

ACTUALITÉS DANS LA PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Elisabeth BRIAND-HUCHET

Depuis une dizaine d'années (1), les campagnes successives de prévention ont permis un changement spectaculaire du problème de la MSN en France, comme dans tous les pays qui ont entrepris ce type d'action. En effet, la diminution du nombre de décès a été très impressionnante, passant d'environ 1 500 enfants par an dans les années 1990, à un chiffre annuel autour de 350 décès. Une telle diminution de 75 % d'une circonstance de mortalité est un beau résultat, rare en terme de santé publique, d'autant plus que l'implication financière des pouvoirs publics a été extrêmement modeste.

En 2004, l'actualité de la mort subite est encore largement dominée par le couchage des nourrissons. En effet, les conseils de prévention, essentiellement axés sur les conditions de sommeil ne sont pas encore suffisamment intégrés dans notre société, à titre d'habitudes de puériculture.

Cette difficulté d'assimilation de ces bonnes pratiques a probablement des causes multiples, mais il faut reconnaître que la conviction des médecins et des professionnels de la petite enfance reste inégale, insuffisamment motivée et probablement réticente à reconnaître les erreurs du passé. Pourtant, les preuves statistiques et physiopathologiques sont maintenant incontestables.

Ainsi, sur les 350 décès d'enfants que nous déplorons encore chaque année en France, environ une moitié serait encore évitable si les conseils de couchage étaient correctement respectés. L'enjeu est de taille pour tous les professionnels concernés, médecins généralistes, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, réseau de PMI, assistantes maternelles, etc...

LA MORT SUBITE EST UN ACCIDENT SOUVENT MULTIFACTORIEL

Les pistes de prévention se dégagent de la compréhension que l'on peut avoir de ces accidents. Lorsqu'un enfant meurt aussi brutalement, une prise en charge est absolument nécessaire pour comprendre ce qui lui est arrivé et pour accompagner ses parents, ses frères et sœurs, sa famille, confrontés à un drame brutal aux conséquences difficiles et durables pour chacun (2). Le diagnostic étiologique repose sur un bilan très complet qui comporte l'histoire familiale, celle de l'enfant, les circonstances exactes de son décès et notamment les conditions dans lesquelles il dormait, l'examen clinique, des examens biologiques et radiologiques, et bien entendu une autopsie scientifique. Celle-ci peut être réalisée au mieux dans les centres de référence régionaux. Pour que ce bilan complet soit réalisable, il est essentiel que le premier médecin arrivant sur les lieux du drame, urgentiste souvent, généraliste parfois, mette tout en œuvre pour faire transporter le corps de l'enfant dans un service hospitalier compétent, et où les parents pourront être bien accueillis.

Ainsi, constate-t-on que dans la plupart des cas, c'est l'association d'un certain nombre de facteurs qui a mené cet enfant à l'accident mortel :

- facteurs de vulnérabilité, lié au jeune âge et donc à son immaturité,
- facteurs déclenchants que sont des pathologies diverses de cette tranche d'âge, largement dominées par la pathologie infectieuse et les plus rares pathologies cardiaques, métaboliques, digestives...
- facteurs d'environnement, et notamment de couchage, avec comme facteur de risque principal la position ventrale, l'hyperthermie, le tabagisme, et une literie de mauvaise qualité.

LES PRINCIPAUX CONSEILS DE COUCHAGE constituent donc la principale prévention de la mort subite du nourrisson (3).

? COUCHAGE SUR LE DOS

Cette position est simple, stable et facilement acceptée par la majorité des nouveau-nés lorsqu'on les place d'emblée dans cette position dès la maternité. Cela doit être, comme l'allaitement, anticipé par les parents pendant la grossesse, sur les conseils de tous les soignants rencontrés à cette période.

La position ventrale a fait la preuve statistiquement et sur le plan physiopathologique de ses dangers : l'enfant peut ramper dans son lit et donc aller s'enfouir dans la literie ; position où il évacue difficilement sa chaleur superflue en cas d'hyperthermie ambiante ou de fièvre ; et position où il a un fort risque de

respirer de l'air confiné lorsqu'il se place lui-même le visage face au drap, sur un support un peu mou, ce qui l'expose à l'engrenage de l'hypoxie-hypercapnie.

La position sur le côté n'offre aucune sécurité, notamment sur le plan digestif, et surtout elle est particulièrement instable, l'enfant risquant toujours de basculer sur le ventre.

- ***dormir sur le dos, mais jouer sur le ventre !*** En effet, un petit nouveau-né placé sur le ventre sait spontanément s'appuyer sur ses avant-bras, redresser la tête et chercher à relever le visage. Si par la suite il n'est plus jamais installé dans cette position ventrale, il n'aura plus, lorsqu'il se retournera spontanément dans son lit pendant son sommeil, de bons réflexes et un tonus suffisant des muscles de la nuque. Aussi peut-on conseiller aux mamans d'entretenir cette capacité du nouveau-né en plaçant chaque jour quelques instants son enfant en position ventrale, à la sortie du bain, lors des changes, sur un tapis de jeu lorsqu'il est réveillé et lorsqu'un adulte le surveille. L'exemple sera donné en consultation en examinant l'enfant, à chaque examen systématique du nourrisson pendant les premiers mois.

Certains nourrissons ont des problèmes de « coliques » et semblent plus confortables sur le plan digestif lorsqu'ils sont installés sur le ventre. Une grande méfiance est nécessaire dans ces situations, et d'autres petits moyens médicamenteux ou diététiques peuvent améliorer la situation sans laisser l'enfant prendre cette habitude qui peut devenir dangereuse lors des premières semaines et des premiers mois. Les enfants présentant un réel reflux gastro-oesophagien doivent être traités par des laits épaissis et éventuellement, par un traitement médical, tout en restant en position dorsale. L'installation sur le ventre ou en proclive ne sera proposée qu'en dernier recours lorsque les autres traitements sont insuffisants. Dans ce cas, une vigilance accrue des systèmes d'attache et des conditions de literie est primordiale.

- ***la plagiocéphalie !*** Chez certains bébés, la position dorsale induit une plagiocéphalie posturale parfois impressionnante et souvent inesthétique. Celle-ci préoccupe souvent les parents et les médecins. Elle incite à surveiller la courbe de croissance du périmètre crânien. Toutefois dans l'immense majorité des cas elle évolue spontanément lorsque l'enfant est davantage assis ou tenu dans les bras pendant la journée, où lorsqu'il est placé sur le ventre pour jouer. Des petits moyens peuvent aider à lutter contre cet inconvénient : déplacer le berceau dans la chambre de façon à ce que l'enfant tourne le visage vers la lumière alternativement à droite puis à gauche, déplacer un mobile au dessus du lit de l'enfant... Le recours à un oreiller mou sous la tête du bébé est à proscrire, cela deviendra très dangereux lorsque l'enfant cherchera à se retourner spontanément dans son lit.

- ***et quand l'enfant se retourne ?*** Il est normal qu'après les premiers mois un enfant cherche à se retourner du dos sur le ventre et du ventre sur le dos, il s'agit du développement psychomoteur normal. Certains parents sont très inquiets de voir leur bébé se positionner tout seul sur le ventre. Lorsque l'enfant a été habitué à cette position par des épisodes quotidiens où il a été placé en position ventrale, il se débrouille en général très bien aussi pendant son sommeil. Une vigilance particulière vis à vis de la literie est absolument nécessaire à cette période du développement.

- LA LITERIE

Les conseils bien connus (4) proscrirent les oreillers, les couettes, les couvertures épaisses, les tours de lit trop molletonnés et les nombreuses peluches envahissant le lit d'un enfant. Plus récemment, l'attention a été attirée sur d'autres risques. Literie usagée, matelas dont les dimensions ne sont pas exactement conformes à celle des parois du lit, laissant un interstice que les parents risquent de combler avec des supports trop mous. Un danger particulier est à noter dans les lits-parapluie dont l'usage est parfois inconfortable au quotidien pour les parents, les amenant à chercher à rehausser le plan de couchage par des bricolages plus ou moins dangereux. Les médecins effectuant des visites à domicile peuvent être très simplement amenés à rectifier des couchages potentiellement risqués.

Le cosleeping (5) : Faire dormir le bébé dans le lit des parents est malheureusement parfois recommandé par certains pédiatres dans l'idée de favoriser l'allaitement. Hors, cette pratique est extrêmement dangereuse dès que les parents se rendorment, fatigués par les nuits entrecoupées par le rythme des tétées. L'enfant court alors un grand risque d'hyperthermie, entre le corps des parents, la couette, les oreillers, les couvertures. Certains bébés ont été retrouvés morts le visage enfoui contre le corps d'un des parents.

Le risque est largement prouvé en cas de tabagisme, d'alcoolisme parental, mais il faut également prendre en compte la fatigue liée à un accouchement récent. Ces situations dramatiques sont particulièrement culpabilisantes.

- TABAC

Depuis longtemps on sait que le tabagisme passif est nocif pour un petit nourrisson. Il est plus récemment démontré que le tabagisme pendant la grossesse perturbe le développement du cerveau fœtal, notamment des zones responsables du contrôle de la respiration. Ces bébés seront donc plus fragiles après la naissance, et plus vulnérables au risque d'hypoxie. La maturation cérébrale se poursuit après la naissance, le rôle du tabagisme passif également. Par ailleurs, l'irritation des voies respiratoires les prédispose à des infections plus sévères. Le danger est proportionnel à la dose de nicotine, il est donc toujours utile d'inviter à diminuer le tabagisme si les parents ne peuvent totalement arrêter (6). Ici aussi, l'anticipation est préférable et les conseils médicaux peuvent aider lors d'une consultation où une femme évoque un désir de grossesse.

- TEMPERATURE AMBIANTE

Depuis des décennies, on sait qu'il faut découvrir l'enfant qui a de la fièvre. Par contre, il n'est toujours pas acquis qu'un enfant peut dormir dans une pièce assez fraîche, 18°-20°C. Il peut être habillé d'un pyjama épais, d'une turbulette s'il fait frais. Un nouveau-né est beaucoup plus capable de faire face à une fraîcheur environnante qu'à une température trop élevée.

L'ensemble de ces conseils de couchage sont la base des campagnes de prévention qui ont obtenu des résultats inestimables dans les dernières années. Le retard pris en France par rapport à des pays qui se sont lancés plus précocement dans la prévention, et surtout l'inertie des professionnels de santé, mais aussi des professionnels de la politique, des fabricants et commerçants de matériels de puériculture et des médias, n'ont pas permis que ces résultats soient actuellement intégrés dans les pratiques courantes. Il reste un effort considérable à faire à chaque occasion, à chaque consultation médicale ou de PMI, à chaque pesée, lors des visites des puéricultrices à domicile, au cours de toutes les consultations médicales pour un jeune nourrisson, et bien évidemment lors des séjours en maternité.

D'AUTRES PISTES DE PRÉVENTION ? Les autres possibilités de prévention découlent des étiologies diverses et variées de la mort subite du nourrisson. Ainsi, on peut insister sur un certain nombre de situations cliniques où une prise en charge pédiatrique correcte, rigoureuse et précoce, permet de redresser des situations à risque :

MALAISE : les malaises graves sont en général suffisamment impressionnants pour que l'enfant soit hospitalisé, qu'un bilan soit effectué, une étiologie recherchée et un traitement approprié mis en route. Des épisodes plus brefs mais authentiques de malaise parfois racontés par les parents lors d'une consultation ultérieure, doivent également faire l'objet d'un bilan médical à la recherche d'une cause à traiter. L'interrogatoire clinique détaillé est primordial pour orienter d'éventuels examens complémentaires.

SITUATIONS CLINIQUES comportant des risques d'évolution rapide : gastroentérite, comportant un risque toujours possible de déshydratation, pathologie infectieuse sévère... nécessitent une prise en charge rapide et rigoureuse. Ces pathologies doivent interpeller les professionnels, et parfois amener à une hospitalisation lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de 6 mois, dans un milieu économique difficile ou lorsque les parents semblent avoir des difficultés à avoir recours aux systèmes de soins.

LA PRÉVENTION DANS DES FAMILLES QUI ONT DÉJÀ CONNU UN CAS DE MORT SUBITE DU NOURRISSON est essentiellement du domaine de l'accompagnement humain au décours du décès et lors du suivi d'une grossesse ultérieure. Le travail de prise en charge médicale des décès doit permettre de repérer les très rares situations comportant un risque familial (maladies métaboliques, malformations, maladies cardiaques...) de façon à orienter si nécessaire une surveillance très précise et très ciblée. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a plus d'indication médicale à proposer des bilans à titre systématique. De même, l'inutilité des systèmes de surveillance cardiorespiratoire est maintenant admise. Ces enfants peuvent être actuellement replacés dans un circuit de surveillance médicale tout à fait habituelle et

attentive. L'inquiétude des parents est quant à elle à gérer à leur niveau en se faisant parfois aider de professionnels plus spécifiquement compétents.

EN CONCLUSION

Il reste de gros efforts à faire dans la prévention de la mort subite du nourrisson. En 2004, il persiste trop de décès d'enfants retrouvés dans des conditions de couchage dangereuses qui ont participé à l'accident mortel. Il n'est plus admissible, 10 ans après les premières campagnes, d'entendre des parents dire qu'ils avaient entendu parler des conseils, parfois seulement dans les médias, mais qu'ils n'avaient pas compris leur importance... parce qu'aucun professionnel de santé n'avait pris le temps de leur expliquer.

Des outils existent tels que : le dépliant «Comment coucher bébé ? » diffusé gratuitement, en quantité voulue, sur demande, par l'association Naître et Vivre (5 rue La Pérouse, 75116 PARIS – Tél : 01-47-23-98-22 – [http : //www.naitre-et-vivre.asso.fr](http://www.naitre-et-vivre.asso.fr)), ainsi que des affiches reprenant les points principaux de prévention.

Références :

- 1 – Willinger M, Hoffman HJ, Hartford MA and R – Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome : report of meeting held January 13 and 14, 1994, national institutes of health, Bethesda, MD. Pediatrics 1994 ; 93 : 814-819
- 2 – Le Cairn – « Mort subite du nourrisson : comment vivre sans lui ? » Ed. Ellipses – coll. Vivre et comprendre – 2^e édition 2000
- 3 – American Academy of Pediatrics – Changing concepts of sudden infant death syndrome : implications for infant sleeping environment and sleep position – Pediatrics 2000 ; 105 :650-656
- 4 – James C, Klenka H, Manning D - Sudden infant death syndrome : bed sharing with mothers who smoke, Arch Dis Child 2003 ;88 :112-113
- 5 –Carpenter RG, Irgens LM, Blair BS, England PD, Fleming P, Huber J, Jorch G, Schreuder P– Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study – Lancet 2004 ; 363 :185-91
- 6 – G. Chéron, S. Timsit – Tabac et mort subite du nourrisson – J. Gynecol Obstét Biol Reprod 2003 ; 32 (suppl. au n°1) : 1S33 – 1S40

Elisabeth BRIAND-HUCHET - Centre de Référence Mort Subite du Nourrisson
Service du Professeur M. DEHAN
Hôpital Antoine Béclère
157 rue de la Porte de Trivaux
92141 CLAMART