



**HAL**  
open science

# État des mieux des connaissances et des pratiques des parents autour du sommeil de l'enfant de moins de six mois

Fanny Couturier

► **To cite this version:**

Fanny Couturier. État des mieux des connaissances et des pratiques des parents autour du sommeil de l'enfant de moins de six mois. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01397667

**HAL Id: dumas-01397667**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397667>**

Submitted on 16 Nov 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**  
**ECOLE DE SAGES-FEMMES**

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**PROMOTION 2016**

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES PARENTS AUTOUR DU  
SOMMEIL DE L'ENFANT DE MOINS DE SIX MOIS**

**MEMOIRE PRESENTE PAR :**

**Madame Fanny COUTURIER**

**Née le 05 août 1993**

**SOUS LA DIRECTION DE :**

**Mme Delhaye Laurence**

## **Remerciements**

*Je tiens à remercier toutes les personnes  
qui m'ont soutenue dans la réalisation  
de mon mémoire :*

*Madame Delhaye, ma directrice de mémoire  
pour ses précieux conseils, sa littérature  
et le temps qu'elle m'a accordé.*

*Madame Hébert, pour sa très grande disponibilité,  
sa guidance parfaite et son soutien.*

*Tous les parents qui ont répondu à l'enquête,  
et les personnes qui ont permis la diffusion de mon étude,  
pour leur confiance et leurs encouragements.*

*Tous mes proches, famille et amis, pour leur irréprochable soutien,  
leur patience et leur aide.*

*Mes parents, qui m'ont permis de mener ces études,  
et ont su m'accompagner à tous les moments*

**MERCI**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>2</b>
<b>1. La physiologie du sommeil.</b> .....	<b>2</b>
1.1 L'histoire.....	2
1.2 La physiologie chez l'adulte.....	2
1.3 La physiologie chez le nouveau-né.....	3
1.4 Installation du rythme veille-sommeil.....	5
<b>2. Les pratiques parentales.</b> .....	<b>7</b>
2.1 Comparaison et évolution dans le monde.....	8
2.2 Évolution en France.....	10
2.3 Les difficultés de pratique.....	12
<b>3. Les troubles liés au sommeil</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Les recommandations concernant le sommeil.</b> .....	<b>17</b>
<b>ETUDE</b> .....	<b>20</b>
<b>1. Matériels et méthode.</b> .....	<b>20</b>
1.1 Problématique et hypothèses.....	20
1.2 Méthodologie de l'étude.....	20
1.3 Matériels de l'étude.....	21
1.3.1 Le questionnaire.....	21
1.3.2 Déroulement de l'étude.....	23
1.3.3 Recueil et analyse statistique.....	24
<b>2. Résultats.</b> .....	<b>25</b>
2.1 Présentation des résultats.....	25
2.2 Tableaux croisés.....	32
<b>3. Discussion</b> .....	<b>36</b>
3.1 Discussion de la méthodologie.....	36
3.2 Discussion des résultats.....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>ANNEXES</b>	

# Introduction

---

Le sommeil est un état physiologique et périodique de l'organisme pendant lequel la vigilance est suspendue et la réactivité aux stimulations est amoindrie. Il est indispensable et a un rôle réparateur et régulateur puisqu'il permet aux défenses immunitaires de se façonner, à la peau de se régénérer, au cerveau de se construire ou encore à l'enfant de grandir. Un mauvais sommeil serait un facteur de risque de certaines maladies bien qu'il soit difficile de montrer son impact réel en raison de l'intrication de nombreux autres facteurs. En revanche, il est souvent admis que la réduction du temps de sommeil est préjudiciable. Chacun a sa propre représentation du sommeil, qui diffère plus ou moins selon les cultures et selon l'époque. Actuellement, la civilisation française occidentale tente de concilier vie professionnelle, vie familiale et loisirs, de plus en plus au détriment du sommeil. En effet, en un siècle, le temps de sommeil a diminué de deux heures [1]. Le sommeil représente environ un tiers de la vie d'un être humain, cette proportion est bien plus importante chez le nouveau-né qui peut dormir jusqu'à dix-sept heures sur vingt-quatre [2]. C'est durant la première année de vie, notamment les premiers mois, que la structure du sommeil se modifie le plus. L'installation rapide d'un rythme veille-sommeil stable favorise le bon sommeil ultérieur de l'enfant. Pour cela, les parents ont un rôle primordial, ils sont les acteurs principaux du sommeil de leur enfant. Or, il est retrouvé que 40% des nourrissons souffrent de troubles du sommeil, dont une grande partie sont dus au comportement parental, ce qui relève d'un réel problème de santé publique [3]. En liant la physiologie du sommeil aux pratiques ainsi qu'aux recommandations en vigueur, nous avons cherché à savoir si les parents possèdent des connaissances sur le sommeil, et s'ils rencontrent des difficultés de pratique. En tant que sage-femme, il semble important de pouvoir adapter son discours en fonction des besoins des parents rencontrés.

# Revue de la littérature

---

## 1. La physiologie du sommeil.

### 1.1 *L'histoire.* [2,4]

Le sommeil est un besoin fondamental, prouvé par les américains W. Dement, N. Kleitman, S. Katz, C. Landis et leurs successeurs. Mais il révèle une importante complexité des mécanismes en cause. Quatre théories se sont succédées au fil du temps pour comprendre ce qu'est vraiment le sommeil. Pour Heracleite et Epicure, le sommeil est un barrage entre le monde extérieur et intérieur, entre la réalité environnementale et le psychisme, et pendant lequel les relations entre nos sens et notre vie mentale sont suspendues. Cette théorie a été reprise par Burdach et Purkinje, pour eux le sommeil suspend les connexions nerveuses entre la sensibilité, la perception et le reste du cerveau. Pour Legendre ou Piéron, le sommeil est dû à une substance, l'hypnotoxine. Pour Gayet Von Economo et Hess, il existerait un centre cérébral du sommeil.

Les connaissances ont beaucoup évoluées grâce à l'invention de l'électroencéphalogramme (EEG) par H. Berger en 1924, corrélé à une meilleure connaissance de l'anatomie et du fonctionnement neurologique. En effet, l'enregistrement de l'activité électrique du cerveau distingue plusieurs sortes d'ondes électroencéphalographiques pendant le sommeil dont des ondes rapides et des lentes. Ceci a été confirmé en 1932 par ED Adrian et développé en 1937 par Loomis et ses collaborateurs qui ont réalisé les premiers enregistrements nocturnes scientifiques.

### 1.2 *La physiologie chez l'adulte.* [4,5,6]

La nuit de sommeil d'un adulte se décompose en plusieurs cycles (quatre à six séparés d'éveils brefs) de quatre-vingt-dix à cent vingt minutes avec deux états de sommeil : le sommeil lent et le sommeil paradoxal.

Le sommeil lent se décompose en trois stades allant de l'endormissement au sommeil lent profond, en passant par le sommeil lent léger. Ce sommeil durant lequel la respiration est lente et régulière est réparateur de la fatigue physique.

Le sommeil paradoxal, lui, montre des signes de sommeil profond comme une atonie musculaire complète et des seuils d'éveil élevés. Il montre aussi des signes d'éveil avec des ondes rapides sur l'EEG qui prouvent une activité cérébrale intense, des mouvements oculaires et une respiration irrégulière. Ces différents signes sont ceux de la phase de rêve, cet état est réparateur de la fatigue psychique.

Les deux états s'alternent durant la nuit d'un adulte, le sommeil lent est d'une durée constante, le sommeil paradoxal voit sa durée augmenter au fur et à mesure de la nuit. Un adulte suit un rythme jour/nuit aussi appelé rythme circadien.

### *1.3 La physiologie chez le nouveau-né. [5,6,7,8]*

Les premières études réalisées sur l'enfant par N. Monod et C. Dreyfus Brisach sont françaises, et datent de 1966. Il existe deux états chez le nouveau-né : le sommeil agité et le sommeil calme, ils s'apparentent aux deux états de l'adulte. Le sommeil calme qui correspond au sommeil lent profond ne comporte pas de phases d'éveil. Le nouveau-né est immobile en dehors de quelques sursauts, mais reste tonique c'est-à-dire poings fermés et bras pliés sur le thorax. Les yeux sont fermés sans mouvement oculaire, la respiration et la fréquence cardiaque sont régulières. Ce stade dure environ vingt minutes.

Le sommeil agité, équivalent du sommeil paradoxal, se caractérise par des ondes rapides sur l'EEG. Les mouvements du corps sont fréquents tels que des étirements, des mouvements des doigts et des orteils ou des mouvements plus amples des bras et des jambes, entre ceux-ci le corps est hypotonique. Il y a aussi des mouvements oculaires rapides, les yeux sont parfois fermés parfois entrouverts, la respiration est rapide et irrégulière. Le visage de l'enfant est très expressif dans ce stade. Challamel y retrouve les six émotions humaines supposées innées et universelles (peur, colère, tristesse, surprise, joie et dégoût). Ce stade a un rôle majeur

dans la construction cérébrale. Sa durée est beaucoup moins stable, de dix à quarante-cinq minutes.

Il existe aussi plusieurs états de veille chez le nouveau-né. Ainsi il peut, dès les premiers jours être attentif à l'environnement, avoir les yeux grands ouverts, fixer un objet, l'activité motrice est toujours réduite. C'est l'état de veille calme, qui ne dure que quelques minutes, deux à trois fois par jour car l'enfant se fatigue vite et va soit s'endormir, soit passer à l'état de veille agitée. Ce dernier état se décompose en deux stades selon l'absence ou la présence de pleurs. L'activité motrice peut être intense et les pleurs ininterrompus. Cet état est plus fréquent que l'éveil calme les premiers jours, car les pleurs sont un comportement pour attirer l'attention de la mère. De plus, le bébé ignore le jour et la nuit, mais ces phases d'éveil sont dès la naissance ou presque, plus longues le soir. L'alimentation (son mode, son volume, sa qualité) jouerait un rôle sur le sommeil, mais dans tous les cas, ce rôle est moindre par rapport à ce qui est véhiculé dans notre culture.

Les deux états de sommeil composent des cycles de cinquante à soixante minutes qui sont tous identiques, un enchaînement de trois ou quatre cycles permet donc un sommeil de trois à quatre heures consécutives.

Il existe encore d'autres différences avec l'adulte comme la composition du sommeil, il est de 50 à 60% de sommeil agité chez le nouveau-né contre 20-25% chez l'adulte, et l'endormissement se fait en sommeil agité contrairement à l'adulte. Enfin, le temps de sommeil est beaucoup plus important puisqu'il est d'environ seize heures par jour, et le nouveau-né suit un rythme différent qui est appelé ultradien (c'est-à-dire plusieurs phases veille-sommeil durant vingt-quatre heures). Car le tout jeune enfant dort aussi bien le jour que la nuit, il ne fait pas la différence. Le changement pour arriver à un rythme jour/nuit stable de vingt-quatre heures se fait plus ou moins rapidement, en quelques mois généralement. L'âge des nuits complètes se situe entre deux et cinq mois, où le plus long épisode de sommeil se stabilise au milieu de la nuit (entre vingt-trois heures et cinq heures le plus souvent). Le sommeil devient alors plus calme. Le rythme ultradien veille-sommeil du nouveau-né est sa carte d'identité majeure, elle lui est propre et ne se confond avec aucun autre. C'est-à-dire que les états veille-sommeil varient selon les tous jeunes enfants en nombre, durée, en

emplacement, ceci pendant une journée mais aussi d'une journée à l'autre. Cependant le rythme ultradien du sommeil a plusieurs caractéristiques : il est sous l'influence de l'environnement, tout particulièrement la famille, il dépend des constructions anténatales et des influences ressenties par le fœtus, enfin il est évolutif.

#### *1.4 Installation du rythme veille-sommeil. [5,6,9]*

Le nouveau-né a besoin de retrouver des composantes de base de la vie intra-utérine puisque, pendant plusieurs mois elles ont représenté son environnement permanent et ses conditions d'endormissement. Il perçoit aussi toutes les émotions qui l'entourent dont les angoisses de ses proches.

Pour que le nouveau-né puisse installer et développer une organisation temporelle au fil du temps, principalement le rythme veille-sommeil, il faut qu'il puisse apporter des modifications aux repères sensoriels pris en anténatal. Pour cela, il ne doit pas être perturbé par son environnement, en particulier par la mère, qui est le donneur de temps le plus important pour l'installation de ce rythme. En effet, elle doit s'ajuster tout au long du jour et de la nuit, à deux rythmes de son enfant (veille-sommeil et alimentaire), plus ou moins différents et qui ne correspondent pas toujours voire pas du tout avec l'alternance du jour et de la nuit. Ce dernier est découvert à la naissance par la sensation désagréable de la faim qui revient régulièrement et perturbe son rythme cérébral issu de la vie fœtale. Le nouveau-né doit alors trouver un nouveau rythme, un cap à passer pendant lequel la mère peut suivre le rythme de l'enfant et dormir quand lui-même dort. Pendant cette période, il faudrait aussi ne pas le réveiller, tant à la maternité qu'à la maison, quelle qu'en soit la raison. Les seules exceptions seraient les enfants ayant une pathologie, nés prématurément ou autres nécessitant d'être réveillés pour des soins ou pour l'alimentation, mais ils ne représentent pas la majorité et sont connus du personnel soignant.

Après la naissance, le nouveau-né doit s'adapter à l'environnement qui l'entoure, où tout est nouveau : la sensation de vide, les bruits, le silence par exemple. Cette transition doit être douce, sécurisante, progressive, il peut rester toute une période de sommeil dans les bras de ses parents de temps en temps. En théorie, il ne

faudrait pas le remettre dans son berceau une fois endormi, pour ne pas le réveiller d'une part, mais aussi pour ne pas l'angoisser à son réveil qui serait dans un lieu différent de celui dans lequel il s'est endormi. Cependant, l'enfant doit aussi apprendre à s'endormir seul dans son lit, en faisant connaissance avec l'endroit dans lequel il va passer une grande partie de son temps. Il va de toute façon lui aussi prendre ses repères sur les rythmes de sa mère, sur la façon dont on s'occupe de lui, il peut très vite faire la différence entre des moments d'éveil et des moments de repos.

Au bout d'environ un mois de vie, le bébé va commencer à établir naturellement une différence entre le jour et la nuit, c'est le début du rythme circadien. Ceci est valable pour tous les enfants, quels que soient leur mode de vie, leur origine géographique, telle une « programmation » intérieure. En effet, les rythmes circadiens ne correspondent pas seulement à l'alternance veille-sommeil, il y a aussi des sécrétions hormonales par exemple qui suivent ce rythme. Ce n'est pas lui donner à manger plus le jour que la nuit de façon trop précoce qui va créer cette évolution. Le bébé va espacer lui-même ses repas la nuit, de manière plus ou moins régulière mais progressivement. C'est aussi à cette période qu'apparaissent généralement les « pleurs du soir », ils peuvent durer plusieurs heures pendant plusieurs semaines. L'enfant est alors inconsolable, c'est une période désagréable pour les parents, mais physiologique, et une étape dans les changements cycliques dont le mécanisme est encore inconnu. Il faut savoir que ce n'est pas la faim qui cause ces pleurs, il est inutile de chercher à ajouter un biberon le soir. La seule solution est d'endormir l'enfant, en l'apaisant dans un lieu calme et dans l'obscurité en évitant la sur-stimulation.

Plus tard, le bébé va pouvoir dormir pendant des périodes d'au moins huit ou neuf heures consécutives, signe d'une maturité cérébrale. La composition du sommeil change peu à peu. Dans la journée, les périodes d'éveil sont plus longues, elles permettent à l'enfant la découverte du monde qui l'entoure, et sont encore entrecoupées de siestes. Les repas durant la nuit tendent à disparaître, le repère de cette étape est d'environ huit semaines et cinq kilogrammes, grâce au foie qui permet une autonomie plus importante en régulant la glycémie. L'enfant mange alors plus le jour que la nuit. Vers quatre à six mois, l'enfant doit aussi être capable de s'endormir seul et non plus dans les bras ou avec la présence systématique d'une personne.

Cependant, il faut lui expliquer et lui laisser la possibilité de se rendormir seul quand il se réveille dans la nuit, ceci est facilité si l'enfant commence à dormir dans une pièce séparée de celles de ses parents. La proposition d'alimentation ne doit donc plus être systématique. Toujours dans la parole, l'enfant va comprendre s'il est félicité après une nuit complète et s'en servir comme repère. Il peut bien sûr y avoir des périodes où l'enfant est perturbé par la maladie, le stress, un changement, mais cela doit rester transitoire si le rythme a été correctement installé.

Enfin, il semble que le rythme veille-sommeil de la mère pendant la grossesse et après l'accouchement ait une influence sur le rythme veille-sommeil du nouveau-né. Ainsi un rythme stable chez la mère accélérerait l'installation et la stabilité du rythme chez son enfant. Par conséquent, quand le rythme de la mère est complètement décalé pendant la grossesse et que celui-ci se poursuit après l'accouchement, par exemple en cas d'activité la nuit, professionnelle ou non, l'épisode de sommeil est décalé au matin voire à l'après-midi. Dans ce cas, un grand retard à l'installation de la composante circadienne du rythme veille-sommeil est régulièrement retrouvé, ainsi que des troubles du sommeil persistants.

Si les donneurs de temps ne sont pas respectés, des perturbations importantes du rythme veille/sommeil peuvent donc apparaître, voire même une inversion jour/nuit. L'environnement et le comportement des parents jouent un rôle essentiel dans la mise en place du rythme circadien.

## **2. Les pratiques parentales.**

Les pratiques autour du sommeil varient énormément entre les cultures mais aussi au sein d'une même culture selon l'époque. En effet, au Japon l'habitude est de dormir ensemble, alors qu'en Europe ou aux États-Unis, l'habitude est d'isoler le bébé de la mère, sur le ventre ou sur le dos selon les époques. Ces différences de pratiques sont dues aux conditions climatiques et géographiques, mais aussi aux idées des populations sur les besoins de l'enfant, sa santé, ses rythmes de développement. Des

croyances, des idéologies ou des représentations sur la maternité, l'enfance, la place de l'individu dans la société ainsi que la structure familiale sont aussi retrouvées.

### *2.1 Comparaison et évolution dans le monde. [10,11,12,13,14]*

En Afrique noire, le bébé est généralement en contact permanent avec le corps de sa mère toute la journée par portage dans le dos pendant cinq ou six mois environ, c'est le cas qu'il soit éveillé ou endormi. C'est une spécificité du maternage africain. L'enfant dort avec sa mère la nuit, un léger éloignement peut se faire vers deux ou trois mois, mais c'est seulement après le sevrage que la séparation pendant le sommeil a lieu, vers vingt mois pour les garçons, et vers trois ans pour les filles,. Dans les pratiques traditionnelles, le bercement est encore retrouvé de nos jours, il est multidirectionnel et souvent rythmé par des bruits de bouche ou des berceuses. Enfin, la mère reste au repos, plusieurs semaines voire plusieurs mois après la naissance, elle suit le rythme de son enfant.

En Afrique du nord, particulièrement en Algérie, des moyens de prévention contre les démons de nuit sont retrouvés tels que des objets sous l'oreiller, à côté du lit ou encore des objets-bijoux très nombreux. Concernant l'endormissement, il se pratique beaucoup au sein, la mère s'isole dans une pièce calme, c'est un moment privilégié avec l'enfant, le sein est retiré seulement quand l'enfant dort profondément. Il est couché dans un berceau traditionnel, souvent suspendu à des poutres, dans un lit, ou bien sur un petit matelas posé à côté de sa mère voire dans le lit conjugal, pour les familles les plus démunies vivant dans un logement exigü. Le bercement a beaucoup été pratiqué, et ce même par manque de temps, en berçant à distance par un système de lien accroché au berceau. Le bercement a été accompagné de berceuses, car elles permettent de maintenir un contact par la voix et apportent le sommeil. Puis, le berceau traditionnel disparaît d'abord en ville, puis à la campagne à partir des années 1970 avec la construction de logements plus modernes qui ne permettent plus de suspendre les berceaux. Il est remplacé par de petits lits en fer ou en bois. En ville, l'idée de « mauvaise habitude » à propos du bercement est apparue tandis qu'à la campagne il se justifie par un bon sommeil de l'enfant. De nos jours, le bercement y est encore pratiqué. Actuellement les pratiques autour du sommeil en

Algérie se situent entre le style proximal typique de l'Afrique noire, et le style distal de l'occident.

Au Brésil, c'est dans les années 1960 que les valeurs traditionnelles ont été détruites, par l'apport de la puériculture occidentale inadaptée à la population, ayant entraîné une augmentation du taux de mortalité infantile. La tradition est à la proximité mère-enfant et au bercement multidirectionnel dans un hamac, depuis des centaines d'années, puisque cela existait déjà lors de la découverte du Brésil. Il a été observé que cette pratique apporte un bon développement psychomoteur et un bon éveil visuel du fait de stimulations vestibulaires. Les pleurs et les insomnies sont rares. Dans cette culture, le corps à corps est alors associé au bercement qui augmente en intensité avec l'âge, les mères se bercent souvent avec leur bébé dans le hamac. Il y a un passage progressif des bras au hamac. Dans certaines régions où le contact se fait plus rare, le corps de la mère est remplacé par des sucettes et morceaux de tissu. Ces substituts favorisent l'agrippement, et répondent au besoin de succion non alimentaire.

Au Portugal, dans l'histoire, le berceau a toujours eu une place importante en ce qui concerne le sommeil et les pratiques d'endormissement. Avant le Moyen-âge, le nouveau-né est longtemps resté dans le lit de sa mère ou de sa nourrice la nuit, par protection, commodité et affection. Dès le Moyen-âge, l'église puis la médecine condamnent cette pratique. Le bébé se retrouve alors à dormir dans un berceau la nuit, situé près du lit de ses parents. Cette pratique se répand pour protéger l'enfant du risque de chute, et d'étouffement. À cette époque, les berceaux sont conçus pour bercer, mais cette idée est combattue par des médecins qui accusent le bercement de perturber l'enfant et son sommeil. Ce type de berceau disparaît peu à peu, pour n'être que rarement retrouvé de nos jours, mais la tradition du bercement est toujours présente, surtout en milieu rural. Elle est beaucoup pratiquée dans les bras ou sur les genoux, et très souvent accompagnée de berceuses. Dans le milieu urbain, l'idée de mauvaise habitude est retrouvée pour qualifier ces pratiques, ceci associé au manque de temps, les berceuses sont alors remplacées par des boîtes à musique.

Cette comparaison est loin d'être exhaustive, il existe de nombreuses autres cultures et pratiques autour du sommeil. Mais des similitudes et des différences

peuvent être dégagées. Le bercement, les berceuses, une proximité mère-enfant plus ou moins forte sont régulièrement retrouvés. Partout, les pratiques évoluent, et l'influence des pratiques occidentales semble importante.

## 2.2 *Évolution en France.*[10, 15, 16, 17, 18, 19]

Les pratiques autour du sommeil en France, comme dans les autres cultures, sont basées depuis très longtemps sur la peur de la mort principalement. Au Moyen-âge, la nuit est redoutée à cause de l'obscurité qui l'accompagne, les mères dorment alors avec l'enfant non sevré, ce qui contraste avec l'isolement par l'emmaillotement dans la journée.

Mais ce rapprochement nocturne est, dès le cinquième siècle dénoncé par l'Eglise comme étant une cause d'infanticide masqué, par étouffement. Théorie reprise par la médecine plus tard. L'utilisation du berceau date alors de l'époque des mérovingiens et double le maillot qui enserre le corps pour donner de la chaleur considérée comme indispensable à la croissance. L'enfant n'est jamais laissé seul, le jour comme la nuit, soit il suit sa mère si elle travaille, par portage, soit, dans les milieux privilégiés, il reste à domicile avec sa mère. Enfin, il est bercé pendant plusieurs siècles.

Puis, à partir du dix-huitième siècle, il est préconisé de libérer le corps de l'enfant du maillot, mais il n'y a pas de rapprochement avec le corps de la mère. En effet, les impératifs d'asepsie apparaissent, les corps s'éloignent encore plus, pour prévenir des maladies, ce qui dénigre aussi les pratiques traditionnelles tels que le bercement ou le chant. Le berceau se transforme, l'enfant ne peut plus être bercé, ce phénomène se répand plus vite en ville qu'en campagne. Il devient un lit, puis l'enfant dort dans une pièce à part, calme et aérée. Cet interdit de proximité, notamment nocturne, a été largement appuyé par les découvertes psychanalytiques. Le bercement continu empêcherait de connaître la cause des pleurs, et donnerait de mauvaises habitudes. Bien que la connaissance théorique du besoin de contact du bébé soit présente, il y a une crainte de dépendance par influence des croyances populaires.

Les outils traditionnels d'apaisement sont alors de plus en plus stigmatisés. Si bien que, dans les années 1990, la pratique du bercement est en voie de disparition, ainsi que celle du chant. D'une part, les parents avancent le manque de temps, la peur du caprice. Ces arguments sont dus aux nombreuses modifications du mode et des rythmes de vie, des structures familiales et sociales, ainsi qu'à l'affluence croissante de la pensée médicale. Tout cela a entraîné dans l'histoire de la puériculture d'énormes différences voire des oppositions, pour en arriver à l'oubli des traditions. En effet, les bienfaits du bercement ou du chant semblent désormais méconnus des parents et de certains professionnels qui les jugent inutiles. Ce qui influe sur le comportement des mères et contribue à priver le bébé d'une source potentielle d'apaisement tandis que la proximité mère-enfant est déjà limitée. D'autre part, les parents sont sensibles aux publicités qui proposent des objets plus modernes. La mode et l'esthétique jouent un rôle considérable dans les critères de choix ou de rejet d'un objet de puériculture.

Si les traditions sont parfois oubliées, il est arrivé à notre société d'adopter certaines modes venues d'ailleurs. C'est le cas pour la position de couchage ventrale qui est une mode venue des États-Unis au début des années 1970. Cette position qui convenait aux prématurés ayant des anomalies respiratoires a été transposée aux nouveau-nés nés à terme. Ceci n'avait jamais été adopté par aucune société humaine auparavant, mais le sommeil calme et prolongé ainsi que la diminution des reflux gastro-oesophagiens qu'elle induisait a permis sa diffusion dans notre société. Il a rapidement été observé une augmentation de la fréquence de mort subite du nourrisson (MSN) et un lien avec cette nouvelle position n'a pas tardé à être établi. Ainsi, des campagnes d'informations ont visé à proscrire la position ventrale dès la fin des années 1980, voire même plus tôt puisque le professeur Sénécal a clamé l'effet néfaste du sommeil sur le ventre en 1983. En France, c'est à partir de 1993 et surtout 1994 qu'un programme visant à faire diminuer le taux de MSN est apparu. Il préconise le couchage en position ventrale mais aussi des literies fermes, ou encore l'absence d'oreiller, et a entraîné une réduction de presque 50% de MSN.

Enfin, une autre mode des États-Unis adoptée en France a préconisé l'isolement des bébés pour leur sommeil dans une pièce à part pour l'habituer à la solitude et à l'autonomie, ce qui correspond à une conception très occidentale de la vie et de l'éducation. La culture occidentale a même prôné la séparation mère-enfant

dès le séjour en maternité, mais Carpenter, en 2004, a prouvé le côté délétère de cette pratique par une multiplication par deux du taux de MSN.

Des études ont cherché à prouver que la proximité utilisée dans les sociétés non industrialisées était bénéfique face au risque de MSN. Par exemple, Davies en 1984, souligne le fait qu'à Hong-Kong, le taux de MSN est faible. Il pense que c'est dû à la surpopulation, de telle sorte que les nourrissons ne sont jamais seuls, toujours sous surveillance. D'autres études jusqu'au début des années 1990 comparent le taux de MSN chez des groupes originaires du Bangladesh ou du Pakistan immigrés en Angleterre, avec des populations anglaises. Plusieurs ont constaté un taux moins élevé chez les populations immigrées, avec un niveau socio-économique pourtant plus faible, mais dans lesquelles les enfants ne sont jamais laissés seuls contrairement aux anglais qui suivent les pratiques occidentales. Le même constat est fait au Zimbabwe, en Thaïlande et dans la population turque en Allemagne.

Il en résulte que la pratique clinique et la psychologie ont beaucoup négligé la dimension culturelle et anthropologique des conduites de soins aux jeunes enfants. Actuellement en France, il y a une part importante de population immigrée, d'origines différentes. Il apparaît important pour les professionnels qui ont affaire à ces familles migrantes d'avoir des connaissances de base sur le milieu d'origine. En effet, il est indispensable de ne pas imposer aux jeunes mères des pratiques pouvant être complètement opposées à leur manière de faire. Ceci pourrait faire naître de l'incompréhension voire de l'anxiété, et conduire les mères à un maternage appauvri, dommageable pour l'enfant et dévalorisant pour elle-même. Tous les modes de faire ont leur propre justification interne qu'il s'agit avant tout d'analyser et de comprendre.

### *2.3 Les difficultés de pratique. [5,6,17,18,19]*

Le sommeil est, dès les premiers jours, l'une des premières préoccupations des parents, au même niveau que l'alimentation et les capacités intellectuelles. Les parents rêvent de nuits complètes, le plus vite possible, mais la femme d'aujourd'hui reprend un rythme de vie normal très vite. Le repos strict préconisé auparavant n'existe plus, la

jeune mère ne se ménage pas, et ne ménage pas non plus son nouveau-né déjà bouleversé par la naissance. En effet, bon nombre de mères refusent de se mettre au rythme de leur enfant ne serait-ce que quelques semaines pour vivre leur vie normalement, tout en s'étonnant de leur fatigue et des demandes du bébé. Ainsi, même pour les vacances, le bébé est emmené précocement, parfois même avec un décalage horaire, toujours dans un environnement inconnu pour lui. Or, les premières semaines et les premiers mois sont essentiels pour l'installation d'un rythme veille-sommeil correct.

Par ailleurs, l'absence de sommeil parfois associée aux pleurs est une grande source d'angoisse, perturbe les parents au plus profond d'eux-mêmes dès les premiers jours. À l'inverse, le sommeil de l'enfant peut aussi susciter de l'angoisse qui amène les parents à répondre au moindre bruit, surveiller le berceau sans cesse. Des interventions intempestives qui peuvent bousculer le fonctionnement du bébé et son apprentissage du sommeil. Ces interventions peuvent aussi être causées par un refus répété d'alimentation, des régurgitations, une perte ou un non-gain de poids de l'enfant. Ces différentes raisons peuvent pousser la mère à réveiller son bébé pour le nourrir. Si elle fait passer l'alimentation avant le sommeil, cette pratique peut entraîner une impossibilité de stabiliser le rythme veille-sommeil. Il existe des situations où un biberon est donné systématiquement à chaque réveil même après six mois, ou à l'opposé, un nouveau-né pleure pendant des heures sans être nourri pour lui faire comprendre comment dormir. Ceci est dû à une mauvaise interprétation des pleurs de l'enfant.

Même après les premiers mois passés, des parents endorment toujours leur enfant dans leurs bras, ce dernier n'arrive jamais à s'endormir seul. Il arrive que les parents se décident à le laisser pleurer, au moment de l'endormissement, ou au moment d'un réveil durant la nuit, mais ils se ruent sur le berceau au bout de quelques minutes. L'enfant va alors être encouragé à s'endormir uniquement avec la présence de quelqu'un. C'est ainsi que, dans la société occidentale actuelle, l'endormissement des tout jeunes enfants s'accompagne souvent de réactions anxieuses voire de conflits susceptibles, si cela se répète, d'induire des troubles du sommeil dès le plus jeune âge.

De plus, peu de personnes connaissent le sommeil agité. Il est souvent confondu avec une période de veille, ou interprété comme des signes d'appel, de détresse, le bébé est alors pris dans les bras très rapidement et est interrompu dans son sommeil. Mais il n'est pas rare qu'un nouveau-né soit dérangé par les visites même en plein sommeil calme, ceci fait partie des excitations extérieures. Il existe d'autres sollicitations tels que parler au bébé, le changer, le mettre devant l'écran de télévision alors qu'il commence à s'endormir. L'environnement a aussi un rôle important, par exemple le tabagisme passif, outre son effet toxique, a aussi un effet excitant et peut perturber le sommeil du bébé.

Une mère qui pendant sa grossesse, ou pendant l'allaitement consomme des substances telles que le tabac, le café, le thé, l'alcool ou encore certains médicaments peut modifier le sommeil de son enfant, cela fait partie des excitations intérieures.

Il existe encore d'autres pratiques autour du sommeil comme le co-sleeping. Ce dernier prône le partage du lit conjugal avec le nouveau-né, c'est une mode venue principalement des États-Unis et qui favorise l'allaitement maternel. Cette pratique favoriserait aussi la fusion mère-enfant qui est essentiel pour le bébé, mais cette idée est fautive car elle est fondée sur une mauvaise compréhension de la nature du lien. Pour beaucoup de pédiatres, cette technique représente un danger d'étouffement avec un risque de MSN d'autant plus important quand les parents sont fumeurs ou consommateurs d'alcool. Ils constatent que le partage du lit favorise effectivement l'allaitement, c'est pourquoi ils recommandent seulement la chambre partagée. Pour les psychanalystes, le co-sleeping entraîne la non différenciation des corps, des places et des lieux, retire l'intimité, et a des conséquences au niveau du développement sexuel et général car il nie l'existence d'une sexualité infantile. Il crée même un climat « incestueux ». Il y a donc tous les arguments pour séparer physiquement le bébé des parents pendant le sommeil sans pour autant nuire ni à l'attachement ni à la qualité du sommeil.

Mais les parents font parfois leurs propres aménagements, leur propre histoire, ainsi que certaines conditions de vie agissant sur leur manière de faire. En effet ces différentes pratiques sont lues ou vues dans les médias, ou bien sont familiales ou culturelles, mais certaines perturbent énormément le bébé qui devient parfois très

agité, voire entraînent des désordres somatiques, des troubles du sommeil. L'ajustement du rythme veille-sommeil et du rythme d'activité de la mère aux rythmicités de base de son enfant (carte d'identité veille-sommeil et rythme alimentaire) est un organisateur majeur dans le développement de l'enfant.

### **3. Les troubles liés au sommeil. [2,3,6,20,21,22]**

Le sommeil, besoin vital, indispensable à la fabrication du cerveau et à la croissance staturo-pondérale motive près d'une consultation pédiatrique sur cinq de nos jours, c'est un problème de société majeur. Des parents consultent dès trois ou quatre mois tandis que le bébé cherche encore ses rythmes, et d'autres consultent beaucoup plus tard, quand la relation parents-enfant s'altère.

Il n'existe pas de troubles du rythme circadien avant l'apparition de celui-ci, vers six mois, il n'y a donc pas de troubles du sommeil à la sortie de la maternité. Ils apparaissent plus tard, chez 40% des nourrissons, quand le rythme veille-sommeil devrait être bien installé. Cependant, l'éducation au sommeil doit débuter très tôt. En effet, le trouble le plus retrouvé est l'insomnie, qui se caractérise par des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes, ou des réveils matinaux trop précoces, dans le cas du nourrisson, l'éveil des parents est associé. Avant deux ans, 75% des insomnies sont d'origine comportementale. Un mauvais conditionnement de l'endormissement et des insuffisances de limites composent 60% des insomnies comportementales. Les erreurs diététiques y sont souvent associées.

Les éveils nocturnes sont physiologiques, mais l'important est de pouvoir se rendormir facilement et rapidement. Un enfant qui ne s'endort qu'avec un biberon, la présence d'une personne ou dans les bras par exemple, va pleurer et réveiller ses parents à chaque éveil pour retrouver les conditions d'endormissement initiales. Il ne sait pas se rendormir seul à cause d'un mauvais conditionnement de départ, les parents finissent par se lasser de cette situation, irrités et énervés ils le font ressentir à leur bébé. Ce ressenti gêne encore plus l'endormissement, qui devient source d'inquiétude et d'énervement, c'est un cercle vicieux. L'excès ou le manque de

nourriture, le nourrissage à chaque réveil sont des erreurs diététiques qui peuvent avoir un impact sur le sommeil.

D'autres pratiques fréquemment rencontrées participent à l'apparition de troubles. Elles ont déjà été évoquées, le non-respect du sommeil du bébé casse le rythme puisqu'il provoque un réveil. Par ces réveils provoqués, le cerveau du nouveau-né retient qu'il faut se réveiller systématiquement après chaque fin de cycle. C'est l'une des origines indéniables des troubles du sommeil des premières années. Les interventions intempestives gênent le sommeil de l'enfant, il va se fatiguer et pleurer pour manifester ce manque de sommeil. Les parents s'inquiètent parce qu'ils ne comprennent pas, ils interviennent d'autant plus et un cercle vicieux s'installe. Il est plus néfaste d'intervenir trop vite que de laisser pleurer quelques minutes.

Bien entendu, il existe d'autres causes de troubles du sommeil qui nécessitent plus que de l'éducation au sommeil. Mais dans une grande partie des cas, il s'agit d'un équilibre à trouver entre l'enfant et ses parents, qui, bien informés et conscients de la grande importance d'un bon sommeil, ont toutes les compétences pour réaliser au mieux les ajustements parfois nécessaires. Mais il arrive que des médecins traitent ces nourrissons qui pleurent beaucoup selon les parents, sans chercher de cause. En effet, quand un enfant « ne dort pas, pleure tout le temps », il peut être très important d'entendre cette plainte, qui doit entraîner non pas un traitement concernant le sommeil, mais une prise en charge d'un potentiel trouble discret de la relation mère-enfant. Plus la prise en charge est précoce, plus elle permet une prévention des troubles du sommeil ultérieurs.

Enfin, les troubles du sommeil de l'enfant ont des répercussions à court et long terme, sur l'enfant, mais aussi sur les parents. Pour l'enfant, il y a des risques de prolongations des troubles dans l'enfance, voire même à l'âge adulte. Il y a aussi des risques d'obésité, de troubles de la concentration, du comportement. Pour les parents, il y a plus de somnolence, d'absentéisme au travail, ou encore de dépression. Cette liste, non exhaustive permet déjà de se rendre compte des impacts que peuvent avoir des troubles à l'origine évitable parfois.

#### 4. Les recommandations concernant le sommeil. [1,3,23,24,25,26,27]

Il n'existe pas de recommandations officielles concernant le mode de couchage du nouveau-né en France, ni sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS), ni sur celui du ministère de la santé. Cependant des recommandations venant d'autres États sont largement diffusées au sein des maternités, tels que le couchage dorsal, la suppression de couette, oreiller, matelas trop mou ou trop petit, berceaux anciens ou non conformes à la réglementation actuelle contenue dans le décret de 1991 sur les exigences essentielles de sécurité des matériels de puériculture. Il n'est pas conseillé de nid d'ange pour dormir, mais plutôt une turbulette ou une gigoteuse adaptée, une pièce pas trop sèche, une température de 19-20 degrés, et enfin pas de tabagisme passif. Ces recommandations font référence au risque de MSN.

La HAS, recommande par contre la proximité de la mère avec son enfant, notamment à la maternité, ce qui favorise l'allaitement lui-même recommandé. Cette proximité favorise aussi la relation mère-enfant, même chez les nouveau-nés non allaités. Une étude datant de 1988 a déjà prouvé ce bénéfice, puisque Keefe a observé que le partage de la chambre en maternité engendre moins de pleurs (1,4 minutes en chambre versus 20,8 en nurserie), sans aucun changement concernant le sommeil des mères et leur satisfaction. Ball, en 2006 a filmé trois groupes de mères et enfants : un avec le bébé dans le lit de sa mère, un avec un berceau collé au lit un avec un berceau dans la chambre de la mère. Les résultats montrent une durée de sommeil identique pour la mère et son enfant dans les trois groupes, mais une influence sur le nombre de tétées, ainsi que sur la durée d'allaitement. Cette dernière est augmentée dans les deux premiers groupes si la technique se poursuit au retour à domicile. Certains pédiatres recommandent le sommeil partagé jusqu'à six mois.

D'après Trehub, la berceuse a pour fonction première de calmer ou d'endormir le bébé, le chant servirait à promouvoir les liens affectifs entre l'enfant et les parents. Ses effets favorables sur le niveau d'éveil, la réduction des pleurs, l'induction du sommeil et l'augmentation de l'affect positif stimuleraient la répétition de ce comportement. Le bercement a longtemps été banni, car jugé nocif pour la santé en rendant les enfants dépendants. Aujourd'hui, il est vu comme le maintien d'un lien

quand il n'y a plus de contact. D'après Françoise Dolto la parole est même un objet transitionnel, elle permet d'être seul sans pour autant être dans la solitude.

Dans un rapport sur le thème du sommeil au ministère de la santé de 2006, l'importance du sommeil est mise en avant. Ce rapport souligne que le sommeil ne fait pas l'objet de recherches, de préoccupations quotidiennes, d'interventions préventives suivies et d'éducation au même titre que la nutrition, l'activité physique, et d'autres comportements. Cela entraîne une sous-estimation de son importance, ainsi qu'une méconnaissance du public. D'autant plus que le mode de vie, et les rythmes actuels ne favorisent pas le sommeil. Il y a alors dans ce rapport une volonté d'éducation au sommeil.

Ainsi, le sommeil a aujourd'hui une place dans les questions de santé par la population qu'il touche, les troubles qui l'accompagnent, et le dépistage, et les traitements possibles. Différentes orientations stratégiques sont proposées afin de construire un programme autour du sommeil: mieux connaître et évaluer pour mieux prévenir, favoriser la connaissance et le respect du sommeil au niveau de l'ensemble de la population mais aussi des différents professionnels de santé et de l'éducation, promouvoir le développement d'actions d'éducation et de prévention de proximité.

Les parents de jeunes enfants sont concernés par les actions d'information et d'éducation pour diminuer le taux de troubles du sommeil dus à l'environnement ou aux troubles du rythme veille-sommeil. Ainsi il est suggéré au niveau national : la mise en place d'un programme de prévention « plan national santé sommeil » et la création d'un comité de suivi, de la communication sur le sommeil notamment de l'enfant (rythmes, besoins, conséquences du mal dormir et de la somnolence), la diffusion d'un « guide pratique sur le sommeil », et enfin l'intégration dans le carnet de santé d'informations sur le temps de sommeil (conseils, signes de fatigue et de somnolence). Il y a aussi des suggestions régionales telles que l'incitation des acteurs régionaux à réaliser des projets sur le thème du sommeil, l'information des parents sur le sommeil de l'enfant avec l'intervention des sages-femmes : en prénatal (cycles du sommeil, hygiène du sommeil, installation des rythmes...), mais aussi en post-natal, en PMI, dans les crèches et les consultations de pédiatrie avec des plaquettes sur le temps de sommeil, l'âge des premières nuits complètes, des conseils sur le couchage,

l'environnement, le vécu et les pratiques culturelles. Dans le département de l'Eure, il existe un « réseau petite enfance » qui s'est investi dans l'éducation au sommeil en 2006, en utilisant une plaquette informative (Annexe I, II, III). Celle-ci est utilisée pour recueillir le vécu des parents et leurs pratiques, mais sert aussi de point de départ pour tenter de proposer des changements de comportements.

La physiologie du sommeil s'avère être complexe, mais au vu des données et des recommandations à propos du sommeil, il nous a semblé important d'étudier les pratiques au quotidien actuellement et l'impact des informations données.

# Etude

---

## 1. Matériels et méthode.

### 1.1 *Problématique et hypothèses.*

Depuis toujours, les parents tentent de trouver des moyens pour gérer le sommeil de leur enfant. La médecine s'est emparée du sujet, parfois au détriment de la dimension culturelle et favorisant plutôt un point de vue pathologique. Cependant, l'intérêt du sommeil dans les questions de santé est relativement récent. Il fait suite à l'importance des troubles liés au sommeil. Un programme autour du sommeil a été élaboré. Nous pouvons alors nous demander si les actions lancées ont permis une évolution chez les parents à propos du sommeil ?

Nous avons émis deux hypothèses :

- Les parents méconnaissent encore la physiologie du sommeil de leur enfant.
- Les parents rencontrent des difficultés dans la pratique au quotidien.

### 1.2 *Méthodologie de l'étude.*

Pour établir un état des lieux des pratiques et des connaissances des parents, et tenter d'affirmer ou d'infirmer ces hypothèses, nous avons réalisé une étude transversale par des questionnaires. Cette enquête a été réalisée auprès des parents ayant un enfant de moins de six mois, puisque c'est pendant ces premiers mois qu'a lieu la construction du sommeil.

Nous n'avons pas retenu de critères d'exclusion car notre étude cherche à évaluer les connaissances des parents et leurs pratiques concernant la gestion du sommeil de leurs enfants.

Cette étude était descriptive, prospective et multicentrique, dans différents lieux de consultations:

- Un cabinet de pédiatre de l'agglomération Rouen
- Les centres médico-sociaux Flaubert au Havre et Charrettes et Flaubert à Rouen.

Mais aussi dans différentes structures d'accueil de Haute-Normandie :

- Crèches (Farandole et cie à La Frenaye, Centre Henri Becquerel et Soleil Levant à Rouen, Mini Planète au Havre, 1.2.3 soleil à Bonsecours, Trampoline à Canteleu, Les Trois Pommes à Franqueville-Saint-Pierre, Les Petits Pas d'Automne à Bernay)
- Structures multi-accueil (Toboggan Jaune au Havre, Bourg-Achard, Maison de l'enfance à Mont-Saint-Aignan)
- Maison des familles du Havre
- Relais d'assistantes maternelles (Quillebeuf sur Seine, place Saint-Vivien à Rouen, Bourg-Achard).

Enfin, nous avons lancé le questionnaire en ligne pour obtenir plus de parents répondants, même en dehors de la Haute-Normandie.

Ce questionnaire était individuel et anonyme afin de recueillir les réponses les plus honnêtes et les plus fiables.

### *1.3 Matériels de l'étude.*

#### *1.3.1 Le questionnaire.*

Le questionnaire se présente sous la forme d'un livret comportant 37 questions fermées, ou à choix multiples. (Annexe 4)

La première partie du questionnaire était sous forme de quiz, avec 19 affirmations auxquelles les interrogés doivent répondre par « vrai » ou « faux ». Cette

partie nous a permis d'évaluer les connaissances générales des parents sur le sommeil du nouveau-né et du nourrisson.

La deuxième partie du questionnaire comportait 18 questions fermées et à choix multiples. Les questions n°1 à n°8 interrogeaient sur quelques pratiques des parents à propos de l'endormissement de leur enfant :

- Question n°1 : Où dort votre enfant ?
- Question n°2 : Dans quel type de couchage dort votre enfant ?
- Question n°3 : Le lieu ou le type de couchage de votre enfant change t-il jamais, rarement, souvent ou tous les jours ?
- Question n°4 : Votre enfant s'endort-il sans la présence d'une personne ? Si oui, avec quoi ? Si non, comment ?
- Question n°5 : Si votre enfant se réveille pendant la nuit, se rendort-il tout seul ?
- Question n°6 : Prenez-vous votre bébé dans les bras dès qu'il pleure alors qu'il dormait ?
- Question n°7 : Donnez-vous à manger à votre bébé à chaque fois qu'il est réveillé ?
- Question n°8 : Est-ce qu'il vous arrive de réveiller votre bébé pendant une sieste ?

Question n°9, en lien avec la première partie du questionnaire :

- Avez-vous reçu des informations sur le sommeil de l'enfant ? Si oui, numérotez vos sources d'informations en commençant par le numéro 1, à qui vous attribuez le plus de confiance.
- Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?

Les questions n°10 à n°15 établissaient un profil de la population :

- Question n°10 : Quel âge avez-vous ?

- Question n°11 : Quel âge a votre enfant ?
- Question n°12 : Votre enfant est pour vous le 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ou autre ?
- Question n°13 : Exercez-vous une activité professionnelle en ce moment ?
- Question n°14 : Avez-vous des horaires et jours de travail réguliers ?
- Question n°15 : Combien de temps a duré votre congé maternité ?

Les questions n°16 et n°17 concernaient le comportement des parents :

- Question n°16 : Vous êtes-vous mis(e) à son rythme les premiers mois ?
- Question n°17 : Fumez-vous ?

Enfin la question n°18 reprenait une connaissance importante sur le sommeil de leur enfant :

- Question n°18 : Avez-vous déjà entendu parler du sommeil agité ?

### ***1.3.2 Déroulement de l'étude.***

Nous avons inclus quarante-cinq structures d'accueil de Haute-Normandie dans notre étude, celle-ci on été contactées par mail et/ou par téléphone. Sur ce nombre, nous avons eu deux refus, dix-sept structures n'accueillaient pas d'enfants de moins de six mois au moment de l'enquête et nous n'avons pas réussi à obtenir de réponses de onze structures. Les responsables santé unité territoriale d'action sociale nous ont donné l'autorisation d'intervenir dans les centres médico-sociaux cités. Et un pédiatre contacté nous a permis d'intervenir dans son cabinet. Devant le peu de structures d'accueil restantes par rapport à celles prévues, nous avons décidé des créer une version en ligne du questionnaire, partagée par le biais des réseaux sociaux.

En ce qui concerne les modalités de distribution, pour les structures d'accueil dont les directeurs avaient donné leur autorisation, des questionnaires ont été distribués ou imprimés directement par leurs soins, relayés aux parents par les professionnels puis récupérés une fois remplis. Pour les centres médico-sociaux et le cabinet de pédiatre, nous avons décidé de nous déplacer dans la salle d'attente de

chacun afin de faire remplir le questionnaire directement aux parents. Ceci nous permettait de récupérer les questionnaires au fur et à mesure, et d'encadrer les parents si besoin, en cas de difficultés de compréhension ou de lecture.

Ainsi, la distribution de questionnaires s'est effectuée sur une période de quatre mois, de septembre à décembre 2015. La récupération des questionnaires a eu lieu jusqu'en janvier 2016.

Au total, sur 158 questionnaires en version papier distribués dans les structures d'accueil, 65 ont été récupérés, ce qui donne un taux de récupération de 41%. De plus, 37 questionnaires ont été récupérés dans les lieux de consultations, le taux de récupération est de 100% puisque nous avons récupéré les questionnaires au fur et à mesure. Enfin, nous avons obtenu 211 réponses sur internet. Au total nous avons alors 313 questionnaires.

Parmi tous les questionnaires récoltés, 58 soit 18,5% n'ont pas été retenus pour l'analyse car inexploitable (réponses incomplètes, réponses incohérentes, mauvaise impression dans certains lieux qui ont souhaité prendre en charge l'impression).

Finalement, notre échantillon représente 255 réponses.

### ***1.3.3 Recueil et analyse statistique.***

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé le logiciel Sphinx® pour un dépouillement automatique et une réalisation de tableaux statistiques. Selon les questions, nous avons effectué des pourcentages, des moyennes, écarts type, médianes.

## 2. Résultats.

### 2.1 Présentation des résultats.

→ Partie quiz.

	Vrai		Faux		Non réponse		Total	
	N	*% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Il est normal qu'un bébé se réveille plusieurs fois pendant la nuit (vrai)	228	89,4%	26	10,2%	1	0,4%	255	100%
On doit réveiller un bébé pour le faire manger (faux)	19	7,4%	234	91,8%	2	0,8%	255	100%
Un bébé qui, au cours de son sommeil, bouge les doigts, fait des grimaces, des sourires, grogne, est en train de se réveiller (faux)	22	8,6%	232	91,0%	1	0,4%	255	100%
Il existe des signes de fatigue (vrai)	250	98,0%	5	2,0%	0	0,0%	255	100%
Berçer un bébé c'est lui donner de mauvaises habitudes (faux)	40	15,7%	211	82,7%	4	1,6%	255	100%
On peut augmenter ou diminuer les doses du biberon pour réguler son sommeil (faux)	69	27,1%	176	69,0%	10	3,9%	255	100%
Avant ses 2 mois, il est préférable qu'un bébé dorme dans la chambre de ses parents (vrai)	128	50,2%	119	46,7%	8	3,1%	255	100%
On doit réveiller un bébé pour changer sa couche (faux)	11	4,3%	242	94,9%	2	0,8%	255	100%
Le bébé grandit en dormant (vrai)	231	90,6%	19	7,4%	5	2,0%	255	100%
Si l'on supprime les siestes dans la journée, le bébé dormira mieux la nuit (faux)	9	3,5%	245	96,1%	1	0,4%	255	100%

	Vrai		Faux		Non réponse		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Le sommeil sert à la construction du cerveau (vrai)	250	98,0%	5	2,0%	0	0,0%	255	100%
Des rites d'endormissement (chanson, histoire...) rendent un enfant capricieux (faux)	9	3,5%	244	95,7%	2	0,8%	255	100%
Un objet ayant l'odeur de la mère est précieux pour l'endormissement de l'enfant (vrai)	206	80,8%	47	18,4%	2	0,8%	255	100%
Plus tôt on habitue un bébé aux rythmes de l'adulte, plus facilement il s'adaptera (faux)	54	21,2%	192	75,3%	9	3,5%	255	100%
Le sommeil du bébé et de l'adulte s'organise de la même façon (faux)	19	7,4%	233	91,4%	3	1,2%	255	100%
Les parents jouent un rôle important dans l'installation du rythme veille-sommeil de leur enfant (vrai)	241	94,5%	13	5,1%	1	0,4%	255	100%
Il est normal qu'un bébé ne sache pas se rendormir seul à 6 mois (faux)	111	43,5%	132	51,8%	12	4,7%	255	100%
Un peut donner un médicament à un bébé qui a des difficultés pour dormir (faux)	11	4,3%	242	94,9%	2	0,8%	255	100%
Un bébé peut dormir dans le même lit que ses parents (faux)	60	23,5%	190	74,5%	5	2,0%	255	100%

\*% cit. = Pourcentage cité

Calcul du nombre de bonnes réponses pour chaque répondant :

Nombres de bonnes réponses		
Moyenne = 16,13 Ecart-type = 1,69		
Médiane = 16,00		
Min = 8 Max = 19		
	Nb	% cit.
Moins de 10	1	0,4%
De 10 à 11	1	0,4%
De 12 à 13	12	4,7%
De 14 à 15	64	25,1%
De 16 à 17	128	50,2%
18 et plus	49	19,2%
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>100,0%</b>

→ Questions n°1 à 8 : pratiques autour de l'endormissement et du sommeil.

Questions	Réponses	N	% cit.
Où dort votre enfant ?	Dans sa chambre seul	159	62,4%
	Dans une chambre partagée avec d'autres enfants	12	4,7%
	Dans votre chambre	84	32,9%
	<b>Total obs.</b>	<b>255</b>	<b>100%</b>
Dans quel type de couchage dort votre enfant ?	Dans votre lit	14	5,5%
	Dans un lit à barreaux	186	73,0%
	Dans un berceau	28	11,0%
	Dans un couffin	10	3,9%
	Dans un landau	8	3,1%
	Autre : nacelle, lit parapluie, lit pour enfant et side-bed	9	3,5%
	<b>Total obs.</b>	<b>255</b>	<b>100%</b>
Le lieu ou le type de couchage de votre enfant change :	Jamais	88	34,5%
	Rarement	141	55,3%
	Souvent	19	7,5%
	Tous les jours	7	2,7%
	<b>Total obs.</b>	<b>255</b>	<b>100%</b>

Total obs. = Total observé

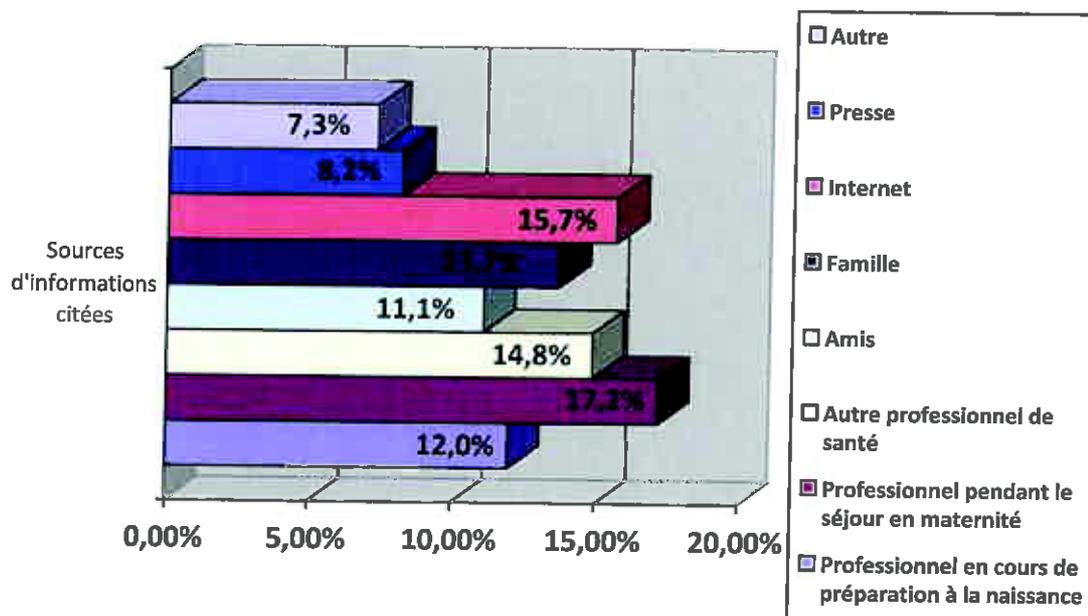
<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Votre enfant s'endort-il sans la présence d'une personne ?	Oui	146	57,3%
	Non	109	42,7%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
→ Si oui, est-ce avec : (plusieurs réponses possibles)	Rien	27	11,7%
	Son doudou	96	41,6%
	De la musique	55	23,8%
	Un biberon	0	0,0%
	De la lumière	25	10,8%
	Autre : la tétine et le mobile musical	28	12,1%
	<b>Total cité</b>	231	100%
→ S'il s'endort avec une présence, est-ce : (plusieurs réponses possibles)	Dans les bras	67	41,9%
	En tenant la main	23	14,4%
	En étant bercé	47	29,3%
	Autre : au sein, en écharpe, en marchant et chantant, caresses sur la tête, juste la présence d'une personne dans la pièce, main posée dans le dos, en parlant au bébé	23	14,4%
	<b>Total cité</b>	160	100%
Si votre enfant se réveille pendant la nuit, se rendort-il tout seul ?	Oui	148	58,0%
	Non	107	42,0%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Prenez-vous votre bébé dans les bras dès qu'il se réveille alors qu'il dormait ?	Oui	34	13,3%
	Non	221	86,7%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Donnez-vous à manger à votre bébé à chaque fois qu'il est réveillé ?	Oui	41	16,1%
	Non	214	83,9%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Est-ce qu'il vous arrive de réveiller votre bébé pendant une sieste ?	Oui	64	25,1%
	Non	191	74,9%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

→ Question n°9 : informations sur le sommeil.

<u>Question</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Avez-vous eu des informations sur le sommeil de l'enfant ?	Oui	133	52,2%
	Non	122	47,8%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

<u>Classez vos sources d'informations par ordre de confiance :</u>	N	% cit.								
	rang		rang		rang		rang		rang	
	1		2		3		4		5	
Professionnel en cours de préparation à la naissance	17	12,8 %	19	21,8 %	3	4,9%	1	3,3%	1	6,2%
Professionnel pendant le séjour en maternité	30	22,5 %	18	20,7 %	7	11,5 %	4	13,3 %	0	0,0%
Autre professionnel de santé	30	22,5 %	12	13,8 %	7	11,5 %	0	0,0%	0	0,0%
Amis	3	2,3%	9	10,3 %	9	14,7 %	8	26,7 %	8	50,0 %
Famille	12	9,0%	15	17,2 %	8	13,1 %	7	23,4 %	4	25,0 %
Internet	13	9,8%	7	8,1%	20	32,8 %	5	16,7 %	3	18,8 %
Presse	11	8,3%	3	3,5%	5	8,2%	4	13,3 %	0	0,0%
Autre	17	12,8 %	4	4,6%	2	3,3%	1	3,3%	0	0,0%
<b>Total obs.</b>	133	100%	87	100%	61	100%	30	100%	16	100%

Sources d'informations citées :



Autre : association, livre spécialisé, crèche, formation, protection maternelle et infantile, émission de télévision, nourrice, collègues de travail.

<u>Question</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Auriez-vous aimé avoir plus d'informations ?	Oui	169	66,3%
	Non	86	33,7%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

→ Questions n°10 à 15 : profil de la population.

<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Quel âge avez-vous ?	Moins de 20 ans	3	1,2%
	De 20 à 30 ans	152	59,6%
	De 31 à 40 ans	86	33,7%
	Plus de 40 ans	14	5,5%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Quel âge a votre enfant ?	Moins d'1 mois	18	7,1%
	Entre 1 et 2 mois	24	9,4%
	De 2 à 6 mois	213	83,5%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Votre enfant est pour vous le :	1 <sup>er</sup>	139	54,5%
	2 <sup>e</sup>	83	32,5%
	3 <sup>e</sup>	30	11,8%
	Autre	3	1,2%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Exercez-vous une activité professionnelle en ce moment ?	Oui	136	53,3%
	Non	119	46,7%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Avez-vous des horaires de travail réguliers en dehors du congé maternité ?	Oui	157	72,7%
	Non	59	27,3%
	<b>Total cit.</b>	216	100%
Combien de temps dure ou a duré votre congé maternité postnatal?	Pas de congé	44	17,3%
	1 mois ou moins	8	3,1%
	2 mois	58	22,7%
	3 mois ou plus	145	56,9%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

→ Questions n°16 et 17 : comportement des parents.

<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>	N	% cit.
Vous êtes-vous mis(e) à son rythme les premiers mois ?	Oui	227	89,0%
	Non	28	11,0%
	<b>Total obs.</b>	255	100%
Fumez-vous ?	Oui	49	19,2%
	Non	206	80,8%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

→ Question n°18 : connaissance du sommeil agité.

Question	Réponses	N	% cit.
Avez-vous déjà entendu parler du sommeil agité ?	Oui	133	52,2%
	Non	122	47,8%
	<b>Total obs.</b>	255	100%

## 2.2 Tableaux croisés.

Pour pouvoir réaliser une analyse complète, nous avons établi des tableaux croisés, c'est-à-dire que nous avons cherché à savoir si des données étaient liées entre elles.

→ Tableau croisé 1 : Âge du répondant X Parité

Âge du répondant → Parité ↓	Moins de 20 ans		De 20 à 30 ans		De 31 à 40 ans		Plus de 40 ans		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
1 <sup>er</sup> enfant	3	2,2%	90	64,7%	42	30,2%	4	2,9%	139	100%
2 <sup>e</sup> enfant	0	0,0%	46	55,4%	32	38,6%	5	6,0%	83	100%
3 <sup>e</sup> enfant	0	0,0%	15	50,0%	11	36,7%	4	13,3%	30	100%
Plus du 3 <sup>e</sup> enfant	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	100%

→ Tableau croisé 2 : Durée du congé postnatal X Activité professionnelle au moment de la réponse.

Durée du congé postnatal ↓	Activité professionnelle →		Non		Total	
	Oui		N	% cit.	N	% cit.
Pas de congé	5	11,4%	39	88,6%	44	100%
1 mois ou moins	6	75,0%	2	25,0%	8	100%
2 mois	45	77,6%	13	22,4%	58	100%
3 mois ou plus	80	55,2%	65	44,8%	145	100%

→ Tableau croisé 3 : Moyenne obtenue au quiz X parité.

Parité	Moyenne obtenue au quiz
Premier enfant	16,19
Deuxième enfant	16,04
Troisième enfant	16,17
Plus du troisième enfant	15,33
<b>Moyenne générale</b>	<b>16,13</b>

→ Tableau croisé 4 : Moyenne obtenue au quiz X informations reçues ou non.

Informations sur le sommeil de l'enfant	Moyenne obtenue au quiz
Oui	16,20
Non	16,05
<b>Moyenne générale</b>	<b>16,13</b>

→ Tableau croisé 5 : Lieu de couchage X Âge de l'enfant + Parité.

Lieu de couchage → Âge de l'enfant ↓	Dans sa chambre seul		Dans une chambre partagée avec d'autres enfants		Dans votre chambre		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins d'1 mois	7	38,9%	0	0,0%	11	61,1%	18	100%
Entre 1 et 2 mois	10	41,7%	0	0,0%	14	58,3%	24	100%
De 2 à 6 mois	142	66,7%	12	5,6%	59	27,7%	213	100%
<b>Parité</b>								
Premier enfant	100	72,0%	2	1,4%	37	26,6%	139	100%
Deuxième enfant	45	54,2%	9	10,9%	29	34,9%	83	100%
Troisième enfant	13	43,3%	1	3,3%	16	53,3%	30	100%
Plus du troisième enfant	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	3	100%

→ Tableau croisé 6 : Endormissement seul X Âge de l'enfant + Lieu de couchage + Ré endormissement seul.

Endormissement seul →		Oui		Non		Total		
↓ Âge de l'enfant		N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	
		Moins d'1 mois	5	27,8%	13	72,2%	18	100%
	Entre 1 et 2 mois	8	33,3%	16	66,7%	24	100%	
	De 2 à 6 mois	133	62,4%	80	37,6%	213	100%	
	Plus de 3 mois	59	73,7%	21	26,3%	80	100%	
↓ Lieu de couchage								
		Dans sa chambre seul	108	67,9%	51	32,1%	159	100%
	Dans une chambre partagée avec d'autres enfants	7	58,3%	5	41,7%	12	100%	
	Dans votre chambre	31	36,9%	53	63,1%	84	100%	
↓ Ré endormissement seul								
		Oui	104	71,2%	42	28,8%	146	100%
		Non	44	40,4%	65	59,6%	109	100%

→ Tableau croisé 7 : Lieu de couchage X Parents consommateurs de tabac.

Lieu de couchage →	Dans sa chambre seul		Dans une chambre partagée avec d'autres enfants		Dans votre chambre		Total		
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	
↓ Consommation de tabac	Oui	32	65,3%	4	8,2%	13	26,5%	49	100%
	Non	127	61,6%	8	3,9%	71	34,5%	206	100%

→ Tableau croisé 8 : Ré endormissement seul X Âge de l'enfant + Lieu de couchage  
+ Fréquence du changement du lieu ou type de couchage.

Ré endormissement seul →		Oui		Non		Total	
↓ Âge de l'enfant		N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
		Moins d'1 mois	7	38,9%	11	61,1%	18
	Entre 1 et 2 mois	7	29,2%	17	70,8%	24	100%
	De 2 à 6 mois	134	62,9%	79	37,1%	213	100%
	Plus de 3 mois	59	73,7%	21	26,3%	80	100%
↓	Lieu de couchage						
	Dans sa chambre seul	107	67,3%	52	32,7%	159	100%
	Dans une chambre partagée avec d'autres enfants	7	58,3%	5	41,7%	12	100%
	Dans votre chambre	34	40,5%	50	59,5%	84	100%
	Fréquence du changement du lieu ou type de couchage						
	Jamais	50	56,8%	38	43,2%	88	100%
	Rarement	85	60,3%	56	39,7%	141	100%
	Souvent	8	42,1%	11	57,9%	19	100%
	Tous les jours	5	71,4%	2	28,6%	7	100%

### **3. Discussion.**

Après avoir obtenu les résultats de notre étude, nous pouvons les analyser et les comparer à la littérature. Ainsi, nous allons chercher à affirmer ou infirmer nos hypothèses, mais aussi générer d'autres hypothèses en fonction des résultats retrouvés.

#### *3.1 Discussion de la méthodologie.*

Dans notre enquête, nous avons inclus les parents ayant un enfant de moins de six mois parce que c'est pendant cette période que le rythme veille-sommeil se met en place, et donc que les connaissances et pratiques autour du sommeil sont importantes. Nous n'avons pas retenu de critères d'exclusion concernant les parents. Nous avons estimé qu'ils doivent être en possession des mêmes informations et donc des mêmes connaissances sur le sommeil de leur enfant, pour pouvoir adapter leurs pratiques, peu importe leur profil.

Sur les 313 questionnaires récupérés, 211 venaient d'internet, ce qui représente 67% des questionnaires. Ce mode de diffusion nous a permis d'augmenter avec efficacité le taux de réponses. En effet, le questionnaire a été partagé avec succès par le biais des réseaux sociaux. Il permet d'atteindre tout type de population puisque de nos jours, la majorité des ménages possède un accès à internet [28]. D'autre part, la diffusion par internet nous a permis de récupérer des questionnaires complets grâce aux questions que nous pouvons rendre obligatoires pour la validation du questionnaire.

Notre questionnaire qui comportait 37 questions pouvait paraître long en version papier. Cependant, le présenter sous forme de livret nous a semblé optimal pour faciliter les réponses et éviter de décourager les répondants. De plus, il n'y avait pas de questions ouvertes, les répondants n'avaient qu'à cocher la ou les réponses qu'ils voulaient. Ceci rendait le remplissage plus rapide. Le nombre de non-réponses ou de questionnaires incorrects ne semble pas lié à la longueur du questionnaire puisque nous n'avons eu aucun retour à ce propos. Nous pouvons évoquer différentes

hypothèses :

- Le fait qu'il soit parfois difficile de se positionner entre « vrai » et « faux », puisque c'est dans la partie quiz qu'il y a eu le plus de non-réponses. Dans cette partie, nous avons aussi retrouvé à plusieurs reprises un point d'interrogation, nous indiquant probablement que le répondant ne savait pas. Nous avons tout de même conservé ces questionnaires en indiquant le nombre de non-réponses pour chaque affirmation. En effet, le nombre de non-réponses n'excède pas 10 par affirmation.
- Des questionnaires ont été exclus à cause de questions auxquelles les répondants ont coché plusieurs réponses alors qu'une seule était attendue. Cela rendait les questionnaires ininterprétables.
- La non-compréhension de la question n°9-1, certains répondants n'ont pas classé les sources d'informations comme demandé.
- D'autres questions, de façon aléatoire n'ont pas été remplies, nous pouvons supposer des oublis, des inattentions...

Les professionnels qui ont participé à la diffusion des questionnaires aussi bien que les parents répondants ont semblé apprécier le sujet du questionnaire. En effet, les professionnels nous ont encouragés dans notre étude et ont, pour la plupart, demandé à être informé des résultats. Les parents, qui avaient été invités à communiquer leur ressenti, ont à plusieurs reprises évoqué le côté intéressant du sujet, certains nous ont même remercié de s'y intéresser. D'autres encore ont laissé des coordonnées pour pouvoir lire le travail complet.

### *3.2 Discussion des résultats.*

L'âge moyen pour avoir un premier enfant en France est 28,1 ans [29]. Dans notre étude, la plus grande proportion de parents pour qui l'enfant est le premier a entre 20 et 30 ans (64,7%, n=90), ce qui correspond puisque l'âge 28,1 ans se situe dans cette classe. En seconde position pour un premier enfant, nous retrouvons la classe 31 à 40 ans (30,2%, n=42). En effet, l'âge pour avoir le premier enfant tend à

augmenter. L'âge moyen pour avoir un deuxième enfant est de 30,5 ans. Cet âge se trouve à la limite entre deux de nos classes. Effectivement, nous retrouvons en première position les 20 à 30 ans (55,4%, n=46) puis les 31 à 40 ans (38,6%, n=32). La différence entre ces classes est moins marquée que pour le premier enfant.

Nous retrouvons qu'une part plus élevée de notre population ne travaille pas (15,3%, n=39), par rapport à la moyenne nationale de chômage (10,3%) [30]. Il peut y avoir plusieurs raisons pour expliquer cela :

- Une part d'étudiants non connue de notre échantillon, qui ne travaillent pas mais ne sont pas au chômage pour autant. Nous avons des moins de 20 ans dans notre population (1,2%, n=3) qui peuvent être en formation. Mais nous pouvons aussi avoir des plus de 20 ans dans les études.

- Des répondants qui ne travaillent pas, par choix personnel, n'entrant donc pas dans la catégorie du chômage.

En effet, notre étude ne faisait pas la différence et interrogeait peu sur les critères sociaux-économiques des répondants puisque nous voulions étudier les connaissances et les pratiques, peu importe leur profil. Cette étude établissait un état des lieux général. Cependant, il pourrait être intéressant de savoir s'il existe des différences selon le niveau socio-économique, et lesquelles, puisqu'il est très probable qu'il en existe.

La grande majorité de notre échantillon concerne un enfant de 2 à 6 mois (83,5%, n=213). C'est cette classe qui nous intéresse le plus pour évaluer les pratiques parentales autour du sommeil, car c'est à partir de cette période que l'enfant doit commencer à savoir s'endormir et se rendormir seul, plus volontiers dans sa propre chambre, sans alimentation systématique [6]. De la naissance jusqu'à 2 à 3 mois, les pratiques doivent être plus nuancées, notamment autour de l'endormissement. En effet, bien que des difficultés de pratique puissent débiter très tôt, l'impact éventuel se révélera plus tard. Par ailleurs, dans la classe des 2 à 6 mois, nous pouvons déterminer une part d'enfants de plus de 3 mois puisque parmi les parents ayant eu un congé postnatal de plus de 3 mois, certains avaient repris une activité professionnelle au moment où ils ont été interrogés (55,2%, n=80). Cependant, ce taux est probablement sous estimé puisque pour les autres durées de congé nous ne pouvons

pas faire cette déduction. La détermination de l'âge de l'enfant n'était pas assez précise à ce niveau, c'est une limite de notre étude, il aurait été judicieux de créer une classe « 4 à 6 mois ». À propos du congé postnatal, dans le taux de parents n'ayant pas eu de congé (17,3%, n=44), le taux de parents n'ayant pas d'activité professionnelle (15,3%, n=39) a été inclus, il nous reste alors (2%, n=5) parents n'ayant réellement pas eu de congé postnatal. Cela est possible en cas de commerçants par exemple. La majorité des parents ont un congé de trois mois ou plus (56,9%, n=145), ou de deux mois (22,7%, n=58), ce qui correspond à la durée moyenne du congé maternité en France. Notre échantillon est alors représentatif de la population générale des parents ayant un enfant de moins de six mois en France.

Pour chercher à évaluer les connaissances des parents sur le sommeil de leur enfant, et donc affirmer ou infirmer notre première hypothèse, nous avons analysé le taux de bonnes réponses au quiz. Nous avons aussi analysé la question n°18 et fait le lien entre les résultats et la question n°9.

Dans la partie quiz, pour les six premières affirmations, la « bonne » réponse a été donnée majoritairement. Pour la septième affirmation, à savoir « avant ses deux mois, il est préférable qu'un enfant dorme dans la chambre de ses parents », nous avons une quasi égalité des réponses (50,2%, n=128 « vrai », 46,7%, n=119 « faux », enfin 3,1%, n=8 « non réponse »). Nous pouvons évoquer plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat :

- Des différences de pratique inter et intra culturelles,
- Un choix personnel,
- Une méconnaissance de cette recommandation,
- Des parents consommateurs de produits toxiques qui ont reçu l'information à ce propos,
- Une impossibilité parentale due au logement par exemple.

De la huitième à la seizième affirmation, les parents ont de nouveau donné la « bonne » réponse de façon majoritaire. Pour la dix-septième affirmation, « il est

normal qu'un bébé ne sache pas se rendormir seul à 6 mois », (43,5%, n=111) pensent que c'est vrai, (51,8%, n=132) pensent que c'est faux et (4,7%, n=12) n'ont pas répondu. Cela montre que la moitié de la population ne connaît pas l'âge auquel un enfant doit faire ses nuits, ou bien ce qu'est faire ses nuits. Il est possible que tous les parents ne possèdent pas la même définition, certains peuvent se contenter de cinq heures, d'autres pensent peut-être qu'une nuit doit être de douze heures. Différentes causes peuvent-être évoquées :

- Des idées reçues,
- Des informations différentes obtenues par différentes personnes.

Cette méconnaissance peut laisser des difficultés s'installer ou perdurer.

Pour la dix-huitième et dix-neuvième affirmation, les parents ont de nouveau apporté une bonne réponse majoritairement. Bien que les « bonnes » réponses soient régulièrement données, nous pouvons remarquer que certaines idées restent encore encrées. Par exemple, (15,7%, n=40) pensent que bercer un bébé c'est lui donner de mauvaises habitudes. Cette idée se retrouve beaucoup dans la littérature, en France mais aussi ailleurs, surtout en milieu urbain [10, 11, 12, 13, 14]. Le bercement est une pratique ancienne qui s'est peu à peu perdue par l'émergence de certaines idées à savoir : l'augmentation des caprices ou le côté « dangereux » pour la santé de l'enfant. D'autres pensent qu'un bébé peut dormir dans le même lit que ses parents (23,5%, n=60). Cette mode est apparue à la fin du vingtième siècle, elle est donc encore récente et présente dans les pratiques [17, 18, 19]. Enfin, (27,1%, n=69) pensent que l'on peut augmenter ou diminuer les doses du biberon pour réguler son sommeil et (21,2%, n=54) pensent que, plus tôt on habitue un bébé aux rythmes de l'adulte, plus facilement il s'adaptera. Les générations actuelles sont partisans du « tout, tout de suite », nous l'avons vu, l'enfant doit s'adapter aux changements des adultes, et dormir correctement le plus vite possible, comme le décident les parents [6].

Nous avons compté le nombre de bonnes réponses aux affirmations pour chaque questionnaire. Ainsi, nous avons pu obtenir un taux de bonnes réponses plus personnalisé. La majorité des répondants a de 16 à 19 bonnes réponses sur 19 (69,4%, n=177). Il n'y a qu'un seul score en dessous de 10 (0,4%, n=1), il était de 8 bonnes réponses sur 19. Enfin, le restant de la population a entre 10 et 15 bonnes réponses

sur 19 (30,2%, n=77). Nous obtenons une moyenne de 16,13, ce qui nous montre que la population étudiée possède de bonnes connaissances générales. Cependant, une part importante de notre population a été recrutée par internet. Nous pouvons nous demander si cette part de population, qui a choisit de son propre gré de répondre au questionnaire, ne l'a pas fait parce qu'elle était intéressée par le sujet. Les personnes intéressées par un sujet sont souvent déjà informées sur celui-ci. D'autres part, nous pouvons émettre l'hypothèse que des réponses ont pu être retrouvées sur internet.

Concernant la question n°18, la moitié des répondants n'a jamais entendu parler de sommeil agité (47,8%, n=122). Il faut nuancer ce résultat, car il ne correspond pas à celui de la troisième affirmation, à savoir « un bébé qui, au cours de son sommeil, bouge les doigts, fait des grimaces, des sourires, grogne, est en train de se réveiller ». En effet, les parents ont correctement répondu (91,0%, n=234). Il est donc probable qu'ils ne connaissent juste pas le nom scientifique de cette étape du sommeil.

La question n°9 montre qu'environ la moitié des parents a reçu des informations sur le sommeil (52,2%, n=133), ceci semble être trop peu. Tous les parents devraient avoir reçu des informations à propos du sommeil de leur enfant. Par son importance, il devrait être abordé de façon systématique, notamment en maternité, moment privilégié pour faire passer des informations concernant le bébé. La source d'informations la plus citée est le professionnel de santé pendant le séjour en maternité (17,2%, n=59), puis internet (15,7%, n=54) qui se positionne avant un autre professionnel de santé (14,9%, n=51). La famille (13,7% n=47) revient plus souvent que le professionnel en cours de préparation à la naissance (12,0%, n=41). Les professionnels de santé pendant le séjour en maternité et les autres professionnels de santé arrivent en tête de la confiance attribuée par les parents (22,5%, n=30 pour les deux variables). Ceci est très rassurant, ils ont donc un rôle important à jouer dans la diffusion des informations. Cependant, nous pouvons remarquer qu'une part importante des personnes informées, n'a qu'une seule source d'informations (34,6%, n=46). Ceci nous montre encore que la population est assez peu informée, notamment par les professionnels de santé qui sont multiples au moment de la naissance d'un enfant. Nous pourrions expliquer l'absence d'informations spontanées de la part des professionnels de santé par :

- Une absence de questions de la part des parents,

- Un manque de temps durant les consultations pour aborder ce sujet,
- Des professionnels se sentant moins à l'aise avec ce sujet qu'avec d'autres. Bien qu'ils se forment de façon continue, le sommeil de l'enfant ne fait peut-être pas partie des formations principales.

Le manque d'informations se confirme par le fait que la population aurait aimé être plus informée (66,3%, n=169), elle ne se sent donc pas assez informée. Il faut noter que le taux de bonnes réponses ne varie pas avec la parité, ni avec les informations reçues.

Bien qu'il existe encore des efforts à fournir concernant les connaissances, plus particulièrement les idées reçues, mais surtout l'information des parents, notre première hypothèse peut-être infirmée. Le problème ne semble pas venir d'un manque de connaissances, nous allons maintenant analyser les pratiques des parents pour comprendre pourquoi les parents ne se sentent pas assez informés alors qu'ils possèdent des bases de connaissance.

Pour cela, nous avons utilisé la deuxième partie du questionnaire, pour faire le point sur les pratiques des parents face au sommeil de leur enfant.

Concernant le lieu de couchage, la majorité des enfants de l'enquête dort dans une chambre, tout seul (62,4%, n=159). Moins de la moitié des enfants dort dans la même chambre que leurs parents (32,9%, n=84). Enfin, une part beaucoup plus faible d'enfants partage leur chambre avec d'autres enfants (4,7%, n=12). À première vue, cela semble cohérent et correct d'un point de vue pratique. Si nous regardons ce lieu en fonction de l'âge de l'enfant, nous retrouvons que les enfants de moins de deux mois dorment plus souvent dans la chambre des parents (59,5%, n=25) que seul dans leur propre chambre (40,5%, n=17), comme cela est préférable. Mais la part d'enfant dormant seul dans leur chambre demeure importante, ce qui correspond au résultat du quiz, les parents ne sont pas très favorables à cette pratique. Les enfants de plus de deux mois, eux, dorment plus souvent tout seul dans leur propre chambre (66,7%, n=142) que dans la chambre parentale (27,7%, n=59). Malgré tout, cette dernière part reste tout de même élevée. Cette fois, cela discord avec le résultat du quiz. Nous pouvons évoquer le fait que des parents puissent prendre l'enfant avec eux, après ses deux mois, pour solutionner des difficultés de sommeil. Les parents d'un premier enfant le font dormir plus souvent seul dans sa chambre (72,0%, n=100) que dans la

leur (26,6%, n=37). Nous aurions pu penser que pour un premier enfant, il était plus rassurant de le faire dormir au plus proche. Ce n'est qu'à partir du troisième enfant que les parents le font dormir plus souvent dans leur chambre. Cette fois, nous pouvons supposer :

- Un logement trop petit,
- Un choix de préférer le prendre avec eux plutôt que de lui faire partager la chambre des autres enfants de la famille.

A propos du type de couchage, la majorité des enfants de l'enquête dort dans un lit à barreaux (73,0%, n=186) puis dans un berceau (11,0%, n=28). Le lit des parents (5,5%, n=14) se retrouve moins souvent que ce que l'on aurait pu attendre avec le résultat du quiz. À l'affirmation « un bébé peut dormir dans le même lit que ses parents », (23,5%, n=60) ont répondu « vrai ». Nous remarquons alors que la grande majorité des parents respecte les recommandations du type de couchage pour leur enfant à savoir un lit séparé de leur propre lit [23]. Cependant nous n'avons pas interrogé sur le reste (type de literie, température de la pièce, mode de couchage...), car ces recommandations font surtout référence au risque de MSN qui n'était pas le sujet.

Pour la grande majorité, le lieu ou type de couchage change rarement ou jamais (89,8%, n=229). Il y a des enfants pour lesquels le lieu ou le type de couchage change souvent ou tous les jours (10,2%, n=26). Ceci prouve une bonne pratique des parents, qui respectent ce point du sommeil de leur enfant en lui offrant un rythme stable. D'autant plus que des parents ayant répondu par « souvent » ou « tous les jours » ont régulièrement précisé que c'était à cause du mode de garde. Ainsi des enfants dorment chez eux mais aussi en crèche ou chez une nourrice, les parents ont considéré cela comme un changement régulier.

Presque la moitié des enfants ne s'endort pas seul (42,7%, n=109). Parmi les enfants de plus de deux mois, une part importante s'endort en ayant besoin d'une présence (37,6%, n=80). Parmi ceux de plus de trois mois (31,4%, n=80), beaucoup ont encore besoin d'une présence pour s'endormir (26,3%, n=21). Cela soulève un problème, en sachant que ce pourcentage est peut-être sous estimé, puisque le nombre d'enfants de plus de 3 mois est probablement plus important.

Les enfants s'endormant seul le font principalement avec leur doudou (28,2%, n=96). Ensuite nous retrouvons la musique (16,2%, n=55). Enfin nous retrouvons à des

pourcentages presque égaux, rien, de la lumière ou autre chose. Le nombre de citations total est plus élevé que l'échantillon car la question était à choix multiples. Il faut noter qu'aucun enfant de l'enquête ne s'endort avec un biberon, ceci est un point positif. En effet, les conditions d'endormissement semblent optimales, l'enfant peut retrouver ces conditions pour se rendormir seul en cas de réveil [6].

Les enfants ayant besoin d'une présence pour s'endormir nécessitent principalement les bras d'une personne (41,9%, n=67), puis un bercement (29,4%, n=47). Enfin nous avons retrouvé à égalité « en tenant la main » et « autre chose » (14,4%, n=23). Ceci montre une difficulté de pratique, les enfants ont besoin de toutes les variables citées, mais celles-ci ne doivent pas conditionner l'endormissement surtout après les deux mois de l'enfant. Elles doivent être présentes pour apaiser l'enfant, voire pour instaurer un rituel du coucher, mais elles doivent cesser avant que le bébé s'endorme. Si ce n'est pas le cas, l'enfant aura besoin de ces mêmes conditions pour pouvoir se rendormir après un réveil [6].

Presque la moitié des enfants ne se rendort pas seul (42,0%, n=107). Plus inquiétant encore, beaucoup d'enfants de plus de deux mois ne se rendorment pas seul (37,1%, n=79). Tout comme pour l'endormissement, la même part des enfants de plus de trois mois ne se rendort pas seul (26,3%, n=21). Encore une fois, ce chiffre peut être sous-estimé. Pourtant nous avons vu que les conditions d'endormissement sont souvent optimales. Et effectivement, un enfant qui dort dans sa chambre, tout seul se rendort plus facilement tout seul (67,3%, n=107 VS 32,7%, n=52), tandis qu'un enfant qui dort dans la chambre de ses parents a plus de mal à retrouver le sommeil tout seul (59,5%, n=50 ne se rendorment pas tout seul, VS 40,5%, n=34), cela correspond avec les premiers résultats évoqués. Un enfant qui a un rythme stable à propos de son lieu et de son type de couchage se rendort plus souvent tout seul (59,0%, n=135 VS 41,0%, n=94). Enfin, un enfant qui s'endort tout seul, se rendort plus souvent tout seul (40,8%, n=104 VS 16,5%, n=42). Tout cela nous confirme que les pratiques des parents ont une réelle influence sur le sommeil de leur enfant, en accord donc avec la littérature.

A propos des autres pratiques parentales, les résultats sont plutôt bons puisque les parents se sont mis au rythme de l'enfant les premiers mois, ne lui donnent pas à manger systématiquement à chaque réveil et ne le prennent pas dans les bras immédiatement. Ce point positif est un peu moins marqué concernant le réveil de l'enfant pendant une sieste puisqu'une part (25,1%, n=54) des parents réveille l'enfant

parfois. Mais un grand nombre de ceux-ci ont ajouté une note « seulement en cas de nécessité » type rendez-vous ou récupérer un aîné à l'école.

Notre échantillon se compose d'un taux de fumeurs (19,2%, n=49) inférieur à la moyenne nationale qui est de 26% pour les femmes et 32% pour les hommes [31]. Cette question a pu être interprétée comme source de jugement. Heureusement, pour les parents fumeurs, le bébé dort plus souvent dans une chambre, seul (12,5%, n=32) que dans la même chambre qu'eux (5,1%, n=13).

Nous pouvons alors dire que les parents appliquent régulièrement les conseils donnés puisque cela se retrouve dans la pratique. Mais à priori cela ne fonctionne pas toujours puisque les enfants peinent à s'endormir seul en grandissant, mais aussi à se rendormir seul. Ce dernier point soulève que les parents sont réveillés à chaque fois que l'enfant se réveille lui-même. Cela peut en partie expliquer qu'ils ne se sentent pas assez informés, car ils respectent du mieux qu'ils peuvent le sommeil de leur enfant comme il leur a été conseillé, et cela ne règle pas tout. Le problème ne vient pas des connaissances, mais peut-être d'une tolérance insuffisante imposée par la société actuelle. Il faudrait que l'enfant dorme comme un adulte très rapidement, alors de mauvaises habitudes d'endormissement se mettent en place pour que cela aille « plus vite ». À cela s'ajoute le fait que ce sujet ne soit pas assez abordé avec les parents, qui semblent avoir besoin surtout de réassurance.

# CONCLUSION

---

Le sommeil, ce besoin vital et complexe à tout âge de la vie, soulève de nombreuses questions. Notamment chez le tout petit pour qui il se déroule différemment. Depuis toujours, les parents cherchent les meilleures solutions pour offrir un bon sommeil à leurs enfants, la culture influence beaucoup la pratique. D'un point de vue médical, il existe des troubles du sommeil, qui peuvent apparaître très tôt dans la vie. Les parents de la société actuelle souhaitent que les bébés dorment vite et correctement, si bien qu'une part importante des troubles est liée au comportement parental. Des actions ont été mises en place il y a une dizaine d'années pour remédier à ce problème.

Notre étude a donc cherché à savoir si les actions lancées ont permis une évolution chez les parents.

Ainsi, à travers une étude prospective, nous avons établi un état des lieux des connaissances et des pratiques autour du sommeil. Les parents d'un enfant de moins de six mois étaient invités à participer à l'enquête par des questionnaires anonymes. L'analyse a porté sur 255 questionnaires.

Cette étude a révélé que les parents possèdent de bonnes connaissances générales sur le sommeil. Pourtant, ils sont peu informés, et ne sentent pas assez informés eux-mêmes. Ils appliquent au mieux les conseils reçus, d'autant plus qu'ils donnent leur confiance aux professionnels de santé. Cela ne fonctionne pas toujours, plus particulièrement au moment de l'endormissement. Cependant, l'étude manque de précision à propos de l'âge de l'enfant et des critères socio-économiques. Mais, elle permet déjà de remarquer d'une part, une évolution positive des connaissances des parents. D'autre part, elle montre que le sommeil est un sujet qui n'est pas assez abordé avec les parents.

Les parents semblent manquer d'assurance. Il faudrait que ce sujet soit abordé systématiquement, sans crainte. Le séjour en maternité est le moment idéal pour commencer à l'évoquer et inciter les parents à en parler lors des consultations ultérieures. Du côté des professionnels, il paraît important de rappeler aux parents que l'enfant a besoin de beaucoup de temps pour construire son rythme veille-sommeil. Il

est important qu'ils laissent ce temps en adaptant leur tolérance, sans utiliser des pratiques de facilité qui peuvent impacter sur la qualité du sommeil à l'avenir.

# Bibliographie :

---

- (1) Delormas F, Dépinoy M, Broussouloux S, directeurs. Eduquer au sommeil [dossier]. La santé de l'homme. 2007;388:16-55
- (2) Weick D. Le sommeil de l'enfant et ses troubles. Connaissances et pratiques des professionnels de santé : Enquête auprès des médecins généralistes de Savoie [Thèse de doctorat d'Université, médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier faculté de médecine ; 2008
- (3) Giordanella JP, rédacteur. Rapport sur le thème du sommeil fait à Monsieur Xavier Bertrand, ministère de la santé et des solidarités. Déc 2006
- (4) Richard JT, Richard M. Le sommeil de l'enfant, cadres neurophysiologiques et psychologiques, principaux troubles. Dans revue petite enfance ed. Santelog. 2010 Juil/Août;(9):11-34
- (5) Montagner H. L'arbre enfant. Une nouvelle approche du développement de l'enfant. Paris : Odile Jacob ; sept 2006.
- (6) Thirion M, Challamel MJ. Le sommeil, le rêve et l'enfant. 2ème édition. Paris : éditions Albin Michel;1995
- (7) Challamel MJ. Neurophysiologie du sommeil de l'enfant : de la période foetale aux premières années de la vie. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant do le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 19-29
- (8) Tassin JP. Le sommeil, la mémoire et le rêve. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant do le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 31-40
- (9) Beauquier-Maccotta B, Bernard Golse. L'heure du lait, l'heure du lit, l'heure du loup... Libre propos sur l'endormissement des bébés et des enfants. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant do le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 43-8
- (10) Messer J, Stork H. Pratiques de puériculture et mort subite du nourrisson : un éclairage transculturel. Dans Archives de pédiatrie. Jan 1997;4(1):3-7.
- (11) Diodo Ly O. Le bébé africain : du dos de la mère aux bras des substituts. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.

- (12) Bouabdallah Z. Le sein pour apaiser et endormir en Algérie. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.
- (13) Mota G. Du corps de la mère au hamac, une transition douce au nordeste Brésil. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.
- (14) Ramos N. Le monde enchanté de l'apaisement et de l'endormissement au Portugal. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.
- (15) Candilis-Huisman D. Bercer l'enfant qui pleure. Pratiques de consolation et d'apaisement dans la France ancienne. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.
- (16) Coche P, Roué AM. L'apaisement des nourrissons en Picardie et en Bretagne. Etude contemporaine en milieu rural. Dans : E. Stork H. Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles. Paris : ESF éditeur ; 1993.
- (17) Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Dans The Lancet : 17 jan 2004;363(9404):185-191.
- (18) Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? Dans Revue de médecine périnatale. Mars 2011 ;3(1):25-34
- (19) Lavaud J, Ktari F. L'enfant et la mort subite. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant do le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 65-71
- (20) De Leersnyder H. Les difficultés de sommeil du bébé de la naissance à l'âge de 6 mois. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant do le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 165-171
- (21) Marec-Praud AC. Causes des troubles du développement, du comportement et des apprentissages, chez l'enfant et l'adolescent [Thèse de doctorat d'Université, médecine]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 2013.

- (22) Collège des enseignants de neurologie. (page consultée le 14/03/2016). Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte, [en ligne]. <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Troubles%20du%20sommeil%20de%20l'enfant%20et%20de%20l'adulte/index.phtml>
- (23) Roussey M, Dagonne M, Defawe G, et al. Actualités sur les facteurs de risque et de protection sur la mort subite du nourrisson. Dans : Archives de pédiatrie. Juin 2007;14(6):627-9
- (24) Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations [en ligne]. 2002 [consulté le 18/02/2015]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf)
- (25) Keefe MR. Comparison of neonatal night time sleep-wake patterns in nursery versus rooming environments. Dans : Nursing Research. Mai/Juin 1987;36(3):140-4
- (26) Ball H, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of instant sleep location on the postnatal ward. Dans : Archives of Disease in Childhood. Déc 2006; 91(12): 1005–1010
- (27) Bouteloup P. Berceuses pour petits et grands. Dans : Jacky Israël. Dodo, l'enfant et le sommeil du tout-petit. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès ; 2005. ( Spirale ; 34 ) p. 51-61
- (28) Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 11/03/2016). L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1452](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1452)
- (29) Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 11/03/2016). Un premier enfant à 28 ans, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419)
- (30) Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 11/03/2016). Le taux de chômage diminue de 0,1 point au quatrième trimestre 2015, [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>

- (31) Tabac info service. (page consultée le 11/03/2016). Chiffres du tabac, [en ligne]. <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>

# Annexes :

Annexe I : plaquette d'information « Oli » du réseau petite enfance de l'Eure.

**Mettez-vous à la place d'Oli**

**J**e pleure, je crie,  
je me frotte les yeux,  
je bâille, je m'agite, je  
réclame mon doudou...

**J'AI BESOIN DE DORMIR...**

**J**e n'ai pas fait ma sieste,  
je suis grognon.  
Je risque  
de m'endormir  
plus difficilement  
ce soir...

**J'AI BESOIN DE DORMIR.  
C'EST VITAL.**

Papa, Maman, soyez attentifs  
à ces premiers signes.

**COUCHEZ  
MOI**

**DORMIR  
PERMET**

à  
**Oli**

**D**e recharger ses batteries  
Et développer sa mémoire.

**P**apa, Maman,  
Adaptez vous à mon rythme  
qui doit être régulier !

**CE N'EST PAS A MOI  
DE M'ADAPTER AU VOTRE**



Annexe II : plaquette d'information « Oli » du réseau petite enfance de l'Eure.

La journée d' Oli est terminée,		maintenant Oli est endormi.	
<p>DANS LE CALME, PRENEZ LE TEMPS DE ME DIRE :</p>  <p>"Au revoir, à demain..."</p>	<p>Je dois me séparer de mes amis, de mes parents, de mes jeux.</p> 	<p>Je suis un nouveau-né : mon sommeil peut être agité : surtout ne me réveillez pas. SOYEZ BASSERÉ... ET DORS.</p> 	<p>Je suis grandir, il peut m'arriver de m'écarter brusquement dans mon lit en criant, en m'agitant. NE DECOULEZ PAS, NE ME REVEILLEZ PAS.</p> 
<p>Je n'arrive pas à m'endormir. Je ne peux pas vous quitter...</p> 	<p>Je te raccompagne. Tu as TON LIT, TON UNIVERS.</p> 	<p>Je peux faire aussi des cauchemars. Je suis alors réveillé : je peux pleurer, appeler : BASSERÉZ-MOI POUR M'ABÛRER A ME RE-NDORMIR DANS MON LIT.</p> 	<p>Je n'ai fait pipi. Je suis mouille.</p> 
<p>LE SOMMEIL est constitué d'une succession de PETITS WAGONS...</p> 			

Annexe III : plaquette d'information « Oli » du réseau petite enfance de l'Eure.

# Debout !!!



**S** vous êtes obligés de me réveiller, prévoyez du temps pour me permettre de quitter mon sommeil en douceur.

J'ai dormi le temps qui m'était nécessaire.  
J'ai toutes les chances de passer une bonne journée,



**OLi**

RESEAU DE PETITE ENFANCE DE L'EURE

**VOUS N'ARRIVEZ PAS A ME COUCHER ?**

Je vous réveille plusieurs fois dans la nuit. Je veux ma maman pour me consoler quand je me réveille. Est-ce que vous trouvez et vous fatiguez ?

**Où trouver aide et soutien ?**

PMI de votre secteur  
Halle Garderie  
Crèche  
Relais parents - assistantes maternelles  
Médecin traitant ou Pédiatre

**RECOMMANDATIONS**

**Prévention de la Mort subite du nourrisson :**

**Couchez votre enfant :**

- sur le dos
- sur un matelas ferme
- sans oreiller
- sans couverture ni coussin
- dans une pièce entre 18° et 20°
- évitez une exposition à la fumée de tabac.

**Prévention du Syndrome de l'enfant secoué :**

**Né secouez jamais votre enfant, bercez-le.**

Si vous ne supportez plus ses cris, **DEMANDEZ DE L'AIDE.**

## Annexe IV : Questionnaire de l'enquête.



### Questionnaire à propos du sommeil du nouveau-né et du nourrisson de moins de 6 mois.

Etudiante sage-femme en dernière année d'études, je réalise mon mémoire.

Le sommeil est l'une des premières préoccupations des jeunes parents mais il semble souvent peu abordé, j'aimerais alors savoir où en sont leurs connaissances et leurs pratiques.



Je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire, ceci ne vous prendra que quelques minutes.

Le questionnaire est anonyme, il s'agit de faire un état des lieux des pratiques et des connaissances. N'hésitez pas à écrire tout ce qui vous passe par la tête, votre ressenti etc...

Je vous remercie encore une fois de la contribution que vous apportez à ce travail.



Fanny Couturier



Mettre une croix dans la colonne choisie pour chaque phrase. *Bébé* signifie ici moins de 6 mois.

Vrai

Faux

Il est normal qu'un bébé se réveille plusieurs fois pendant la nuit avant 6 mois

On doit réveiller un bébé pour le faire manger

Un bébé qui, au cours de son sommeil, bouge les doigts, fait des grimaces, des sourires, grogne, est en train de se réveiller

Il existe des signes de fatigue

Berçer un bébé c'est lui donner de mauvaises habitudes

On peut augmenter ou diminuer les doses du biberon pour réguler son sommeil

Avant ses 2 mois il est préférable qu'un bébé dorme dans la chambre de ses parents

On doit réveiller un bébé pour changer sa couche

Le bébé grandit en dormant

Si l'on supprime les siestes dans la journée, le bébé dormira mieux la nuit

Le sommeil sert à la construction du cerveau

Des rites d'endormissement (chanson, histoire...) rendent un enfant capricieux

Vrai

Faux

Un objet ayant l'odeur de la mère est précieux pour l'endormissement du bébé

Plus tôt on habitue un bébé aux rythmes de l'adulte, plus facilement il s'adaptera

Le sommeil du bébé et de l'adulte s'organisent de la même façon

Les parents jouent un rôle important dans l'installation du rythme veille/sommeil de leur enfant

Il est normal qu'un bébé ne sache pas se rendormir seul à 6 mois

On peut donner un médicament à un bébé qui a des difficultés pour dormir

Un bébé peut dormir dans le même lit que ses parents

*Cochez la réponse qui vous correspond*

\* 1) Où dort votre enfant :

- Dans sa chambre seul
- Dans une chambre partagée avec d'autres enfants
- Dans votre chambre
- Autre (précisez)

- 6) Prenez-vous votre bébé dans les bras dès qu'il pleure alors qu'il dormait?
  - Oui
  - Non
- 7) Donnez-vous à manger à votre bébé à chaque fois qu'il est réveillé ?
  - Oui
  - Non
- 8) Est-ce qu'il vous arrive de réveiller votre bébé pendant une sieste ?
  - Oui
  - Non
- 9) Avez-vous eu des informations sur le sommeil de l'enfant ?
  - Oui
  - Non

→ Si oui, numérotez vos sources d'informations en commençant par le numéro 1 celui à qui vous attribuez le plus de confiance :

  - Professionnel en cours de préparation à la naissance
  - Professionnel pendant le séjour en maternité
  - Autre professionnel de santé
  - Amis
  - Famille
  - Internet
  - Presse
  - Autre : .....

→ Auriez-vous aimé avoir plus d'informations (entourez)? Oui Non
- 10) Quel âge avez-vous ?
  - Moins de 20 ans
  - De 20 à 30 ans
  - De 31 à 40 ans
  - Plus de 40 ans

- 11) Quel âge a votre enfant ?
  - Moins d'1 mois
  - Entre 1 mois et 2 mois
  - De 2 mois à 5 mois
- 12) Votre enfant est pour vous le :
  - 1<sup>er</sup>
  - 2<sup>ème</sup>
  - 3<sup>ème</sup>
  - Autre (précisez) : .....
- 13) Exercez vous une activité professionnelle en ce moment ?
  - Oui
  - Non
- 14) Avez-vous des horaires et jours de travail réguliers ?
  - Oui
  - Non
- 15) Combien de temps a duré votre congé maternité après la naissance ?
  - Pas de congé
  - 1 mois ou moins
  - 2 mois
  - 3 mois ou plus
- 16) Vous êtes-vous mis(e) à son rythme les premiers mois ?
  - Oui
  - Non
- 17) Fumez-vous ?
  - Oui
  - Non
- 18) Avez-vous déjà entendu parler du sommeil agité ?
  - Oui
  - Non

*Merci d'avoir consacré de votre temps pour répondre à l'enquête.*

