



SURVEILLANCE MONITORISÉE DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN ET MILIEU D'ACCUEIL

Des parents demandent à placer un équipement spécifique en prévention d'un accident durant le sommeil (monitoring, capteurs d'apnée, coussin anti-reflux...) Qu'est-ce qui motive cette demande ? L'enfant présente-t-il certains symptômes ? Les parents ont-ils des inquiétudes ? Quelle attitude adopter ? Comment les rassurer ?

Aujourd'hui, il n'y a ni évidence, ni recommandation qui soutiennent l'utilisation de monitorings pour la prévention de la mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN).

L'usage **hors prescription** médicale peut présenter un certain nombre de risques :

- Cela peut être faussement rassurant pour les parents et professionnels, au détriment de l'application des mesures de prévention.
- Un usage trop « marketing » entraîne un stress inutile de la MSIN.
- Les fausses alarmes ou vraies alarmes isolées et non significatives chez des enfants en bonne santé créent de l'anxiété, des surdiagnostics et des examens voire même des hospitalisations non nécessaires.

L'usage de monitoring, hors prescription médicale, est déconseillé de façon générale en milieu d'accueil.

Le dialogue avec les parents est essentiel. Par exemple, expliquer comment se déroule les moments de sommeil et les inviter à voir comment cela se passe pour l'enfant peut aider à rassurer les parents. Le milieu d'accueil peut également proposer aux parents de consulter le médecin de l'enfant, lui seul pouvant prescrire l'utilisation d'un matériel de « surveillance ». Le milieu d'accueil accepte la demande pour autant qu'il y ait prescription médicale du médecin de l'enfant et avis favorable du Conseiller Pédiatre de l'ONE (voir brochure Santé - Annexe 13 « Accueil d'un enfant à besoins spécifiques »).

SURVEILLANCE DU SOMMEIL DE L'ENFANT EN MILIEU D'ACCUEIL



Brochure

« Le sommeil de l'enfant en milieu d'accueil »

Les recommandations de l'ONE relatives à la surveillance du sommeil doivent être appliquées en milieu d'accueil, à savoir :

- Faire dormir l'enfant en position exclusivement dorsale ;
- Positionner l'enfant à plat sur un matelas dur dans un sac de couchage à bretelles, avec des vêtements adaptés à la température ambiante ;
- L'utilisation des tours de lit ainsi que la présence de jouets, boîte à musique, collier... dans le lit est interdite (risque de strangulation, asphyxie) ;
- Les lits à barreaux présentent un espacement maximal de 6,5 cm entre deux barreaux ;
- Veiller à créer et aménager les différents espaces en vue de garantir une sécurité maximale des enfants, notamment en installant les nouveaux nés dans un petit lit dans la pièce de vie lors de la sieste ;
- Disposer d'un système d'aération adéquat afin d'assurer une aération efficace et régulières dans les espaces destinés aux enfants ;
- Veiller à maintenir les températures suivantes : 18°C dans les espaces de sommeil-repos et 20-22°C dans les autres espaces ;

- Le milieu d'accueil ne peut recourir à aucun moyen de vidéo-surveillance des enfants en remplacement de la surveillance par son personnel (surveillance visuelle, auditive et tactile toutes les 15 minutes) ; l'usage de ce type de moyen ne peut donc constituer qu'un complément par rapport à celle-ci.

Vu le risque de MSIN particulièrement augmenté pendant le premier mois de l'accueil, on insistera sur l'importance de la familiarisation très progressive ainsi que sur une surveillance accrue du nourrisson pendant cette période.

La prévention de la MSIN implique le repérage des symptômes d'alerte qui nécessitent un avis médical (fatigue anormale, spasme du sanglot, ronflement, pâleur, cyanose au sommeil...).

INDICATIONS MÉDICALES INDIVIDUELLES DE SURVEILLANCE MONITORISÉE

Chez certains enfants asymptomatiques mais présentant des facteurs de risque, un monitoring peut être prescrit. Parmi les facteurs de risque, on retiendra essentiellement la prématurité.

Dans d'autres situations où les enfants sont symptomatiques, un monitoring peut également être prescrit (malaise grave, obstructions des voies respiratoires comme la laryngomalacie).

En cas de facteurs de risque justifiant la prescription médicale d'une surveillance monitorisée, l'Annexe 13 précitée sera complétée. Dans ce cas, les professionnel-le-s comme les parents auront reçu une information sur les modalités à suivre rigoureusement.



Le monitoring ne dispense pas d'appliquer les recommandations pour un sommeil en toute sécurité.

L'arrêt de la surveillance monitorisée se fera en fonction de différents facteurs (âge, évolution des alarmes et de l'enfant...). L'arrêt du monitoring se fait sur avis médical et un certificat est alors fourni au milieu d'accueil.

Informé et formé les professionnel-le-s est indispensable sur le type de monitoring, la réponse aux alarmes et les gestes de réanimation (au minimum tous les deux ans). Le médecin référent et support technique devront être clairement identifiés en cas d'incident.

Une bonne collaboration entre le parent, le milieu d'accueil et le professionnel de la santé est nécessaire pour assurer ce suivi médical.



À l'heure actuelle, il n'y a pas lieu de généraliser l'utilisation de plaques de détection ou autres appareils monitorisés à tous les milieux d'accueil dans le cadre d'une stratégie de prévention de la mort subite du nourrisson. Ceci peut donner aux professionnel-le-s un faux sentiment de sécurité et engendrer du stress aux parents.

La surveillance monitorisée du sommeil est réservée à des situations particulières, sur base d'une prescription médicale, chez des enfants ayant des facteurs de risque de mort subite. Celle-ci doit s'accompagner d'une information des parents et du personnel du milieu d'accueil sur les modalités de suivi.

Quelle que soit la situation, ce type de dispositif ne dispense pas d'appliquer une surveillance active (visuelle, auditive et tactile) de la sieste des enfants.



Marianne MICHEL,
Conseillère pédiatre ONE