduire les recherches sur la MIN, diffuser des informations pour le grand public, mais aussi pour les professionnels de santé, d'accompagner les parents ayant subi un deuil, de réaliser les examens notamment l'autopsie à la suite d'une MIN, et de former les professionnels. Il en existe actuellement 37 en France.

Enfin, il reste les associations qui ont une part très importante dans la prévention. En France, ce sont elles qui vont diffuser les recommandations puisque ni la HAS ni le ministère de la santé n'ont proposé de document sur ce sujet. L'une des plus connues serait Naître et Vivre, créée en 1979, elle participe aux campagnes de prévention, propose des formations et soutient la recherche. Il y a aussi ANCRéMIN qui est l'association nationale des centres de référence de la mort inattendue du nourrisson. On retrouve notamment sur leur site des données épidémiologiques, les recommandations, les facteurs de risques, mais aussi des conseils au niveau du matériel de puériculture. D'autres associations vont aussi participer à la prévention des MIN. On peut donc citer l'association SA VIE qui a pour but la récolte de fonds pour financer les recherches sur la MIN.

Ainsi, la MIN étant une notion complexe, il existe autant d'acteurs de prévention que de supports comme nous allons le voir dans la partie suivante.

2. Supports

La diversité des supports est un point essentiel pour la prévention. Ils se doivent d'être nombreux car exposer les parents aux mêmes informations permet de leur faire comprendre l'importance des recommandations. De plus, ils se doivent d'être attractifs. Par exemple, un long paragraphe peut être d'une part, ennuyant et d'autre part incompréhensible pour les personnes ne sachant pas lire.

Ainsi, le premier support reste le discours des professionnels de santé. Le discours se doit d'être clair et le professionnel doit s'assurer qu'il a été bien compris. Ils peuvent aussi utiliser des images pour illustrer leurs propos. Des images qui restent à porter des parents puisque les recommandations sont maintenant inscrites dans les carnets de santé. Ce dernier a été mis à jour pour la dernière fois en 2018. Cette réactualisation a permis d'y inscrire les nouvelles recommandations

de vaccination, de simplifier la présentation des données médicales et d'inclure plus d'informations sur la prévention et notamment celle de la MIN. A cela s'ajoutent tous types de flyers, brochures, dépliants et affiches. Ces derniers peuvent être réalisés par des associations, c'est le cas de Naître et Vivre.

En plus des informations données individuellement aux parents, il existe des semaines nationales de prévention. La dernière en date s'est tenue du 18 au 23 septembre 2023. Ce fut donc l'occasion de mettre en avant les recommandations pour la population entière qu'il soit parent ou non mais aussi de promouvoir la formation des professionnels de santé. L'association Naître et Vivre a pour l'occasion publié un jeu « le lit des sept erreurs ».

En outre, des congrès peuvent aussi être organisés, ce fut le cas à Montpellier qui s'est déroulé du 29 au 31 mai 2022. Le but étant d'amorcer un travail au niveau européen selon quatre axes : la faisabilité de registres européens, l'harmonisation de la classification de ces décès, la prévention et la recherche.

Par ailleurs, la mise en place de campagne de prévention est un support qui fonctionne fortement. En effet, la dernière date de 1998 et a permis de diminuer la mortalité infantile de 75 %. Dans les années 1990, il y avait encore 1500 décès contre environ 400 décès de nos jours par an, en France (7).

Cependant, le nombre de MIN restant constant depuis quelques années, de nouveaux supports ont pu voir le jour, grâce au développement de la technologie. C'est notamment le cas des vidéos explicatives notamment la web-série Tamalòu (8). Sous forme de petits formats, les recommandations concernant la MIN sont présentées de manière ludique. Tamalòu étant une mini-série sur le quotidien et la santé des enfants, elle propose plusieurs thèmes en plus de la MIN comme la bronchiolite, la plagiocéphalie ou encore sur la prévention des risques d'accidents domestiques.

De plus, il existe des forums de questions-réponses. Les parents posent leurs questions ou exposent leurs doutes. Ils reçoivent donc des réponses écrites soit par des professionnels de santé soit par des chats virtuels. Nous pouvons aussi retrouver des podcasts sur la MIN. Cependant, de nos jours, c'est surtout sur les réseaux sociaux que se sont développées les recommandations. Elles sont devenues accessibles en un seul clic grâce à des influenceurs qui sont pédiatres comme ped.urg, ou sages-femmes comme la.sage.femme mais aussi des chirurgiens viscéraux comme the_french_chirugien.

Le nombre important de supports permet de toucher le plus de parents pour les sensibiliser un maximum aux recommandations des professionnels de santé qui seront exposées dans la partie suivante.

3. Recommandations

Pour obtenir des recommandations basées sur des données épidémiologiques, il faut se tourner vers l'*American Academy of Pediatrics* (9). Ainsi, les préconisations sont les suivantes :

A. Couchage

Position : le décubitus dorsal (sur le dos) est à privilégier dès la naissance que le nouveau-né régurgite ou non. En ce qui concerne la position latérale, elle est considérée comme moins stable et surtout dangereuse car dans 61% des cas, les enfants changent de position et peuvent donc atterrir sur le ventre. Les changements de position des enfants se trouvant sur le dos ne s'élèvent qu'à 12%, c'est aussi pour cela que la position dorsale est donc privilégiée. Cependant, pour éviter la plagiocéphalie (10), il est important de stimuler l'enfant et le mettre sur le ventre pendant de courtes durée à l'éveil et sous la surveillance d'un adulte. Cette position étant bénéfique lorsqu'on la tient 20 à 30 minutes par jour à la septième semaine de vie.

Lit : il doit être sécurisé et à barreaux avec un matelas ferme et de taille adapté pour qu'il n'y ait pas d'espace entre le lit et le matelas. Il ne doit pas y avoir de tour de lit, de couette, et d'oreiller. Cependant, un drap-housse bien fixé peut être utilisé. Dans tous les cas, le lit doit être vide, sans objet mou, pour ne pas obstruer le nez et la bouche du bébé. Cela est vrai pour tous les autres moments : que ce soit dans une poussette, un cosy, une balançoire, une écharpe de portage, ou encore un siège-auto, il faut toujours s'assurer que les voies aériennes soient libres.

Tenue : l'enfant n'a pas besoin d'une couche de vêtement de plus, cela pourrait provoquer de l'hyperthermie et les signes de chaleurs ou de transpiration sont alors à surveiller. Un pyjama adapté à la température et une gigoteuse ou turbulette suffisent à bébé pour qu'il passe une bonne nuit.

Chambre : le mieux serait de partager la chambre parentale avec le bébé jusqu'à ses 6 mois avec une température comprise entre 18 et 20 degrés.

B. Substances

Le tabac est à proscrire pendant la grossesse mais aussi après l'accouchement. Plus la femme enceinte réduit son nombre de cigarettes plus le risque de MIN diminue. Il faut aussi porter son attention à ne pas faire de son bébé un fumeur passif, cela se transmet aussi par les vêtements, il est suggéré d'attendre au moins trente minutes après avoir fumé avant de reprendre son bébé dans les bras.

L'alcool est aussi à proscrire pendant la grossesse et pendant l'allaitement puisque cette substance passe dans le placenta et le lait maternel ce qui va ralentir le développement de l'enfant et le rendre plus sujet à des MIN.

Les drogues sont à proscrire et certains médicaments aussi, si ces derniers affectent la vigilance ou la qualité du sommeil, il faut avoir une autre personne pour s'occuper de l'enfant et surtout ne pas dormir avec lui. Par ailleurs, il est aussi déconseillé de s'endormir avec son bébé dans les bras.

C. Infections

Les infections sont une cause de MIN, il est donc important de les éviter au maximum en respectant des gestes d'hygiène. Se laver les mains avant de s'occuper de son bébé, ne pas l'emmener dans des endroits très fréquentés comme les magasins ou les transports en communs ou encore ne pas faire venir de personne malade à ses côtés.

De plus, il est important de réaliser les visites de soins prénataux et le suivi médical après l'accouchement où les vaccinations (11) vont pouvoir être réalisées. Il existe depuis 2018, onze vaccins obligatoires et d'autres sont recommandés en fonction de la zone géographique et des habitudes de voyages.

D. Facteurs de protection

Quelques facteurs de protection (12) ont été identifiés. Sans vraiment connaître le mécanisme, les études ont montré que donner une tétine pour l'endormissement (qu'il ne faut pas accrocher sur les vêtements de l'enfant ou autour de son cou) réduisait le risque de MIN. L'allaitement maternel et la vaccination ont aussi fait leur preuve dans les études puisque ces deux

éléments permettent l'apport d'anticorps. Enfin, le cododo, le fait de partager la chambre et non le lit des parents permettrait de réduire le risque de MIN. Par ailleurs, tous les moniteurs d'apnée ou cardiorespiratoire bien qu'onéreux n'ont pas fait leur preuve quant à la réduction des MIN.

Ainsi, nous avons vu que les recommandations sont fondées sur des preuves scientifiques et solides comme les données épidémiologiques. Pour pouvoir les diffuser, les acteurs du milieu médical cherchent à faire évoluer et diversifier les supports pour atteindre les parents et leur faire adopter les comportements préventifs.

Malgré cela, des obstacles et facteurs de risque persistent comme nous le verrons dans la seconde partie de cet écrit.

II. Freins de la prévention des MIN

1. Facteurs de risque

A. Environnement du nouveau-né

L'environnement de sommeil pour un nourrisson constitue un élément crucial dans la prévention de la MIN. Plusieurs facteurs de risque sont associés à cette pratique, notamment la présence d'objets mous susceptibles de couvrir la tête ou le visage du bébé. Oreillers, cocons, réducteurs de lit, couettes et autres éléments sont autant de dangers potentiels. Des lieux de sommeil inappropriés, tels que les lits d'adultes, les fauteuils, et les canapés, sont également déconseillés même pour une courte sieste (13).

À côté du lieu de sommeil, des études indiquent que la position de sommeil peut influencer le risque de MIN chez les nourrissons. Il est impératif d'informer les parents sur les positions de sommeil sûres pour réduire les risques associés (14). Des campagnes de sensibilisation axées sur les positions de sommeil recommandées peuvent contribuer à changer les comportements. Par ailleurs, il convient de souligner l'importance de ne pas laisser un enfant dormir là où il s'est endormi, notamment en évitant de le laisser dans un siège auto ou une poussette, car cela peut entraîner une position assise prolongée.

Ensuite, la literie, si elle est inappropriée, représente un autre facteur de risque significatif. Les matelas mous ou à mémoire de forme, associés à la présence d'objets tels que les tours de lit, les couvertures et les oreillers, créent un environnement de sommeil potentiellement dangereux pour les nourrissons. Il est impératif de promouvoir des recommandations strictes pour une literie sûre, mettant l'accent sur des matelas fermes et la suppression d'objets non-essentiels dans le berceau. De ce fait, les lits parapluie ne doivent être utilisés que de manière ponctuelle, sans ajout d'un surmatelas, au risque d'étouffer le nourrisson qui peut avoir son visage soit enfoui, soit contre le surmatelas, soit contre le matelas au fond du lit parapluie (15).

La température dans la chambre peut être un facteur de risque dans la MIN. Le maintien d'une température appropriée dans la chambre du bébé est important pour plusieurs raisons. Des températures excessivement élevées dans la chambre peuvent entraîner une hyperthermie du bébé. Les nourrissons ont du mal à réguler leur température corporelle, et une surchauffe peut perturber ce processus, les exposant à un risque accru. À l'inverse, des températures trop basses peuvent entraîner une hypothermie chez le nourrisson. Un bébé qui a trop froid pourrait avoir des difficultés à maintenir une température corporelle normale, ce qui peut également augmenter le risque de MIN. La température ambiante peut interagir avec d'autres facteurs de risque, tels que le choix de la literie et de la tenue de nuit. Par exemple, une chambre trop chaude associée à une literie inappropriée peut augmenter le risque de surchauffe. Il est donc généralement recommandé de maintenir une température ambiante confortable et stable de 18 à 20°C dans la chambre (16).

En outre, le cododo, ou le fait de partager le lit avec le nourrisson, présente également des risques. Des situations telles que l'étouffement par la couette, l'écrasement par les parents, ou la chute du lit peuvent potentiellement mettre en danger le nourrisson (17). Il est essentiel de sensibiliser les parents aux dangers du cododo et de promouvoir des alternatives sûres, comme le berceau attaché au lit des parents.

Les bébés ne doivent pas dormir avec des accessoires tels qu'un bavoir ou un collier. Ces objets présentent des risques d'étouffement ou d'enchevêtrement. Cela concerne aussi le biberon : si un bébé s'endort avec un biberon dans la bouche, il peut accidentellement inhaler du lait dans ses voies respiratoires, augmentant le risque d'étouffement.

B. Facteurs biologiques

Les facteurs biologiques jouent un rôle crucial dans la survenue de la mort inattendue du nourrisson. Parmi eux, la prématurité et un faible poids à la naissance sont des éléments de risque bien documentés. Les nourrissons nés prématurément ou avec un poids insuffisant (< 2500 g) peuvent présenter des déficiences au niveau de leur système respiratoire et de leur capacité à réguler leur température corporelle, augmentant ainsi leur vulnérabilité aux événements soudains et inattendus. Des recherches indiquent également que ce phénomène touche davantage les garçons, bien que les raisons exactes de cette disparité demeurent encore inconnues (18).

Même si nous connaissons et tendons à diminuer les facteurs de risque par la prévention, des obstacles d'ordre gouvernemental et social viennent freiner cette dernière.

2. Obstacles

La prévention de la MIN est confrontée à plusieurs obstacles qui entravent l'adhésion des parents aux pratiques sûres.

A. Commerce et publicité à l'encontre des recommandations :

Ainsi, malgré les recommandations claires contre l'utilisation d'objets mous dans le berceau, la vente de tels produits persiste. Des coussins, tours de lit et autres accessoires sont souvent commercialisés pour le confort des nourrissons, mais ils peuvent augmenter le risque de MIN. Les publicités ont leur part de responsabilité puisqu'elles mettent en avant des produits de literie ou des images non-conformes aux recommandations de sécurité qui peuvent alors influencer les choix des parents (19). Les fabricants et les vendeurs doivent être sensibilisés aux dangers associés à ces articles, et des réglementations plus strictes doivent être mises en place pour restreindre leur disponibilité sur le marché.

B. Informations des professionnels de santé

Le manque d'informations des professionnels de santé constitue un obstacle significatif à l'adhésion des parents aux pratiques sûres de prévention de la MIN. Dans de nombreux cas, les professionnels de santé peuvent ne pas être suffisamment formés ou informés sur les recommandations actuelles en matière de sommeil sûr pour les nourrissons, y compris les directives pour réduire le risque de MIN. En conséquence, ils peuvent ne pas être en mesure de fournir des conseils précis et actualisés aux parents, ce qui peut entraîner une confusion ou un manque de confiance dans les recommandations de prévention.

Néanmoins, en 2018, dans le cadre d'un mémoire, une étude multicentrique, concernant des établissements publics et privés et regroupant les trois niveaux de maternité de la Somme, dévoilait un constat rassurant quant à la conformité des connaissances des sages-femmes hospitalières avec les recommandations des organismes spécialisés. En d'autres termes, la majorité des sages-femmes interrogées avaient des connaissances conformes aux recommandations concernant les facteurs de risque de la MIN (20).

C. Normes sociales et culture

Ensuite, les pressions sociales et les commentaires de l'entourage peuvent constituer des obstacles significatifs. Par exemple, des amis peuvent partager des histoires personnelles ou des conseils non fondés, tels que « mon bébé ne dormait jamais bien sur le dos, alors je l'ai toujours mis sur le ventre, et tout va bien ». Ces commentaires peuvent semer le doute chez les parents sur la nécessité de suivre les recommandations de sommeil sécuritaire. Il est important de mettre en place des campagnes de sensibilisation pour dissiper ces mythes, de fournir des informations complètes aux parents et d'assurer une communication ouverte avec les professionnels de santé. Selon l'association Naître et Vivre, 200 décès de tout-petits pourraient être évités chaque année en France si les parents étaient mieux informés (7).

Des idées reçues, comme celles entourant la plagiocéphalie, peuvent influencer les décisions des parents. Une plagiocéphalie non traitée peut entraîner des problèmes de développement moteur et des retards de développement. Bien que cela ne soit pas directement lié à la MIN, des complications de santé non traitées peuvent potentiellement augmenter le risque de MIN dans certains cas (21).

Enfin, la réaction des parents face aux conseils de prévention peut varier en fonction de leur compréhension du risque. Des parents qui ont déjà eu des enfants sans incident de MIN peuvent croire à tort que le risque est faible ou inexistant pour leur nouveau-né, et peuvent donc être moins enclins à suivre les recommandations de prévention, pensant que « cela ne leur arrivera pas ». Ou au contraire, des parents qui ont déjà vécu une perte d'un enfant ou une expérience traumatique peuvent être extrêmement anxieux et vigilants, ce qui peut paradoxalement les amener à des pratiques non recommandées, comme le partage de lit pour surveiller constamment leur bébé. Certains parents peuvent ne pas percevoir la gravité de la MIN, tandis que d'autres peuvent être influencés par des croyances culturelles ou familiales. Il y a des grands-parents qui peuvent dire aux nouveaux parents que « c'est comme cela qu'on a toujours fait » et qu' « aucun de nos enfants n'a eu

de problème », minimisant ainsi les risques associés aux pratiques non-sécuritaires de sommeil, comme le placement du bébé sur le ventre.

Il y a également le cas du cododo (partage de lit), une pratique traditionnelle et perçue comme une façon de renforcer les liens parent-enfant et de faciliter l'allaitement dans certaines cultures asiatiques et africaines. En Chine, 90 % des bébés de 3 mois partagent le lit de leur mère. Au Japon, le cododo est une pratique répandue appelée « Kawa », évoquant la symbolique d'une rivière entre les berges, protégeant l'enfant entre ses deux parents. Si le débat sur le sommeil partagé reste particulièrement occidental, le cododo demeure une pratique « normale » et essentielle au bien-être familial dans d'autres cultures (22).

CONCLUSION

Nous pouvons conclure en validant dans un premier temps notre première hypothèse. En effet, nous avons observé que les supports étaient nombreux mais surtout évoluaient au cours du temps pour s'adapter au public qu'ils ciblent. À cela s'ajoute le travail des acteurs. Ceux-ci sont nombreux pour être sûr qu'un couple de parents va avoir l'information à un moment de sa vie. Enfin, ce sont des recommandations scientifiques et fiables qui sont diffusées puisqu'elles reposent sur des recherches et données épidémiologiques. Ainsi, les recommandations, les acteurs et les supports sont des leviers d'une prévention efficace. Cependant, pour être plus précis dans ce travail, il aurait été intéressant de réaliser des enquêtes et notamment sur la compréhension des messages de prévention par les parents.

Par ailleurs, nous pouvons aussi valider notre deuxième hypothèse puisqu'il existe des réels freins à la prévention. Certains sont ineffaçables comme la variable sexe ou prématurité. D'autres comme les obstacles d'origine familiale, sociale, culturelle pourraient disparaître notamment en organisant plus de prévention à la population générale et pas seulement aux nouveaux parents, à l'hôpital.

Malgré une prévention efficace, des obstacles et facteurs de risque persistent. Et ce fut le but de ce travail de pouvoir regrouper dans un document les freins et les leviers de la prévention. Cette ambivalence pourrait d'ailleurs expliquer la stagnation du nombre de morts en France. Accompagné de son oral, cet écrit pourrait être une amorce à la sensibilisation des étudiantes sages-femmes. En effet, leur exposer les causes et les recommandations en leur faisant comprendre l'importance du phénomène pourrait être utile à leur future pratique et contribuer à diminuer le nombre de décès.

Ce travail nous a permis de nous questionner puisqu'en France, les recommandations ne portent que sur la prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson. Cela donne l'impression que la prévention n'intervient qu'en seconde partie, alors qu'elle pourrait éviter des décès et des deuils. Le deuil (23) étant défini comme « un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé ». D'autre part, il désigne aussi « la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition ». Ce sont donc des parents traumatisés et bouleversés qui n'étaient pas préparés à cette perte, alors comment assurer un bon accompagnement des parents ?

La prise en charge médicale (2), les informations pour l'enquête judiciaire, l'autopsie, la pose de diagnostic et surtout la déclaration de décès sont bien définies. Mais entre culpabilité et tristesse, quel suivi psychologique est mis en place ? Vers quelles personnes le couple de parents peut se tourner ? Comment se remettre de cette tragédie ? Tout simplement : comment accompagner le couple dans un moment si difficile ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Naud, J. (2018). Mort inattendue du nourrisson. *Revue "du" praticien : Monographie*, 1(4), 419–425. Delfodoc
2. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Février 2007. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). [En ligne] Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> >. (Consulté le 24 avril 2024).
3. Agathe Lecaron. Mort inattendue du nourrisson : que sait-on ? [En ligne]. Paris : la Maison des Maternelles ; 2018 [09/09/2023]. Vidéo : 20:11min. Disponible : [Mort inattendue du nourrisson : que sait-on ? - La Maison des maternelles #LMDM \(youtube.com\)](#)
4. Julie Pestana Artero. Mon étoile Léo : survivre à la mort subite du nourrisson. Paris : Michalon eds ; 2020. ISBN : 2841869415
5. *Formations Mort inattendue du nourrisson, deuil d'un enfant, deuil périnatal -Naître et vivre*. (s. d.). Naître et vivre, association de lutte contre la mort inattendue du nourrisson et d'accompagnement de parents endeuillés. <https://naître-et-vivre.org/formations-naître-vivre/>
6. Patural, H., & Weiss, S. (2015). Mort inattendue du nourrisson, quoi de neuf en 2015 ? *Cahiers de la Puéricultrice*, 52(289), 12–14. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2015.07.002>. Delfodoc
7. NAÎTRE ET VIVRE. Données statistiques, 2013. [En ligne]. Disponible sur : < [Mesures de prévention de la mort subite et mort inattendue du nourrisson \(naître-et-vivre.org\)](#)>. (Consulté le 24 mai 2024).
8. Dr Marie-Christine MOLL. La prévention médicale [En ligne]. Tamaloù : une web-série pour améliorer la sécurité des soins en pédiatrie [cité le 12/01/2024]. Disponible : [Tamaloù : une web-série pour améliorer la sécurité des soins en pédiatrie - Prévention médicale \(prevention-medicale.org\)](#)
9. Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-Related infant deaths : Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>. Pubmed
10. Courtier, E., & Briand-Huchet, É. (2021). Mort inattendue du nourrisson et plagiocéphalie : Deux préventions (ré)conciliables. *Cahiers de la Puéricultrice*, 58(352), 30–33. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2021.10.007>. Delfodoc
11. Deschanvres, C., Levieux, K., Launay, E., Huby, A.-C., Scherdel, P., de Visme, S., Hanf, M., & Gras-Le Guen, C. (2022). Non-immunization associated with increased risk of sudden unexpected death in infancy : A national case-control study. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.087>

12. Dubois, C., & Kugener, B. (2023a). Mort inattendue du nourrisson : Comment l'éviter ? Mise au point sur les facteurs de risque et de protection. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2023.09.002>
13. VENNEMANN M.M., BAJANOWSKI T., BRINKMANN B., JORCH G., SAUERLAND C., MITCHELL E.A. ; GeSID Study Group. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics*. Avril 2009 ; 123 (4) : 1162-1170.
14. GUITTON C., BOUIN T., ORIOT D. Analyse des représentations du couchage des nourrissons. *La revue Sage-femme*. 1er juin 2017 ; 16 (3) : 180-186.
15. TARDY, Louis. Lit parapluie : un pédiatre alerte sur le risque d'étouffement [en ligne]. 18 juillet 2023 [consulté le 13 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.femmeactuelle.fr/enfant/news-enfant/lit-parapluie-un-pediatre-alerte-sur-le-risque-detouffement-2159036>.
16. 1000 Premiers jours. Le sommeil de bébé [en ligne]. 1er juillet 2019 [consulté le 13 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-sommeil-de-bebe>.
17. Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants. (A.N.P.D.E.). Les dangers du co-sleeping : les infirmières puéricultrices rappellent les recommandations pour le couchage des nourrissons. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 1er janvier 2014 ; 57 (1) : 260-261.
18. UFC-Que Choisir. Des images pousse-au-crime [en ligne]. 3 novembre 2023. Disponible sur : <https://www.quechoisir.org/actualite-mort-subite-du-nourrisson-des-images-pousse-au-crime-n112982/>
19. KINNEY H.C., THACH B.T. The sudden infant death syndrome. *The New England Journal of Medicine*. 20 août 2009 ; 361 (8) : 795-805.
20. DURAND, E. Les sages-femmes hospitalières et la mort inattendue du nourrisson : étude de la connaissance des sages-femmes hospitalières de la Somme. 2018 : 29-31. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283918/document>
21. COURTIER Emmanuelle, BRIAND-HUCHET Élisabeth. Mort inattendue du nourrisson et plagiocéphalie : deux préventions (ré)conciliables. *Cahiers de la Puéricultrice*. 1er décembre 2021 ; 58 (352) : 30-33.
22. Grandir Avec Mino. Cododo : Entre Pratique Familiale et Perception Sociale [en ligne]. S. d. Disponible sur : <https://grandiravecmino.fr/montessori/education-positive/le-sommeil-chez-lenfant/cododo-entre-pratique-familiale-et-perception-sociale/>
23. Bacqué Marie-Frédérique. Qu'est-ce que le deuil ?. *Le deuil*. 2012 : pages 20 à 26. Disponible : [Qu'est-ce que le deuil ? | Cairn.info](https://www.cairn.info/Qu'est-ce-que-le-deuil-?)

ANNEXE IV : publicité enfant dormant sur le ventre de 1991



ANNEXE V : exemple d'objets vendus en commerce

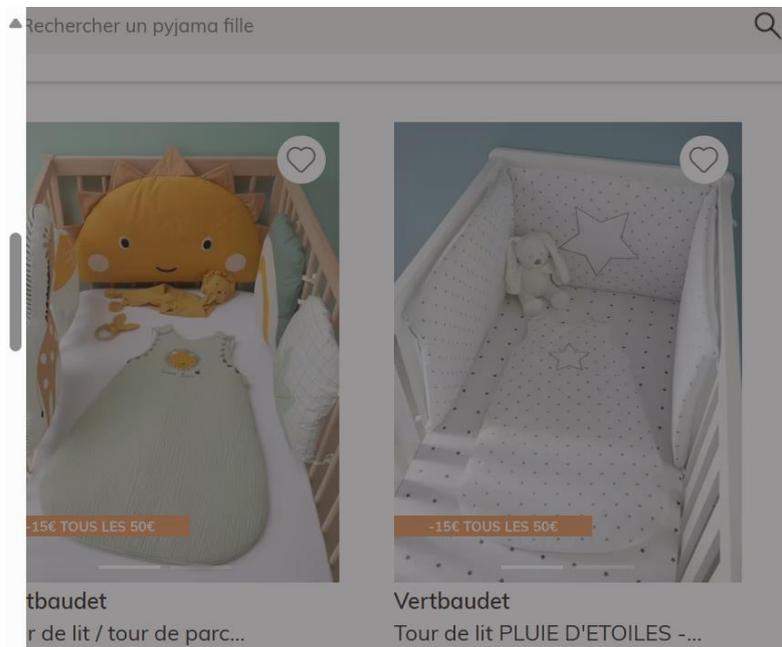
LINGE DE LIT BÉBÉ

- Gigoteuse
- Drap-housse
- Couverture, édredon
- Housse de couette
- Taie d'oreiller
- Tour de lit

LINGE DE LIT ENFANT

- Housse de couette
- Drap-housse
- Couchage d'appoint
- Couverture, édredon

LINGE DE BAIN



GLOSSAIRE

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSN : Mort Subite du Nourrisson

HAS : Haute Autorité de Santé

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

AAP : American Academy of Pediatrics