

Séquence relative à la situation professionnelle en maternité

SMS

Séance 1 : Mort subite du nourrisson

Séance 2 : Sécurité sociale : assurance maladie

Biologie

Séance 1 : Anatomie des appareils génitaux

Séance 2 : Gonades et gamètes

Séance 3 : Fécondation et gestation, glandes mammaires

Ergonomie et soins

Séance 1 : Réalisation du dépliant : hygiène durant la grossesse

FICHE DIDACTIQUE DE PREPARATION DE SEANCE

NIVEAU : Terminale Bac Pro SECTION : ASSP	SITUATION PROFESSIONNELLE N°9	DUREE : 2 heures NOMBRE D'ELEVES : 17				
TITRE DE LA SEANCE N°1 Mort subite du nourrisson		Milieu professionnel : Stagiaire en maternité				
COMPETENCE(S) TERMINALES VISEE(S) : C 1. 2. 1 Recueillir, sélectionner et ordonner les informations C 1. 2.3 Rédiger, mettre en forme et diffuser un document professionnel C1.2.5 Transmettre les informations						
PRE-REQUIS En terminale l'ensemble des compétences en communication a déjà été traité Le terme d'épidémiologie présent dans le document a été traité en situation 3		SAVOIRS ASSOCIES en lien avec la séance : Sciences médico sociales : 1.11.2 Mort subite du nourrisson L de C 1				
DEROULEMENT DE LA SEANCE						
	ETAPES DE LA SEANCE	DUREE en min	ACTIVITES PROFESSEUR	DEMARCHES PEDAGOGIQUES	ACTIVITES ELEVES	MATERIEL ET SUPPORT UTILISES
PHASE DE LANCEMENT	Faire l'appel Présenter la séance du jour	5	Marque le titre de la séance au tableau Distribue les photocopies de la séance		Écoutent le professeur Sortent leurs affaires de classe, colle la fiche de présentation sur une feuille double	Feuille de présence Fiche de présentation de la séance
	Resituer la séance dans la situation professionnelle N°9	5	Questionne les élèves sur la situation et ses composantes	Méthode interrogative	Lecture collective de la situation professionnelle N°6	Fiche de présentation de la séance

PHASE DE MISE EN SITUATION	Donner les consignes de travail	5	Explique les consignes et ce qui est attendu des élèves à l'aide la fiche de séance		Prennent des notes Ecoutent et questionnent	Tableau et fiche de présentation de la séance
	Découverte support 1 : visionnage de la vidéo (2 fois)	10	Lancer la vidéo rappeler les consignes	Méthode active	Au premier visionnage écoute Au second visionnage prise de notes	Vidéo projecteur Connexion internet Poste informatique
	Découverte support 2 : Lecture des documents	25	Distribution des documents	Méthode active	Lisent et sélectionnent les informations	Polycopiés
	Réalisation de la trace écrite	20	Se tenir à disposition des élèves pour s'assurer de leur compréhension et de leur avancée Répondre à leurs interrogations éventuelles	Méthode active	Organisent et écrivent leur propre tracé écrite	Feuille double
	Synthèse orale des éléments principaux	20	Questionner sur les limites de connaissances	Méthode interrogative	Répondent aux questions et compléter sa trace écrite si nécessaire	
PHASE D' EVALUATION	Evaluation formative	10	Distribuer l'évaluation Donner les consignes Réajuster		S'auto-évaluent puis corrigent leur erreurs	Polycopiés

SITUATION PROFESSIONNELLE :

Vous êtes en P.F.M.P en service de maternité de l'hôpital Saint-Joseph. Vous travaillez avec Anouk, auxiliaire de puériculture. Au début de votre stage, elle a introduit la notion de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Vous devez prendre soin de Mme MINASSIAN Myriam enceinte de 5 mois, bénéficiant de la couverture maladie universelle. Elle est suivie régulièrement par l'obstétricien car elle a contracté la rubéole au quatrième mois de gestation. Vous êtes chargé(e) de réaliser un dépliant pour la sensibiliser à l'hygiène spécifique durant la grossesse et l'orienter vers le site de l'assurance maladie.

Dans la chambre voisine, Mme TERY Aline, vient de donner naissance à Yanis, qu'elle a décidé d'allaiter. Anouk vous a demandé de les installer et de les informer sur les critères de confort acoustique et visuel ainsi que la sensibiliser à la mort subite du nourrisson. La patiente a obtenu l'accord de sa mutuelle pour bénéficier d'une chambre individuelle.

Le matin vous êtes chargé(e) de l'entretien des locaux avec Marie-Chantal ; l'agent de service hospitalier. Elle vous informe et vous fait participer à l'entretien des différentes zones de l'hôpital dans le respect des protocoles de prévention des risques d'infections nosocomiales et les infections associées aux soins.

SMS

Séance 1 : Mort subite du nourrisson

Limites de connaissances exigées :

- Définir la mort subite du nourrisson
- Indiquer les facteurs favorisants et les moyens de prévention

1. **Activités** : Visualiser la vidéo proposée et lire les documents
Source : allodocteurs.fr Comment mieux prévenir la mort subite du nourrisson ?

2. **Synthèse** : sur feuille double : A l'aide des supports fournis réaliser la trace écrite de la séance individuellement

3. **Evaluation formative** :

Document : Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans

Source : extraits Enquête nationale 2007-2009, institut de veille sanitaire

1. Épidémiologie des morts subites du nourrisson

1.1 Définition : mort subite ou mort inattendue ?

Le concept de mort subite du nourrisson (MSN) apparaît dès le 19^e siècle, sous le terme Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) chez les Anglo-Saxons : il s'agit d'enfants en bonne santé, retrouvés décédés dans leur berceau sans explication apparente. La définition précise du MSN est donnée par Beckwith en 1969 dans l'objectif de regrouper des décès d'enfants

ayant des caractéristiques communes et dont la cause pourrait être identifiée ultérieurement : décès soudain d'un enfant, inattendu de par son histoire et dont le bilan postmortem approfondi échoue à trouver une cause adéquate du décès.

La définition, initialement très large (pas de limite d'âge, pas de spécification d'examen) a été modifiée au cours des années : limitation aux enfants de moins d'1 an (et parfois de plus d'1 mois), exigence d'une autopsie pour parler de MSN, investigation fine du lieu du décès et des antécédents de l'enfant. En 2000, Flemming et Blair introduisent, par ailleurs, le concept de mort inattendue du nourrisson (MIN ou Sudden Unexpected Death in Infancy, SUDI en anglais) comme "tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir". Une des plus récentes définitions de la MSN, donnée en 2004 par Krous et Beckwith, est celle "d'un décès inexplicable d'un enfant de moins d'1 an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexplicable après des investigations postmortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique". Ainsi, ce n'est qu'après exploration approfondie, comprenant une autopsie, qu'une "mort inattendue" peut être déclarée "mort subite du nourrisson". Grâce aux explorations postmortem, certains décès se révéleront expliqués par une infection, une maladie métabolique, voire des actes de maltraitance et sortiront du domaine de la MSN.

1.2 L'histoire épidémiologique de la MSN et des MIN

1.2.1 Les années 1970 et 1980 : évolution de la certification des décès

Dans les 10 années ayant suivi la publication en 1969 de la définition du syndrome de mort subite, les statistiques américaines enregistraient une augmentation très importante du nombre de cas de mort inexplicable du nourrisson (SUDI), passant d'environ 0,9 à 1,7 pour 1 000 naissances [3], alors que la mortalité infantile décroissait régulièrement.

En 1975, un code spécifique "798.0" était attribué à la MSN dans la Classification internationale des maladies (CIM) régulièrement révisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et, dès 1979, le syndrome de MSN était devenu une cause de décès à part entière dans les certificats de décès, représentant alors une grande part des morts inexplicables.

En France, de 1975 à 1991, les statistiques de décès enregistraient une baisse importante de la mortalité infantile, et au sein de celle-ci, de la mortalité néonatale précoce (avant 28 jours de vie), alors que la mortalité post-néonatale baissait, mais à un moindre degré, puis stagnait à partir du milieu des années 1980.

En 1985, la MSN devenait même la principale cause de décès infantiles en France avec 19 % des décès et près de la moitié des décès post-néonataux (de 28 jours à 1 an) . Cette même année, le taux était de 1,6 ‰ naissances vivantes, proche des taux observés chez nos voisins européens (de 1,1 ‰ en Suède et aux Pays-Bas à 2,2 ‰ en Norvège et Angleterre/Écosse).

Le taux maximum a été observé en France en 1991 : il était de 1,9 ‰ soit 1 464 décès. Après quoi il a baissé progressivement pour rejoindre dès 1995 les taux observés dans le début des années 1970. Des évolutions comparables ont été observées dans d'autres pays européens : une explication serait que l'engouement pour le couchage ventral, venu d'Outre-Atlantique au début des années 1970, en soit la cause. Par ailleurs, les taux français de MSN observés au milieu des années 1980 étaient surestimés : selon une enquête portant sur l'ensemble des décès de 1987 classés MSN, 48 % d'entre eux trouvaient une explication à l'autopsie, pratiquée après la certification .

En France, le ministre chargé de la Santé lançait une campagne d'information sur la mort subite du nourrisson en février 1993 mais ce n'est qu'en octobre 1994 qu'un réel programme visant une baisse de 30 % de la MSN sera débuté, avec des campagnes d'information menée par l'association Naître et vivre et la Direction générale de la santé (DGS), initialement dans quatre départements pilotes. Les résultats positifs sur la MSN conduiront à la généralisation des campagnes, qui seront répétées en 1995 et 1996 .

1.2.2 Des années 1990 à aujourd'hui

La sensibilisation progressive de la communauté médicale au rôle néfaste du couchage sur le ventre puis les campagnes nationales en faveur du coucher sur le dos des nourrissons ont entraîné, comme dans les autres pays développés, une chute du taux des morts subites du nourrisson et de la mortalité post-natale.

Des variations régionales sont observées en France. Le taux moyen de décès par MSN sur la période 2000-2005 en France métropolitaine est de 37,9/100 000. Les plus faibles taux (entre 24 et 31/100 000) sont principalement enregistrés dans les régions du sud de la France : Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur , à l'exception de Languedoc-Roussillon. L'Île-de-France se situe à un taux de 31,3/100 000. Le Nord-Pas-de-Calais présente le taux le plus élevé (52,5), suivi par le Poitou-Charentes, la Champagne-Ardenne et la Basse-Normandie. La mortalité par MSN varie très fortement entre pays de l'Union européenne. En 2005, le taux moyen de décès des 27 pays est de 25/100 000 naissances vivantes.

Pour cette année, la France se situe au-dessus de la moyenne, de même que l'Allemagne et les pays baltes, alors que le Royaume-Uni et les pays scandinaves (sauf la Finlande) se situent dans la moyenne européenne. Le Portugal, l'Espagne, l'Italie sont en sous-mortalité .

Le diagnostic de syndrome de MSN reste un diagnostic d'élimination, qui ne peut être porté qu'après la réalisation postmortem d'un certain nombre d'examen, dont l'autopsie.

1.3 Les facteurs de risque de la mort subite du nourrisson

Grâce aux études cas-témoins, de nombreux facteurs de risque de la MSN ont été suspectés, confirmés ou infirmés. La littérature scientifique sur ce sujet est extrêmement abondante depuis 40 ans. Les facteurs de risque modifiables qui ne sont plus discutés font l'objet de recommandations dans la plupart des pays développés et sont détaillés ultérieurement.

Toutefois, la question du partage du lit et de l'usage de la tétine fait encore débat.

Deux facteurs de risque ne sont pas modifiables : l'âge et le sexe. Classiquement, les MSN surviennent à 90 % avant 6 mois, avec un pic autour de 2-4 mois, et plus souvent chez les petits garçons.

1.3.1 Les recommandations de prévention de la MSN

Deux grands organismes ont émis des recommandations en ce qui concerne la prévention de la MSN : l'American Academy of Pediatrics (AAP) en 2005 et les recommandations du ministère chargé de la Santé du Royaume-Uni actualisées en 2006. Les recommandations de l'AAP figurent ci-dessous.

Il n'y a pas de recommandations de couchage officielles en France, ni sur le site du ministère chargé de la Santé ni sur celui de la Haute autorité en santé (HAS). Elles existent sur les sites Internet de l'association Naître et vivre et de la Société française de pédiatrie.

1. Mettre les nourrissons sur le dos pour tous les moments de sommeil. Le couchage sur le côté n'est pas aussi sûr que le couchage sur le dos et n'est pas recommandé. En effet, cette position est potentiellement instable et facilite un retournement ventral. Les dispositifs de maintien peuvent s'avérer dangereux, notamment les coussins de positionnement de la tête, vendus pour prévenir l'aplatissement de l'arrière de la tête (plagiocéphalie), parfois observé du fait du couchage sur le dos (mais habituellement réversible avec l'âge). Vers l'âge de 4 mois, le nourrisson couché sur le dos peut néanmoins se retourner sur le ventre, se mettant alors dans la position plus à risque. Il est reconnu qu'un certain nombre de décès sont liés à ces premiers retournements alors que l'enfant n'a pas encore suffisamment de tonus cervical pour dégager lui-même ses voies aériennes pour respirer ; c'est pourquoi, les campagnes classiques en faveur du couchage sur le dos encouragent, à cet âge charnière, la position ventrale pour le jeu pendant l'éveil pour favoriser l'acquisition d'un bon tonus cervical, ainsi que d'alterner la position de la tête lors du coucher (tournée à droite, puis à gauche).
2. Utiliser un matelas ferme. Le matériel mou ou des objets tels que les oreillers, édredons, couettes, peaux de mouton ne devraient pas être mis sous l'enfant. Un matelas ferme recouvert par un drap est recommandé. La literie est un facteur essentiel : l'enfant doit dormir dans un lit adapté à son âge, avec un matelas ferme et ayant les bonnes dimensions par rapport au lit. Couettes, coussins, couvertures et tout objet, d'une manière générale, doivent être bannis du lit du nourrisson afin de prévenir tout risque d'enfouissement et d'obstruction des voies aériennes, notamment en cas de retournement.
3. Ne laisser dans le lit de l'enfant aucun objet mou, tels que oreillers, couettes, édredons, peaux de mouton, peluches. Un matelas ferme, couvert par un drap, est la surface recommandée. Si un tour de lit est utilisé, il doit être fin, ferme, bien attaché et pas trop rembourré ("not pillow-like", littéralement, pas comme un oreiller). Les draps et couvertures ne sont pas recommandés pour couvrir l'enfant. Si une couverture est utilisée, elle doit être attachée de manière à ce que l'enfant, touchant le fond du berceau avec ses pieds, la couverture ne lui arrive pas plus haut que la poitrine. Ne pas couvrir du tout l'enfant ou utiliser un sac de couchage type "turbulette"/"gigoteuse" est conseillé.

4. Ne pas fumer pendant la grossesse. Le tabagisme pendant la grossesse ressort de presque toutes les études épidémiologiques comme un facteur de risque important. Fumer en présence de l'enfant est un facteur de risque indépendant du premier dans quelques études, bien que la distinction des deux soit méthodologiquement difficile. Il est donc recommandé d'éviter le tabagisme passif, pour la prévention de la MSN et aussi pour d'autres raisons.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque démontré : son éradication pourrait prévenir un tiers des MSN .

5. Un couchage séparé mais à proximité est recommandé. Le risque de MSN est réduit lorsque l'enfant dort dans la même chambre que sa mère. Bien que le partage du lit puisse faciliter l'allaitement maternel, les preuves scientifiques tendant à démontrer que le partage du lit est plus dangereux que le partage de la chambre dans des lits séparés, il n'est pas recommandé de partager le lit de son nourrisson.

L'enfant peut être mis dans le lit de ses parents pour un moment (tétée, soins, réconfort) mais doit être replacé dans son lit ou berceau quand l'adulte va se rendormir. Lorsque l'adulte est fatigué ou a pris des médicaments ou des substances psychotropes pouvant diminuer sa vigilance, il ne devrait pas prendre l'enfant dans son lit. Il est recommandé que le lit ou couffin soit placé dans la chambre des parents, près de leur lit, ce qui facilite l'allaitement et le contact. Les nourrissons ne doivent pas partager leur lit avec d'autres enfants. Il faut éviter de dormir avec un enfant sur un canapé ou dans un fauteuil, car cela peut être dangereux.

6. L'usage d'une tétine peut être proposé pour la sieste ou pour la nuit. Bien que le mécanisme n'en soit pas connu, une réduction du risque de MSN semble être associée à l'utilisation d'une tétine alors qu'il n'est pas démontré que l'usage de la tétine nuise à l'allaitement ou occasionne des problèmes dentaires ultérieurement. Sauf preuve du contraire, est recommandé l'usage d'une tétine pendant la première année de vie moyennant quelques précautions (mettre la tétine au moment de coucher l'enfant et ne pas la placer quand il dort, ne pas forcer l'enfant à la prendre, ne pas enduire la tétine de solution sucrée, la nettoyer souvent et la remplacer régulièrement, retarder son utilisation jusqu'à l'âge d'1 mois en cas d'allaitement).

7. Éviter l'hyperthermie. L'enfant doit être peu couvert pour dormir, la température de la chambre doit être confortable pour un adulte peu couvert. Éviter de multiplier les couches de vêtements, l'enfant ne doit pas être chaud au toucher.

8. Éviter les produits commerciaux vendus comme réduisant le risque de MSN. Aucun de ces produits, notamment ceux qui sont censés maintenir la position de sommeil ou prévenir l'inhalation de lait, n'a démontré son efficacité ni sa sécurité.

Evaluation formative

Répondre aux affirmations suivantes par vrai ou faux et corriger celles qui sont fausses

Affirmations	Vrai	Faux
La mort subite du nourrisson est plus fréquente chez les filles		
La MSN concerne notamment les enfants de moins de 6 mois		
Il est possible de lutter contre ce phénomène grâce à de la prévention auprès des parents notamment concernant le couchage de l'enfant		
Le couchage sur le ventre est recommandé pour prévenir la MSN		
Il est recommandé de faire dormir l'enfant à proximité des parents mais pas dans leur lit		
Il faut couvrir l'enfant lors du couchage dans une gigoteuse		
Il faut vérifier la température de la pièce (entre 18 et 20°C)		

Propositions de corrections des affirmations fausses :