

6.7.4.1. Introduction

Les premières connaissances en ce qui concerne la mort subite de nourrisson avaient mis en évidence des facteurs liés avec une immaturité du système respiratoire du nourrisson qui se manifestaient plus particulièrement au cours du sommeil.

Les connaissances actuelles permettent de penser qu'il n'y a pas un seul élément mais plutôt un ensemble de facteurs à l'origine de ce drame; il s'agit notamment de l'environnement de l'enfant, de sa position durant le sommeil, du tabagisme, de la prématurité, de la prise de médicaments au cours de la grossesse, de l'allaitement maternel, etc. ... Ceci implique la mise en oeuvre de toute une série de mesures de prévention.

Même s'il existe une décroissance généralisée de la mortalité infantile, celle-ci semble bien accélérée là où des campagnes de prévention du SIDS sont menées. Il est important donc de suivre l'évolution des taux de mortalité infantile. Des travaux récents menés en Flandre montrent notamment une diminution du nombre de décès par mort subite du nourrisson depuis 1993 (1).

Il est nécessaire par ailleurs d'évaluer de manière périodique le comportement des parents et l'environnement du sommeil du nourrisson dans la population générale. Deux enquêtes de population ont été réalisées en Belgique sur ce sujet: Kind en Gezin en 1994 et Astra en 1995. Ces enquêtes portaient sur la qualité de l'environnement du sommeil chez le nouveau-né. L'ONE a effectué récemment (1996-97) une enquête d'évaluation sur le modèle de l'enquête Astra.

L'évaluation de la qualité du sommeil de l'enfant consiste à passer en revue avec la mère ou les parents l'ensemble des comportements susceptibles de présenter des risques pour le nourrisson. Lors d'une enquête spécifique, on interroge habituellement un échantillon de mères qui ont un enfant en bas âge au moment de l'étude. Au cours de ces enquêtes "rétrospectives", on précise parfois l'âge de l'enfant auquel on s'intéresse (que faisiez-vous quand votre nourrisson avait trois mois?).

Pour le module SIDS dans l'enquête de santé, les mères qui ont un enfant de moins de cinq ans sont interrogées de manière rétrospective au sujet de leur comportement durant la première année de vie de cet enfant.

Kind en Gezin a développé un questionnaire reprenant les conditions optimales définies par les experts pour assurer un environnement de qualité durant le sommeil du nourrisson (pièce dans laquelle l'enfant dort, lit, position du nourrisson dans son lit, utilisation d'un oreiller, couvertures et habillement de l'enfant, surveillance de l'enfant, température de la pièce et tabagisme passif). Pour le module SIDS de l'enquête de santé, nous avons repris la plupart des items de Kind en Gezin.

Pour chacune des questions, il existe un "gold-standard":

- pièce où l'enfant dort = pièce d'habitation le jour et chambre des parents la nuit
- lit = pas de couffin (reiswieg)
- position du nourrisson = toujours sur le dos, de jour comme de nuit
- utilisation d'un oreiller = jamais
- couvertures = pas de couette (donsdekken)
- habillement de l'enfant = pas de survêtement (bovenkleding)
- la température de la pièce = 16 à 20°C
- tabagisme passif = jamais
- surveillance de l'enfant = toujours ou souvent.

Pour les besoins de l'enquête, un environnement satisfaisant pour la qualité du sommeil des nouveau-nés durant leur première année de vie, est défini de la façon suivante: le nouveau-né n'est jamais mis couché en position ventrale et il existe maximum 3 facteurs de risque cumulés.

6.7.4.2. Belgique

Au total, 522 femmes ont été interrogées au sujet de la qualité de l'environnement du sommeil de leur nouveau-né (au cours de la première année de vie de ce dernier).

6.7.4.2.1. Environnement du sommeil de qualité (MCH29_1)

En Belgique, 25% seulement des nouveau-nés dorment durant leur première année de vie dans un environnement satisfaisant (pas plus de trois facteurs de risque pour le SIDS et jamais mis couché en position ventrale).

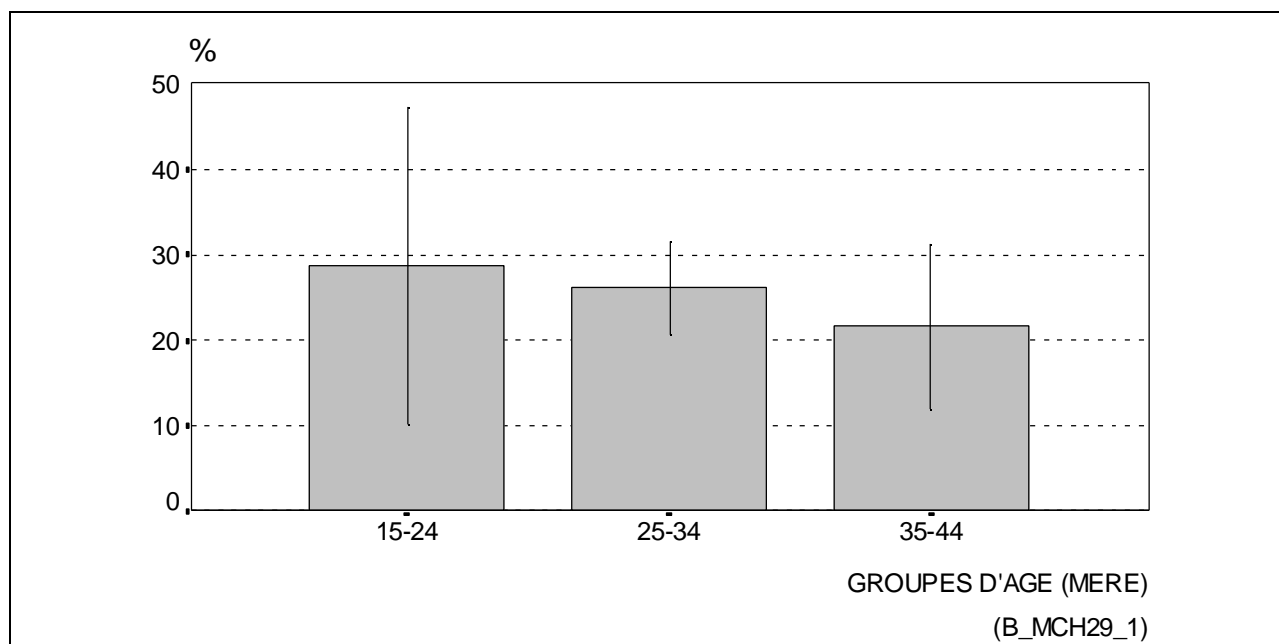
L'environnement du sommeil varie suivant que le nouveau-né soit une fille (environnement de qualité dans 28% des cas) ou un garçon (23%), mais ces différences ne sont pas significatives.

Le pourcentage de nouveau-nés avec un environnement du sommeil de qualité varie de manière significative suivant l'année de naissance du nouveau-né (Tableau 6.7.4.2.1)

Tableau 6.7.4.2.1 Proportion des femmes qui offre un environnement du sommeil de qualité pour leur nouveau-né (MCH29_1), par année de naissance du nouveau-né, Enquête de santé, Belgique, 1997.

Année de naissance	Nombre total de cas	Pourcentage de nouveau-nés avec un environnement du sommeil de qualité (%)
92 - 93	72	18
93 - 94	76	10
94 - 95	103	16
95 - 96	123	32
96 - 97	150	49

Figure 6.7.4.2.1 Proportion des femmes qui offre un environnement du sommeil de qualité pour leur nouveau-né (MCH29_1), suivant l'âge de la mère, Enquête de santé, Belgique, 1997.



On observe aussi une tendance à l'augmentation de la fréquence d'un bon environnement du sommeil chez les femmes plus jeunes (au moment de l'interview), mais les différences ne sont pas significatives (Figure 6.7.4.2.1).

Différences en fonction des caractéristiques individuelles (Tableau 6.7.4.2.2)

En raison du petit nombre de cas étudiés, il faut être prudent dans l'interprétation des données. Il semble toutefois exister un gradient socio-économique, les femmes les plus éduquées ou avec les revenus les plus élevés (enseignement supérieur ou revenu > 60.000 FB) offrant, après standardisation par âge, un meilleur environnement du sommeil à leur nouveau-né.

Le pourcentage de mères qui offrent un meilleur environnement du sommeil à leur enfant ne varie pas en fonction du statut marital, de la nationalité ou du pays d'origine (après standardisation par âge, régression logistique).

Le pourcentage de femmes qui offrent un meilleur environnement du sommeil à leur enfant varie d'une région à l'autre: 27% en Flandre, 25% à Bruxelles et 23% en Wallonie. Après avoir contrôlé les paramètres de base tels que l'âge de la mère, son niveau d'éducation, ses habitudes tabagiques actuelles et le revenu mensuel du ménage (régression logistique), ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 6.7.4.2.2 Proportion des femmes qui offre un environnement du sommeil de qualité pour leur nouveau-né (MCH29_1), standardisée par âge (de la mère), Enquête de santé, Belgique, 1997.

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	7,7	(,0-20,8)
	École primaire	46,2	(14,7-77,8)
	Secondaire inférieur	19,9	(5,4-34,5)
	Secondaire supérieur	19,5	(9,7-29,3)
	Supérieur	47,6	(35,7-59,5)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	17,4	(,6-34,3)
	20.000-30.000	24,7	(12,6-36,8)
	30.000-40.000	20,6	(5,8-35,3)
	40.000-60.000	21,2	(12,1-30,4)
	>60.000	46,3	(37,0-55,5)
SANTÉ SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	25,4	(17,8-33,1)
	Très mauvaise à moyenne	22,9	(9,5-36,3)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	32,8	(21,9-43,6)
	Dans le passé	24,8	(9,9-39,6)
	Modéré (<20)	18,7	(4,9-32,5)
	Gros fumeur	12,5	(,0-26,0)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	17,6	(12,0-23,2)
	Région bruxelloise	25,7	(14,9-36,5)
	Région wallonne	27,2	(17,0-37,5)

Tableau 6.7.4.2.3 Nombre moyen de facteurs de risque de mort subite auquel le nourrisson est exposé au cours de sa première année (MCH29_2), suivant l'année de naissance du nouveau-né, Enquête de santé, Belgique, 1997.

Année de naissance	Nombre total de cas	Nombre moyen de facteurs de risque
92 - 93	101	5,3
93 - 94	70	5,2
94 - 95	99	4,6
95 - 96	127	4,1
96 - 97	142	3,5

6.7.4.2.2. Nombre de facteurs de risque de mort subite du nourrisson (MCH29_2)

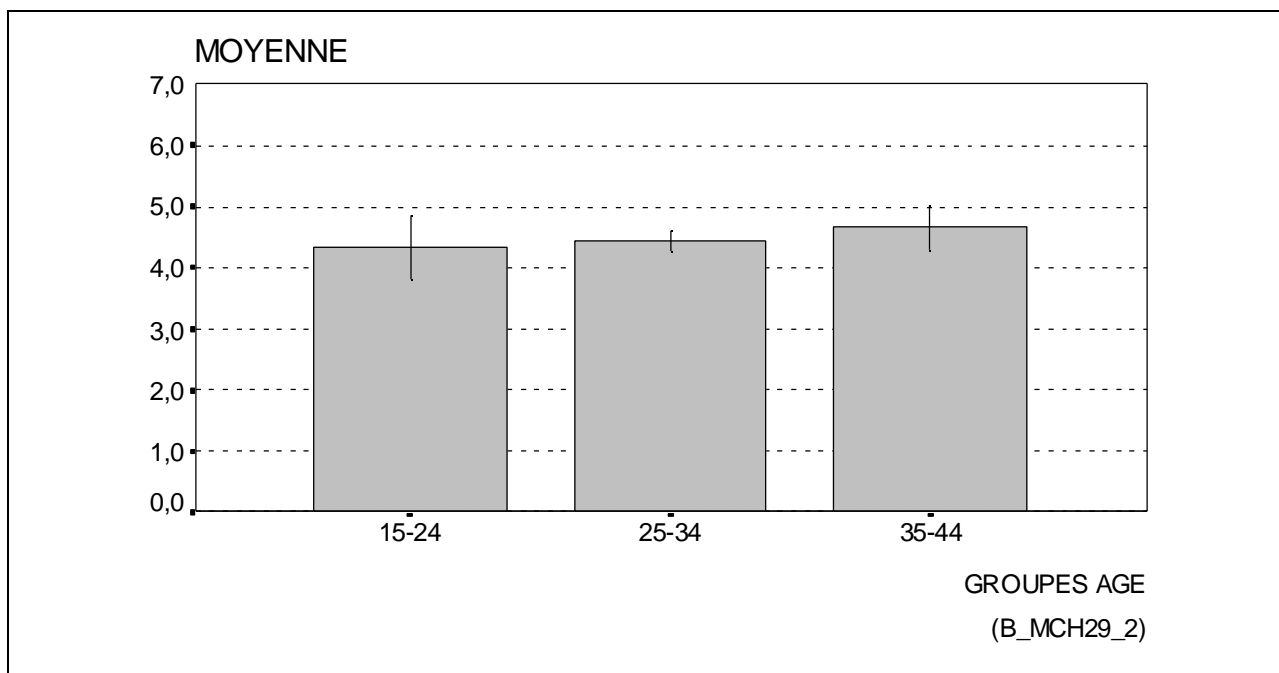
En Belgique, le nombre moyen de facteurs de risque est de 4,5. 50% des nouveau-nés sont exposés à au moins 5 facteurs de risque.

En moyenne, l'environnement du sommeil est de qualité équivalente si le nouveau-né est une fille (4,4 facteurs de risque) qui si c'est un garçon (4,6), la différence n'étant pas significative.

Le nombre moyen de facteurs de risque cumulés varie de manière significative suivant l'année de naissance du nouveau-né (Tableau 6.7.4.2.3):

On observe aussi une tendance à l'augmentation du nombre moyen de facteurs de risque avec l'âge des mères (au moment de l'interview), mais les différences ne sont pas significatives (Figure 6.7.4.2.2).

Figure 6.7.4.2.2 Nombre moyen de facteurs de risque de mort subite auquel le nourrisson est exposé au cours de sa première année (MCH29_2), suivant l'âge de la mère, Enquête de santé, Belgique, 1997.



Différences en fonction des caractéristiques individuelles (Tableau 6.7.4.2.4)

Il semble exister un gradient socio-économique: les femmes les plus éduquées ou avec les revenus les plus élevés (enseignement supérieur ou revenu > 60.000 FB, après standardisation par âge) mettent en moyenne leurs enfants nouveau-nés en présence de moins de facteurs de risque de mort subite. Le petit nombre de cas étudiés demande toutefois d'interpréter ceci avec précaution.

Les fumeurs (ou du moins les femmes qui fumaient au moment de l'enquête) ont mis en moyenne plus souvent leurs enfants nouveau-nés en présence de plus de facteurs de risque de mort subite. Cette relation se vérifie également lorsque l'on compare les femmes qui fumaient durant leur dernière grossesse (MCH18_1) par rapport aux autres.

En Flandre, le nombre moyen de facteurs de risque est de 4,4; il est de 4,6 à Bruxelles et 4,7. Après standardisation pour l'âge de la mère, on ne peut affirmer qu'il y ait des différences significatives entre les régions.

6.7.4.2.3. Position dans laquelle les mères mettent coucher leur nouveau-né (MCH31_1)

En Belgique, 29% des nouveau-nés sont mis couchés toujours sur le dos, 43% sur le dos ou sur le côté et 28% parfois sur le ventre.

Le pourcentage de nouveau-nés qui dorment toujours sur le dos varie suivant que ce soit une fille (32% des cas) ou un garçon (26%), mais cette différence n'est pas significative.

Les mères plus jeunes mettent aussi leur nouveau-né plus souvent sur le dos pour dormir, mais les différences ne sont pas significatives.

Ce même pourcentage varie de manière significative suivant l'année de naissance du nouveau-né (Tableau 6.7.4.2.5):

Tableau 6.7.4.2.4 Nombre moyen de facteurs de risque de mort subite auquel le nouveau-né est exposé au cours de sa première année (MCH29_2), standardisé par âge (de la mère), Enquête de santé, Belgique, 1997.

		MOYENNE	I.C. 95%
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	5,5	(5,0- 6,0)
	École primaire	3,8	(3,0- 4,7)
	Secondaire inférieur	4,5	(3,8- 5,2)
	Secondaire supérieur	4,8	(4,5- 5,1)
	Supérieur	3,9	(3,6- 4,2)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	4,8	(4,2- 5,4)
	20.000-30.000	4,7	(4,2- 5,1)
	30.000-40.000	4,7	(4,3- 5,2)
	40.000-60.000	4,2	(3,7- 4,6)
	>60.000	3,7	(3,3- 4,0)
SANTE SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	4,5	(4,3- 4,7)
	Très mauvaise à moyenne	4,6	(4,0- 5,2)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	4,0	(3,8- 4,2)
	Dans le passé	4,3	(3,9- 4,8)
	Modéré (<20)	4,9	(4,5- 5,4)
	Gros fumeur	6,0	(5,3- 6,7)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	4,5	(4,1- 5,0)
	Région bruxelloise	4,7	(4,3- 5,0)
	Région wallonne	4,5	(4,1- 4,8)

Tableau 6.7.4.2.5 Proportion de femmes qui mettent leur nouveau-né coucher uniquement sur le dos (MCH31_1), standardisée en fonction de l'année de naissance du nourrisson, Enquête de santé, Belgique, 1997.

Année de naissance	Nombre total de cas	Proportion de femmes qui mettent leur nouveau-né coucher uniquement sur le dos (%)
92 - 93	96	11
93 - 94	66	8
94 - 95	97	25
95 - 96	124	43
96 - 97	132	42

Différences en fonction des caractéristiques individuelles (Tableau 6.7.4.2.6)

Il semble y avoir un gradient socio-économique: les femmes les plus éduquées ou avec les revenus les plus élevés (enseignement supérieur ou revenu > 60.000 FB, après standardisation par âge) mettent leur nouveau-né plus souvent sur le dos pour dormir, mais, en raison du petit nombre de sujet, ces différences ne sont pas significatives.

Le pourcentage de femmes qui mettent leur nouveau-né plus souvent sur le dos pour dormir ne varie pas en fonction du statut marital, de la nationalité ou du pays d'origine (après standardisation par âge, régression logistique).

Le pourcentage de femmes qui mettent leur nouveau-né plus souvent sur le dos pour dormir est assez constant d'une région à l'autre (30% en Flandre, 26% à Bruxelles et 29% en Wallonie), même après standardisation pour l'âge de la mère, le niveau d'éducation, de revenu et les habitudes tabagiques (régression logistique).

Tableau 6.7.4.2.6 Proportion de femmes qui mettent leur nouveau-né coucher uniquement sur le dos (MCH31_1), standardisée en fonction de l'âge de la mère, Enquête de santé, Belgique, 1997.

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	4,9	(,0-15,0)
	École primaire	24,9	(1,6-48,1)
	Secondaire inférieur	19,5	(5,7-33,4)
	Secondaire supérieur	23,8	(13,4-34,3)
	Supérieur	48,4	(36,6-60,3)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	28,6	(12,4-44,7)
	20.000-30.000	28,7	(16,7-40,6)
	30.000-40.000	19,1	(6,2-32,0)
	40.000-60.000	24,7	(12,7-36,7)
	>60.000	48,1	(38,5-57,8)
SANTÉ SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	31,9	(23,9-39,9)
	Très mauvaise à moyenne	20,3	(7,4-33,2)
CONSOMMATION DE TABAC	Jamais	35,1	(24,3-46,0)
	Dans le passé	32,4	(16,6-48,2)
	Modéré (<20)	37,0	(23,7-50,4)
	Gros fumeur	10,3	(,0-21,4)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	18,2	(12,7-23,7)
	Région bruxelloise	28,0	(16,6-39,3)
	Région wallonne	33,0	(23,1-42,8)

6.7.4.3. Bibliographie

1. Aelvoet, W., Capet, F., Vanoverloop, J. Gezondheidsindicatoren, 1996. Brussel. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1998; 1-151.