



HAL
open science

Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde

Anne Moinier

► **To cite this version:**

Anne Moinier. Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01402219

HAL Id: dumas-01402219

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01402219>

Submitted on 24 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.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 90

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MOINIER Anne

Née le 17 juin 1986 à Saint Jean d'Angély

Le 30 Juin 2016

**LE SOMMEIL PARTAGE, ENQUETE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DE GIRONDE.**

Directrice de thèse
Dr BERTRAND Clotilde

Jury

Professeur GAY Bernard
Professeur DEMARQUEZ Jean-Louis
Professeur HOROVITZ Jacques
Docteur PAULS-BARSANTI Julia
Docteur BERTRAND Clotilde

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Directrice

REMERCIEMENTS

AU JURY

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur des Universités, Médecin Généraliste
Directeur du Département de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre soutien dans ce projet et pour votre aide pour l'élaboration du questionnaire destiné aux médecins généralistes.

Votre enseignement tout au long de ces années d'internat a toujours été d'une aide précieuse et je vous en remercie.

A mon Juge et Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-louis DEMARQUEZ

Professeur émérite des Universités, Ancien Praticien Hospitalier
Service de Réanimation Médicale, CHU de Bordeaux.

Vous avez accepté d'évaluer l'intérêt scientifique de ce travail portant sur un thème peu connu des patients et même du domaine médical. Veuillez accepter mes respectueux remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

A mon Juge

Monsieur le Professeur Jacques HOROVITZ

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Service Gynécologie-Obstétrique et médecine fœtale, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Votre enseignement lors du DU de Gynécologie pour les médecins généralistes m'est tous les jours d'une aide précieuse et l'étendue de votre savoir fait mon admiration.

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre disponibilité et je vous prie de croire en ma haute considération.

A mon Juge

Madame le Docteur Julia PAULS-BARSANTI

Praticien hospitalier,

Service du SMUR Pédiatrique, CHU de Bordeaux

Responsable du Centre de Référence Régional de la Mort Inattendue du Nourrisson

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être parmi les membres du jury et de juger mon travail. Recevez mon plus grand respect.

A mon juge et ma Directrice de Thèse

Madame le Docteur Clotilde BERTRAND

Pédiatre,

Hôpital de Bagatelle, Bordeaux

Je te remercie de ton aide précieuse durant cette année de préparation de thèse.

Ton analyse et tes conseils m'ont permis de mener à bien ce travail

Les trois mois de stage à tes côtés mon beaucoup appris sur la vie d'un nourrisson. Ta rigueur, ton savoir, ta disponibilité (même le soir à 21h pour des avis personnels) et l'ensemble de tes qualités professionnelles et humaines font mon admiration.

Sois assurée de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

AU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Et notamment à Madame Chantal BONNIN, merci pour votre aide, votre disponibilité et votre dévouement auprès des étudiants. Soyez assurée de mon profond respect.

Aux Praticiens qui ont répondu à ce questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

A MES PROCHEs

Brice, l'amour de ma vie. Tu es mon pilier ! Tu m'apportes ton soutien, ta bonne humeur et j'adore notre complicité quotidienne. Ton ouverture d'esprit nous a conduits à de fabuleux voyages. Je t'admire pour ta gentillesse et ton courage et j'aime ton côté épicurien. Je suis si heureuse que tu aimes ma famille comme si c'était la tienne et j'espère vraiment que bientôt nous formerons la nôtre.

Maman, c'est toi qui m'as mise sur le chemin de la médecine, tu m'as donnée la chance que tu n'as pas eue et je t'en remercie. Merci pour tout. Pour avoir fait de notre famille ce qu'elle est, pour être toujours là quand il faut, pour m'avoir soutenue et encouragée pendant ces longues études, et pour toutes les longues heures passées au téléphone (je ne les compte même plus). Tu es une femme et une mère exceptionnelle. Avec tout mon amour.

Céline, ma sœur chérie, je suis très heureuse que tu aies choisi la voie des statistiques car sans ça mon travail de thèse aurait été beaucoup plus compliqué ! En tout cas merci beaucoup pour ta disponibilité et ton aide. Tu es aussi une femme et une sœur exceptionnelle et maintenant une mère. Nous sommes toujours là l'une pour l'autre et j'adore notre complicité. Nous pourrions rester des heures à discuter. Tes beaux enfants Valentin et Hugo nous comblent de joie. Ludo, prends soin d'eux.

Nelly, tu es une amie formidable et je sais que je peux compter sur toi à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et bien sûr l'inverse est vrai aussi. Je te souhaite que du bonheur dans ta nouvelle vie à Tarbes ou ailleurs s'il le faut.

Cécile, Clémentine et Déborah, vous m'aurez fait rire, pleurer et pleurer de rire. On a vécu des moments de fêtes, d'exams, de sous colles, de vacances, de diners, de sport, de spa, de soirées entre filles, de bla-blas... Je souhaite que l'on en partage encore des milliers, à 4, à 8 et plus si affinités... Je vous adore, les gars prenez-soins d'elles.

Florian, Florence, Bastien, Antoine et Sophie, nous nous sommes éloignés à cause de nos internats mais ça ne nous empêche pas de nous retrouver pour de bon week-ends de détente réguliers... Vous me manquez quand-même !

A Florence et David, vous m'avez énormément appris pendant ces 6 mois à vos côtés. Vous pratiquez une médecine très humaine, préventive centrée sur le patient. Florence, je me remémore nos discussions autour de nos « piques niques » (aussi bien de médecine que personnelles) et je vous en remercie. David, tu as mené à bien ce projet de maison médicale et l'ambiance de travail qui y règne est super. J'ai vraiment été très bien accueillie à Créon, et c'était un plaisir de venir tous les matins. Bon courage pour tes projets à venir.

Au reste de ma famille et de mes amis, ceux qui sont toujours là pour moi et qui m'ont soutenue de près ou de loin. Aux bons moments que nous passons ensemble et que nous partagerons encore.

A mon père,

*Je sais que tu serais fier de moi en ce jour, toi qui étais si heureux que je
fasse des études de médecine. Je te dédie cette thèse.*

Tu nous manques tous les jours et

Tu nous manqueras toujours.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	8
<u>Première partie : le sommeil partagé, revue de la littérature</u>	
1. <u>Le couchage du nourrisson</u>	
1.1. Histoire du couchage du nourrisson	9
1.2. Le sommeil partagé : définition	10
1.3. Pratique du sommeil partagé à travers le monde	11
2. <u>Le Sommeil partagé</u>	
2.1. Les inconvénients du sommeil partagé	
2.1.1. Causalité avec la mort subite du nourrisson	13
2.1.2. Les autres inconvénients	16
2.2. Les avantages du sommeil partagé	17
2.2.1. Favorise l'allaitement et sa durée	18
2.2.2. Favorise le sommeil	19
2.3. Les conditions de réalisation en toute sécurité	21
2.4. Recommandations internationales	23
<u>Deuxième partie : L'enquête de pratique</u>	
1. <u>Objectif de l'étude</u>	25
2. <u>Matériel et méthode</u>	25
3. <u>Résultats</u>	26
4. <u>Discussion</u>	
4.1. La méthode	38
4.2. Autres biais de l'étude	38
4.3. Participation	39
4.3. Discussion des résultats	40
5. <u>Perspectives</u>	43
<u>CONCLUSION</u>	45
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	46
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	47
<u>ANNEXES</u>	51

SOMMAIRE DES FIGURES ET TABLEAUX

<u>Figure 1</u> : Prévalence du sommeil partagé selon Nelson et Taylor	12
<u>Figure 2</u> : Temps de sommeil des mères allaitantes versus non allaitantes et groupe contrôle	19
<u>Figure 3</u> : Nombre d'années d'exercice des praticiens	27
<u>Figure 4</u> : Nombre de visites à domicile des praticiens par semaine	28
<u>Figure 5</u> : Formation complémentaire en pédiatrie	29
<u>Figure 6</u> : Discussion sur les conditions de sommeil des nourrissons lors des consultations des nouveau-nés	30
<u>Figure 7</u> : Conseils pour le couchage du nourrisson	30
<u>Figure 8</u> : Type de conseils pour le couchage du nourrisson	31
<u>Figure 9</u> : Attitude professionnelle sur le sommeil partagé	32
<u>Tableau 1</u> : Avantages du sommeil partagé	33
<u>Tableau 2</u> : Inconvénients du sommeil partagé	34
<u>Figure 10</u> : Le sommeil partagé, un sujet d'actualité	34
<u>Figure 11</u> : Changement d'attitude sur le sommeil partagé en cours de carrière	35
<u>Figure 12</u> : Type de changement d'attitude	35
<u>Figure 13</u> : Suivi des familles pratiquant le sommeil partagé	35
<u>Tableau 3</u> : Les raisons du sommeil partagé	36
<u>Figure 14</u> : Discussion sur la mort subite du nourrisson en consultation	36
<u>Tableau 4</u> : Conseils sur la prévention de la mort subite du nourrisson	37

INTRODUCTION

Le sommeil partagé fait débat en France et à travers le monde depuis plusieurs années.

Il est pratiqué pour différentes raisons : socio-économiques, ethniques, par conviction personnelle, par réaction à des troubles du sommeil de l'enfant, par besoin de sécurité de l'enfant ou pour des raisons pratiques par exemple l'allaitement.

Dans certaines maternités de France le sommeil partagé est conseillé lors de l'allaitement maternel et dans la majorité des cas fortement déconseillé pour éviter la mort subite du nourrisson.

Nous, médecins généralistes, pouvons être le premier interlocuteur de la femme qui vient juste d'accoucher.

Alors, y-a-t-il des recommandations sur le sommeil partagé ?

Les médecins généralistes connaissent-ils cette pratique ? Qu'en pensent-ils ? Que conseillent-ils ?

Devant ces nombreuses problématiques, il était intéressant de réaliser ce travail chez les médecins généralistes afin de connaître leur opinion et leurs pratiques à ce sujet.

Au terme de ce travail, nous proposerons une fiche d'information pour les médecins qui le souhaitent.

Première partie : le sommeil partagé, revue de la littérature

1. Le couchage du nourrisson

1.1. Histoire du couchage du nourrisson

Le couchage du bébé est un sujet universel qui a évolué à travers le temps et à travers le monde.

En Occident, c'est à partir du Moyen-âge que l'Eglise demande aux mères de ne plus faire dormir le bébé dans le lit de ses parents. Les grands lits collectifs laissent alors la place à des lits individuels. Il s'agit officiellement de lutter contre les morts par étouffement (soi-disant des infanticides masqués), mais également de limiter la promiscuité qui commence à devenir immorale (1).

Jusqu'au XXe siècle, en Occident, la puériculture évolue avec la médecine et les règles d'hygiène, l'enfant est toujours couché sur le dos et il est fortement conseillé aux nourrices de ne pas dormir avec les bébés et donc de les coucher dans leur lit car nombreux sont les cas d'étouffement (2).

Vers 1970, le coucher ventral apparaît aux Etats-Unis puis en Europe. Des études scientifiques en montraient l'intérêt chez les prématurés afin d'améliorer la fonction respiratoire et de traiter le reflux gastro-œsophagien (3). Effectivement des études par pH-métrie avaient démontré qu'en position de décubitus ventral, les nourrissons subissaient nettement moins de reflux qu'en décubitus dorsal (4). Par extrapolation, la position ventrale a été conseillée pour tous les nouveau-nés.

Cependant alors que la mortalité infantile a fortement diminué, les morts subites du nourrisson (MSN) augmentent (5).

Le lien avec le couchage ventral est soulevé dans les années 1985 par Sénacal et al. qui ont mis en évidence dans les études épidémiologiques que le nourrisson est couché sur le ventre dans 80 à 90% des morts subites (6).

En 1987, les Pays-Bas sont les premiers à lancer des campagnes en faveur d'un couchage sur le dos des nourrissons et à observer, en conséquence, une baisse très significative du nombre de MSN.

En France, le ministre chargé de la Santé lance une campagne d'information sur la mort subite du nourrisson en février 1993 mais ce n'est qu'en octobre 1994 qu'un réel programme visant une baisse de 30 % de la MSN est débuté, avec des campagnes d'information qui seront répétées les années suivantes (5).

1.2. Le sommeil partagé : définitions

Le sommeil partagé peut avoir différentes significations selon les articles ou les études. Il est souvent traduit en Anglais par les termes « bed sharing » et « co-sleeping ».

Pour certains le *co-sommeil* se réfère en réalité à tous les moyens qui permettent à un enfant de dormir en étant en contact social et/ou physique proche avec la personne qui s'occupe de lui (habituellement la mère) (7).



(8)

En France, on emploie souvent le mot *co-dodo* pour le sommeil partagé.

Ce terme peut être utilisé pour décrire différentes pratiques: soit un lit de bébé à côté d'un lit d'adulte, soit un berceau *co-dodo* dans le lit d'adulte, soit le bébé dans le lit d'adulte, soit un lit bébé séparé dans la chambre des parents. Il est important de les distinguer car les avantages, inconvénients et risques varient selon le cas.

Ci-dessous une image des lits « *co-dodo* » vendus sur le net.



(9)

Pour la « *Leche League* », une association pour le soutien de l'allaitement maternel, on emploie le terme de sommeil partagé lorsque la mère et l'enfant dorment dans une proximité suffisante pour permettre à chacun de percevoir les signaux et messages sensoriels de l'autre : cela peut être l'enfant dans le lit familial, mais aussi l'enfant dans un petit lit accroché "en side-car" au grand lit, le bébé dans son berceau dans la chambre des parents, l'enfant sur un petit matelas collé au grand lit etc. (10).

Les termes sommeil partagé et bed-sharing sont les plus justes et amènent moins à une ambiguïté. Ils sont les plus utilisés dans les études scientifiques.

Pour l'American Academy of Pediatrics, les termes (bed sharing) «partage du lit» et (co sleeping) «co-dodo» sont souvent utilisés de façon interchangeable, mais ils ne sont pas synonymes. Le co-dodo peut être employé quand les parents et le nourrisson qui dort sont à proximité (sur la même surface ou des surfaces différentes) de manière à être en mesure de voir, d'entendre, et/ou de toucher le nourrisson.

Le co-dodo peut donc inclure le partage du lit ou seulement le fait de dormir dans la même chambre à proximité (11).

Parce que le terme co-dodo peut être mal interprété et ne décrit pas précisément les conditions de sommeil, l'American Academy of Pediatrics recommande l'utilisation des termes «partage de la chambre» et «partage du lit» (11).

Dans cette étude nous avons défini le sommeil partagé comme ***la pratique dans laquelle le nourrisson partage une surface de sommeil avec sa mère ou un autre membre de sa famille.***

1.3. Pratique du sommeil partagé à travers le monde

A travers le monde, le sommeil partagé est pratiqué de façons diverses et variées. En Amérique latine, aux Philippines, au Vietnam certains parents placent leur nourrisson dans un hamac (et le partage parfois), d'autres dorment à côté de leur nourrisson sur des nattes de bambou ou de paille, ou sur des futons (comme au Japon).

En France, une seule étude a été réalisée sur le sommeil partagé. Elle a été publiée en 2004 par Streicher et al. 2900 pédiatres répartis sur toute la France ont reçu un lot de questionnaires à remettre à tous les parents d'un enfant de moins de 6 mois venus les consulter un jour donné. 370 pédiatres ont participé, ce qui a permis le recueil de 1789 questionnaires interprétables. Les enfants étaient âgés de treize semaines en moyenne et 62 % d'entre eux étaient allaités en maternité.

L'analyse révèle que la prévalence du partage de la chambre est de 36 % au moment de l'enquête mais 62% des nourrissons au total ont dormi régulièrement dans la chambre parentale les premières semaines.

Le partage du lit est retrouvé dans 32% des questionnaires, motivé principalement par les **difficultés d'endormissement ou les pleurs de l'enfant (38%), l'allaitement (25%) et la surveillance (13%)**. C'est une pratique qui reste cependant ponctuelle (83%), quelques heures par nuit (85%). Les parents sont 70% à avoir pris des précautions pour accueillir leur enfant dans leur lit et 9% à avoir vécu des situations de danger (12).

Une étude internationale de grande ampleur, a été publiée en 2000 par Nelson et Taylor « International child care practices study: infant sleeping environment » (Figure 1). Réalisée dans 17 pays et 21 centres, elle étudiait les conditions de sommeil des nourrissons de 3 mois. Les premières questions étaient sur le partage de la chambre, puis sur le partage du lit et la durée de ce temps de partage (13).

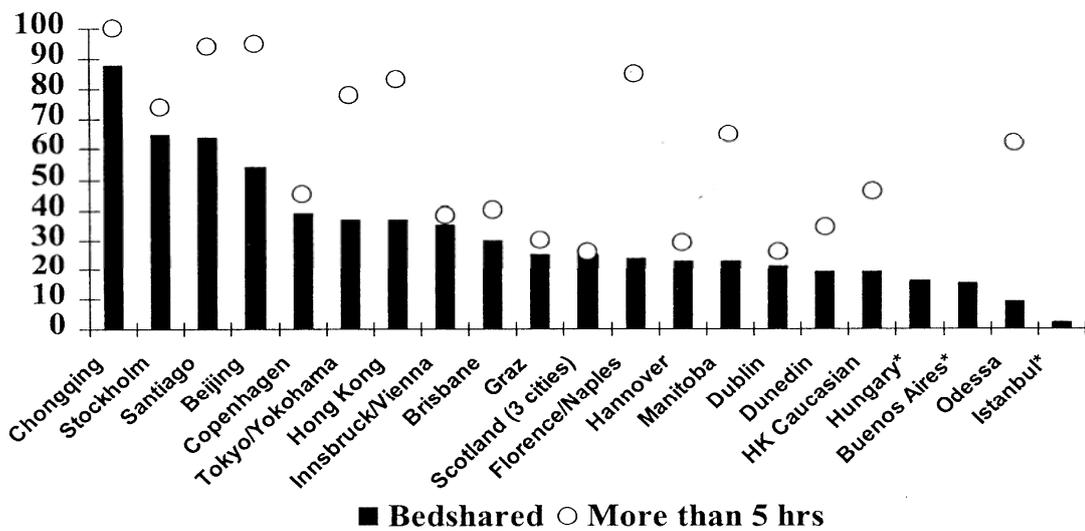


Figure 1 : Prévalence du sommeil partagé selon Nelson et Taylor

L'analyse montre que le partage du lit est une pratique commune en Chine puisqu' elle atteint le plus fort taux de sommeil partagé avec 88% (tous partagent le lit plus de 5h) à Chongqing et 54 % à Pékin avec une durée de partage pratiquement identique et en majorité avec les deux parents.

En Australie, le taux de sommeil partagé atteint les 30%, 19 % en Nouvelle Zélande, avec en moyenne moins de 40% de durée supérieure à 5h.

Le partage du lit et le partage de la chambre sont communs dans les pays Asiatiques et se poursuivent à travers les années préscolaires.

Aux Etats-Unis, plusieurs études (14, 15) montrent des taux de sommeil partagé pour des nourrissons de moins de trois mois aux alentours de 20%. Taux qui diminuent avec le temps et qui varient en fonction des origines ethniques des populations (les populations noires et hispaniques pratiquant bien plus souvent le sommeil partagé que les blancs) (16).

Tous ces chiffres nous montrent donc des pratiques différentes selon les pays. Un fort taux de sommeil partagé est constaté en Asie, probablement aussi en Afrique et chez les populations hispaniques. En revanche, en occident, les taux sont bien moins élevés avoisinant les 15%.

2. Le Sommeil partagé

2.1. Les inconvénients du sommeil partagé

2.1.1. Causalité avec la mort subite du nourrisson

En 2011, en France, 189 cas de mort inattendue du nourrisson ont été référencés entre 0 et 1 an (17).

Malgré la réduction importante du taux de mort subite du nourrisson depuis les campagnes de couchage sur le dos, celle-ci demeure la principale cause de mortalité infantile dans la période post-natale dans les pays à revenu élevé.

Dans l'enquête menée entre 2007 et 2009 sur les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans par l'INVS, le sommeil partagé est identifié comme un facteur de risque de mort subite du nourrisson (5).

Les auteurs recommandent un couchage séparé mais à proximité.

Bien que le partage du lit puisse faciliter l'allaitement maternel, les preuves scientifiques tendant à démontrer que le partage du lit est plus dangereux que le partage de la chambre dans des lits séparés, il n'est pas recommandé de partager le lit de son nourrisson.

L'enfant peut être mis dans le lit de ses parents pour un moment (tétée, soins, réconfort) mais doit être replacé dans son lit ou berceau quand l'adulte va se rendormir.

Dans cette étude, Le partage du lit concernait habituellement 16 % des enfants et 18 % le jour du décès (5).

Pour le Dr Levasseur qui a effectué une revue de la littérature en 2012 sur la mort subite du nourrisson et le sommeil partagé, ce n'est pas tant le partage du lit qui est à risque mais les conditions dans lesquelles il est pratiqué. Souvent les facteurs de risque sont cumulés augmentant le risque total (18).

On admet généralement que le sommeil partagé est un facteur de risque de mort subite du nourrisson lorsqu'il est effectué dans un canapé, que la mère fume ou qu'elle boit de l'alcool. Cependant les auteurs divergent quant à savoir si en l'absence de ces facteurs de risque, le partage du lit représente un risque.

Blair et al. ont publié de nombreuses études sur le sujet. En 1999, ils ont analysé 325 cas de MSN pour 1300 témoins (19).

En analyse multi-variée, chez les nourrissons qui partagent le lit de leurs parents et qui sont ensuite remis dans leur propre lit, il n'y a pas de risque accru. Le risque est par contre multiplié par 10 pour les nourrissons qui partagent le lit pour l'ensemble de la nuit. Pour les nourrissons qui dorment dans une pièce séparée de leurs parents le risque est aussi multiplié par 10 et pour les nourrissons qui ont partagé un canapé il est multiplié par 50.

Pour les enfants de plus de 14 semaines, le risque de partage du lit est devenu non significatif.

Le risque du partage du lit devient non significatif si les parents ne fument pas, si la mère consomme moins de deux unités d'alcool, si l'enfant n'est pas trop couvert et si les parents ne sont pas trop fatigués (19).

Les principaux auteurs de cinq grandes études cas-témoins récentes (néo-zélandaise et européennes principalement) ont convenu de combiner leurs données pour estimer le risque associé à partager le lit en fonction de l'allaitement maternel, du tabagisme, de la consommation récente d'alcool de la mère et de l'utilisation de drogues illicites, après ajustement pour les autres facteurs prédictifs de risque les plus importants, à savoir si le bébé dort dans la chambre des parents ou ailleurs, la position selon laquelle le bébé est endormi, les mères célibataires, l'âge et la parité de la mère et le poids de naissance du bébé (20).

1472 cas et 4679 témoins ont été analysés. Le taux d'incidence de MSN est maximal entre 7 et 10 semaines. On évoque le partage du lit lorsque le nourrisson partage le lit d'un ou des deux parents et qu'il est retrouvé mort à leur réveil.

Cette analyse montre que le partage du lit est un facteur de risque significatif pour les 15 premières semaines de vie en l'absence de tabac, d'alcool, des drogues et de tous les autres facteurs de risque. (AOR = 5.1)

Le risque de mort subite serait 5 fois plus élevé lorsque le bébé est couché dans le lit de ses parents, même lorsque ceux-ci ne fument pas et ne sont pas alcoolisés.

Le risque associé au partage du lit est fortement augmenté lorsqu'il est combiné avec le tabagisme des parents, la consommation maternelle d'alcool et / ou de drogues (20).

L'étude dénonce la diffusion actuelle de messages de prévention qui ne déconseillent le co-dodo que si les adultes fument, boivent, se droguent, sont très fatigués ou si l'enfant est prématuré. Or, les risques sont présents dans le lit des parents, même en l'absence de ces facteurs de risque supplémentaires (21).

Cet article relève que le **nombre de décès liés au co-dodo serait en augmentation** dans les pays qui promeuvent le « co-dodo » lors de l'allaitement. Les cas de partage du lit seraient passés de 22% des MSN (résultat de la méta-étude de Carpenter) à 50% ou plus suivant des études plus récentes (21).

Les auteurs concluent ainsi : « **la place la plus sûre pour le sommeil d'un bébé est un petit lit dans la chambre de ses parents pendant les 6 premiers mois** » (21).

Pour Blair et al. cette étude manque de données sur les circonstances du sommeil partagé et la mort du nourrisson, et on ne savait pas lequel des parents était à côté du bébé.

Blair et al avaient déjà réalisé deux études cas-témoins en Angleterre menées en 1983 et de 2003 à 2006 ayant recueilli ces données manquantes.

Le but de cette nouvelle analyse est donc de combiner les résultats de ces deux études, afin de quantifier s'il y a un risque de MSN associé au sommeil partagé en l'absence de risques connus (22).

400 cas de mort subite du nourrisson avaient des données complètes sur l'environnement de sommeil et 1386 témoins ont été étudiés. Plus d'un tiers des cas (36%) ont été trouvés en sommeil partagé avec un adulte au moment de leur décès, comparativement à 15% des témoins. Le risque global de mort subite pour les nourrissons qui pratiquaient le sommeil partagé était plus que triplé et presque quadruplé.

Le risque associé à plusieurs variables : sommeil partagé sur un canapé ou à côté d'un parent qui buvait plus de deux verres d'alcool était très élevé et significatif pour les nourrissons de tous âges.

Le risque associé pour les parents qui pratiquaient le sommeil partagé en l'absence d'autres facteurs de risque augmentant le risque de MSN (sommeil partagé sur un fauteuil ou un canapé, avec un adulte qui a consommé plus de deux unités d'alcool, ou tabagique), n'était pas statistiquement significatif (22).

- ➔ Le partage du lit augmente donc le risque de MSN surtout lorsqu'il est associé à d'autres facteurs de risque : tabagisme, consommation d'alcool, mauvaises conditions de réalisation, petit poids de naissance de bébé. Les deux dernières grandes études sur le risque de mort subite du nourrisson en cas de sommeil partagé sont donc divergentes. Elles s'accordent bien sur le fait qu'en présence de facteurs de risques, le sommeil partagé est très dangereux, mais lorsque l'on exclue ceux-ci, Blair et Al concluent que le sommeil partagé n'augmenterait pas le risque de MSN.

D'autres études sont nécessaires afin d'approfondir ces conclusions.

2.1.2. Les autres inconvénients

Dans l'étude de Streicher et al. sur la prévalence du sommeil partagé en France (12), 67,4% des parents désapprouvent le partage du lit parental. Essentiellement parce qu'ils estiment que c'est une « mauvaise habitude donnée à l'enfant » (44%), une pratique dangereuse (26,7%), ou que cela empêche l'intimité du couple (23,1%).

Pour ses détracteurs, le sommeil partagé pourrait empêcher l'indépendance de l'enfant et entraîner des troubles du comportement.

Selon une étude menée en Turquie et publiée en 2015 dans « l'International Journal of Adolescent Medicine and Health », le sommeil partagé ou le partage de la chambre pourrait ensuite induire des troubles d'anxiété ou un manque de confiance en soi. Effectivement, les auteurs ont comparé un groupe de 51 adolescents diagnostiqués comme trouble anxieux généralisé à 71 autres adolescents en bonne santé choisis au hasard.

Les durées de partage de chambre étaient significativement plus longues dans le groupe des cas que dans le groupe témoin ($p=0.009$). De même la durée moyenne du sommeil partagé était plus importante dans le groupe des cas que des témoins cependant avec une différence qui n'était pas statistiquement significative ($p=0.529$) (23).

Cependant cette étude est contrebalancée par l'étude d'Okami menée sur près de 20 ans et publiée dans The Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics en 2002. Celle-ci ne montrait pas de dommages créés par le partage du lit. Les auteurs ont suivi 205 enfants du 3^{ème} trimestre de grossesse jusqu'à l'âge de 18 ans. Le partage du lit dans la petite enfance a été associé de façon significative à une augmentation des compétences cognitives mesurée à l'âge de 6 ans, mais cette différence était faible. Au même âge, le partage du lit n'était pas plus associé à des problèmes de sommeil, des pathologies sexuelles, ou d'autres problématiques.

A l'âge de 18 ans, le partage du lit dans la petite enfance ou l'enfance était aussi sans rapport avec des pathologies ou conséquences problématiques, ni n'était lié à des conséquences bénéfiques (24).

Je n'ai pas trouvé d'études sur les difficultés de séparation suite au sommeil partagé ou aux difficultés à vivre sa vie de couple. En revanche, nous retrouvons sur Internet de nombreux témoignages de parents sur ces thèmes.

D'autres travaux ont été menés pour savoir si le sommeil partagé pourrait augmenter le risque d'asthme du nourrisson ou d'énurésie dans la petite enfance.

Pour l'asthme, il n'a été retrouvé aucune association entre le partage du lit à 2 mois et une respiration sifflante ou un diagnostic d'asthme. Par contre, il y a une association positive entre le partage du lit à 24 mois et le diagnostic d'asthme. Ce sujet nécessite d'effectuer d'autres travaux (25).

Un autre travail a étudié le lien entre le sommeil partagé et le risque d'hospitalisation pour une pneumonie. Aucun lien n'est ressorti de l'étude. Seul le rôle protecteur de l'allaitement maternel a été démontré (26).

- ➔ Les inconvénients, hormis la causalité dans la mort subite du nourrisson sont plutôt des préoccupations parentales. Les troubles de l'indépendance de l'enfant ou du comportement méritent d'autres études.

2.2. Les Avantages du sommeil partagé

Toujours dans l'étude de Streicher et al. sur la prévalence du sommeil partagé en France (12), les principales raisons pour lesquelles l'enfant dort dans le lit parental sont l'allaitement (30,9% des cas), les pleurs de l'enfant (43%) et le désir de mieux surveiller l'enfant (14,8%). 15,3% des parents approuvent le partage du lit parental, essentiellement parce que cela rassure l'enfant (37,8%), qu'il peut mieux être surveillé (22,8%), que cela facilite les contacts affectifs (19,3%) et rend l'allaitement plus facile (8,6%).

L'université de Géorgie, a examiné la littérature internationale, soit pas loin de 34 études publiées entre 1990 et 2013 sur les raisons avancées par les parents pratiquant le sommeil partagé et son contexte culturel (chez les nourrissons de 12 mois ou moins). Les principaux thèmes ressortant de cette étude sont par ordre décroissant l'allaitement, puis la réassurance, un meilleur sommeil, la surveillance du bébé, la proximité/liaison avec le bébé, l'environnement, les pleurs, la tradition, le désaccord avec le danger et enfin l'instinct maternel (27).

Dans son site consacré au sommeil partagé, Nathalie Roques, responsable du Centre de Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, insiste sur la proximité réelle avec le bébé et les sentiments de sécurité et d'apaisement qui en découlent : la possibilité de surveiller et rassurer son bébé instantanément.

Le sommeil est de meilleure qualité, plus reposant puisqu'il y a moins de levers nocturnes et que le "rendormissement du bébé et de la mère sont plus faciles" et bien-sûr l'allaitement est favorisé (28).

Ces justifications données par les parents appartiennent une fois de plus à des préoccupations parentales plutôt qu'à des raisons médicales.

2.2.1 Favorise l'allaitement et sa durée

Le premier bénéfice du sommeil partagé est de favoriser l'allaitement. James Mc Kenna, (Professeur d'anthropologie ayant réalisé de nombreux travaux sur le sommeil des nourrissons) a mené une étude parue en 1997 dans *Pediatrics*. Il a étudié 35 couples mère-enfant par vidéo et polysomnographie pendant la nuit. Pour les couples mère-enfant pratiquant le sommeil partagé, l'enfant est allaité environ 3 fois plus de temps que les nourrissons ayant dormi séparément. (2 fois plus d'épisodes d'allaitement qui étaient environ 39% plus longs) (29). Ceci a été confirmé par une autre étude menée en 2010 par le même auteur (30).

Hélène Ball une anthropologue Anglaise a aussi réalisé de nombreuses études sur le même sujet. Dans un essai randomisé paru en 2006 sur la fréquence des tétées en fonction du lieu de sommeil du nourrisson dans un service de maternité (31), elle a observé par des enregistrements vidéo, durant des périodes de 4 heures, les périodes de réveil du nourrisson. L'étude a porté sur 64 couples mère-enfant, dont l'intention prénatale était l'allaitement.

Les bébés étaient répartis de façon aléatoire soit dans un lit seul, soit dans un berceau attaché au lit de la mère soit enfin dans le lit de la mère.

La fréquence des tétées est un facteur prédictif bien connu du succès de l'initiation de l'allaitement maternel.

Après l'accouchement, la chute brutale du taux d'œstradiol et de progestérone stimule la sécrétion de Prolactine. L'entretien de la lactation est assuré par les tétées grâce à un double réflexe neuro-hormonal partant des terminaisons nerveuses du mamelon. La stimulation du mamelon provoque à chaque tétée un double pic sécrétoire :

- de prolactine qui active la synthèse et la sécrétion des constituants du lait
- d'ocytocine qui favorise l'éjection du lait en agissant sur les cellules myoépithéliales (32).

La fréquence des tétées était significativement plus élevée dans les groupes des bébés dormant dans le lit ou dans un berceau attaché au lit de la mère. (Environ 2 fois plus). Il n'y avait pratiquement pas de différence entre le berceau attaché au lit et le partage du lit.

Il n'y a pas eu pendant l'étude de mise en danger de l'enfant relevée. Enfin aucune différence n'a été observée dans la durée de sommeil de la mère ou de l'enfant ou dans la fréquence ou la durée d'aide du personnel (31).

Ball et al. ont aussi observé que 16 semaines plus tard, les taux d'allaitement exclusif et total étaient multipliés par 2 dans les groupes lit partagé et berceau attaché au lit de la mère par rapport au groupe bébé dans un lit seul. ($p < 0,01$) (30,31).

Au Brésil en 2004, une étude montrait que parmi des enfants qui étaient allaités exclusivement à 3 mois, 75,1% de ceux qui partageaient un lit étaient encore allaités à l'âge de 12 mois, contre 52,3% de ceux qui ne partagent pas le lit (PR ajusté = 0,63; IC à 95% = 0,53- 0,75; $P < .001$) (33).

2.2.2 Favorise le sommeil

□ De la mère

L'augmentation du taux de Prolactine chez la femme serait susceptible d'augmenter les temps de sommeil profond.

Dans les jours suivant la naissance, la plupart des mères allaitantes remarquent qu'à l'endormissement, elles plongent très vite dans un sommeil profond.

Blyton et al ont trouvé une explication physiologique à ces modifications de sommeil. Alors que leur délai d'endormissement est identique, les mères allaitantes (B/F) « descendent » très rapidement en sommeil lent de stade 4 ; leur temps de sommeil léger est raccourci et leur temps de sommeil lent profond est trois fois plus long que les mères non allaitantes (Bottle) et 2,5 fois plus long que les femmes adultes (non enceintes, non allaitantes) servant de groupe témoin ($p < 0,001$) (Figure 2) ; en outre, les mères allaitantes se réveillent instantanément alors que les autres peuvent avoir du mal à émerger du sommeil profond. Les trois groupes de femmes observées par Blyton et al. ont la même durée de sommeil paradoxal (34).

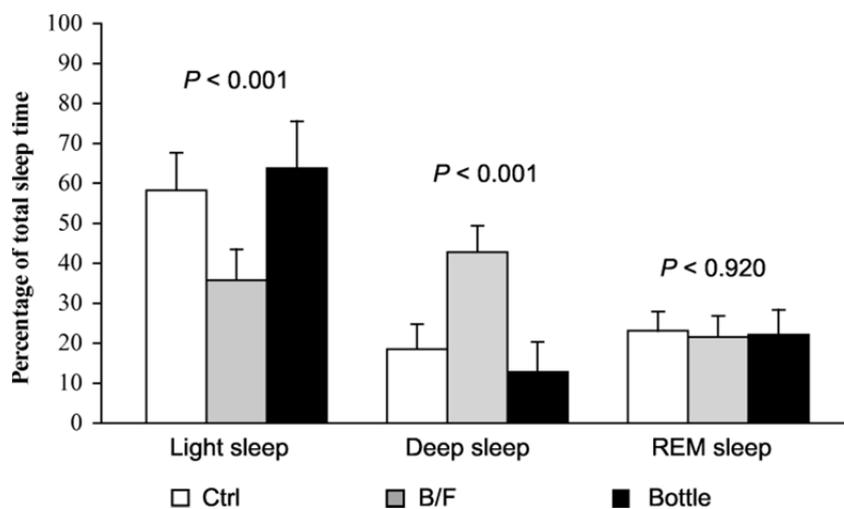


Figure 2 : temps de sommeil des mères allaitantes versus non allaitantes et groupe contrôle

Plusieurs modifications hormonales peuvent expliquer ces adaptations des états de vigilance de la mère allaitante. Blyton et al. ont rappelé le lien entre des niveaux de prolactinémie élevés et une augmentation de durée du sommeil profond, et l'ocytocine, un neuromédiateur cérébral (30,34).

Nathalie Roques décrit très bien cela "les tétées se font dans un climat plus propice à l'endormissement et la mère n'a qu'à se pencher pour donner le sein, et bien souvent elle n'aura aucun souvenir de la fin de la tétée, se rendormant bien avant" (28).

□ De l'enfant

Dans les années 1980-1990, le Dr Richard Ferber, fondateur et ancien directeur du Centre des troubles du sommeil pédiatrique à l'hôpital pour enfants de Boston montrait que le sommeil partagé était pourvoyeur de « troubles du sommeil ». Il conseillait aux parents de laisser l'enfant dormir seul (35).

Son point de vue sera contrebalancé par les travaux de Mc Kenna.

Comme explicité ci-dessus, l'auteur constate que le co-sleeping développe, aussi bien chez la mère que chez le bébé, un état de sensibilité réciproque, ce qui permet à la mère, en cas de détresse du nourrisson, de réagir immédiatement pour le secourir et le réconforter.

Contrairement à Ferber, Mc Kenna considère que l'isolement du bébé dans le mode de coucher (dormir seul dans son lit et dans sa chambre) est peu adapté à l'immaturité psychobiologique de l'enfant, immaturité accentuée dans le cas des bébés vulnérables comme ceux exposés à la mort subite. Cependant, il note que le co-sleeping engendre des éveils fréquents qui ne sont pas considérés comme de véritables troubles du sommeil par les mères de ces sociétés (35).

Dans l'étude de Ball citée plus haut (31), les temps de sommeil des bébés dormant dans le lit de leur mère étaient comparables à ceux dormant dans un berceau attaché au lit et à ceux dormant dans un lit seul.

Baddock et al. ont publié en 2006 une étude sur le partage du lit. Ils ont comparé (par enregistrement vidéo) le sommeil de 40 enfants rentrés à la maison, âgés de 5 à 27 semaines divisés en deux groupes : sommeil partagé ou lit seul. Le temps total de sommeil était similaire dans les deux groupes (8.6 heures dans le groupe partage du lit contre 8.2 heures dans le groupe lit seul). Les nourrissons partageant le lit ont passé plus de temps en position latérale alors que les nourrissons dormant seuls dans un lit passaient le plus de temps en position couché sur le dos.

Les parents pratiquant le sommeil partagé regardaient ou touchaient leur enfant plus souvent (11 fois vs 4 fois par nuit) sans se réveiller complètement. Les épisodes de mouvements étaient plus courts dans le groupe sommeil partagé (37mn Vs 50 mn) et la tétée était 3.7 fois plus fréquente dans le groupe sommeil partagé (36).

- ➔ Le sommeil partagé, grâce à la proximité entre la mère et l'enfant permet d'augmenter la fréquence et la durée des tétées et donc favorise la mise en route de l'allaitement et son maintien dans la durée. Le sommeil de la mère et du bébé n'en est pas plus affecté pour autant.

2.3. Les conditions de réalisation en toute sécurité

En France, ni la Haute Autorité de Santé ni le Ministère de la Santé n'ont établi de recommandations sur le couchage. Cependant, nous en trouvons sur le site de la Société Française de Pédiatrie. (Même si celles-ci ne mentionnent pas le sommeil partagé) (Annexe 1) (1).

Pour les parents, il existe des recommandations de couchage sur le carnet de santé. (Annexe 2)

Pour les conditions de couchage lorsque le sommeil n'est pas partagé, la société française de pédiatrie recommande :

- **Le couchage sur le dos** : le visage est dégagé, le nourrisson peut mieux lutter contre la fièvre et ne risque pas de s'enfouir sous les couvertures

- **Dans un lit à barreaux** jusqu'à l'âge de 2 ans, sur un **matelas ferme** bien adapté aux dimensions du lit, **sans oreiller, sans couverture ni couette**. On évite ainsi que le bébé se glisse sous la couette, s'enfouisse le nez dans l'oreiller, se coince entre le matelas et la paroi du lit.

- La température de la chambre doit être entre **18 et 20°**.

- La fumée de cigarette est mauvaise pour la santé du bébé.

- Il doit être couché avec un sur pyjama, une gigoteuse ou une turbulette, dont l'épaisseur variera en fonction de la saison. Il ne faut pas trop couvrir le bébé en cas de chauffage dans la voiture, les jours de grosse chaleur ou s'il a de la température (1).

E. Briand Huchet reprend toutes ses consignes dans un article destiné aux professionnels de santé. Elle insiste sur le fait que le conseil de faire dormir le bébé sur le dos n'est pas repris et expliqué aux parents par tous les professionnels de santé (17).

Le petit nourrisson doit être protégé de tout tabagisme passif. Après la naissance, la nicotine et le goudron rendent les épithéliums respiratoires plus sensibles aux infections respiratoires sévères (17).

Plusieurs sociétés comme l'UNICEF (37), l'Academy of BreastMedecine (38) et la Société Suisse de Pédiatrie (39) ont émis des recommandations internationales sur le sommeil partagé afin d'éviter le risque de mort subite du nourrisson. (Reprises en France par des sites grand public) (40). Nous pouvons aussi retrouver ces conseils sur le site du Pr Mc Kenna (41).

Pour un sommeil partagé en toute sécurité,

- Le bébé doit être **couché sur le dos** à la fin de la tétée (37, 38, 40),

- Le **matelas** doit être **ferme et plat** (37-41),

- Il faut s'assurer que le bébé ne puisse pas tomber du lit ou être coincé entre le matelas et le mur (37, 38, 40),

- Il ne faut pas que la couverture recouvre la tête du bébé (35, 36, 38, 39),

- le bébé ne doit pas être laissé seul dans le lit (37, 38),

- Il ne faut pas laisser un autre enfant dormir à côté du bébé, ni un animal, de compagnie (37, 38, 41),

→ Température de la pièce autour de 18°, ne pas trop couvrir le bébé (37).

Les recommandations citent aussi les cas dans lesquels le sommeil partagé ne doit pas être pratiqué:

→ Si la mère consomme du tabac, de la drogue, de l'alcool, des médicaments qui altèrent la conscience (37–39,41).

→ Si la mère est atteinte d'une affection qui altère son attention nécessaire au bébé (37), ou d'une infection virale. (Transmission au nourrisson)

→ Si la mère est très fatiguée (37),

→ Si le bébé est né prématurément ou fait un petit poids (37),

→ Si le bébé a de la fièvre (37).

Dans son « guide pour les mères qui allaitent » publié en 2005 (37), L'UNICEF recommande que le nourrisson soit dans la même pièce que ses parents au moins dans les six premiers mois car cela facilite l'allaitement maternel et diminue le risque de mort subite du nourrisson. Cette notion a été publiée dans plusieurs études, **le partage de la chambre diminuerait de 50 % le risque de mort subite du nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois** (5, 36, 40).

Pour l'American Society of Pediatrics, le partage de la chambre sans le partage du lit permet d'avoir une proximité avec son enfant qui facilite l'alimentation, le confort et la surveillance de l'enfant (11).

Pour l'Agence Nationale de Santé du Canada, le partage de la chambre est une pratique de sommeil où le lit d'enfant ou le berceau d'un nourrisson est placé dans la même chambre et près du lit du parent. Les nourrissons qui partagent une chambre risquent moins d'être victime de la MSN pendant les 6 premiers mois, période où le risque de MSN est le plus élevé. Le partage de la chambre facilite l'allaitement maternel et le contact fréquent avec le nourrisson pendant la nuit (42).

L'UNICEF suggère aussi de prendre le bébé dans le lit pour allaiter confortablement et rappelle les règles de sécurité et les situations dans lesquelles il ne faut pas pratiquer le sommeil partagé (Annexe 3).

Elle déconseille aussi de dormir avec son bébé sur un canapé ou un fauteuil.

Dans tous les cas, si le bébé est nourri au biberon, il doit dormir dans un berceau à côté du lit (37).

Pour la Société Suisse de Pédiatrie le partage du lit parental est exigeant pour les parents. L'enfant a besoin de suffisamment de place pour dormir, le lit doit donc être assez large (39).

Sur son site internet, l'Initiative Hôpital ami des bébés a publié des documents de référence pour le bon déroulement de l'allaitement maternel.

Pour le sommeil partagé, ils s'appuient sur les travaux de Mc Kenna qui prouvent que la durée et la fréquence des tétées sont augmentées en cas de sommeil partagé tout comme la durée de l'allaitement maternel (59). Sur le site Internet, les recommandations de l'UNICEF sont disponibles « Partager un lit avec votre bébé » (37).

L'hôpital ami des bébés est un projet de service qui favorise un accompagnement optimal des parents à la naissance et pendant le séjour dans le service. L'information des futurs parents, notamment sur les bienfaits et la pratique de l'allaitement maternel leur permet de faire un choix éclairé concernant l'alimentation de leur enfant (43). C'est dans ce cadre d'encouragement de l'allaitement maternel qu'il est conseillé aux mamans de la maternité de pratiquer le sommeil partagé lors de l'hospitalisation.

L'idée de ce travail est venue lors de mon stage d'interne en Gynécologie à l'hôpital de Bagatelle dont la maternité est labélisée « Initiative Hôpital Ami des Bébés ».

Nous retrouvons donc à peu près les mêmes conseils sur tous les sites alloués au sommeil partagé afin d'éviter le risque de chute, le risque d'asphyxie et de prévenir la mort subite du nourrisson.

2.4. Recommandations internationales

Aux Etats-Unis, malgré une diminution importante de l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson depuis les recommandations de couchage sur le dos de 1992 de l'American Academy of Pediatrics, cette baisse a atteint un plateau au cours des dernières années. Parallèlement, d'autres causes de mort subite du nourrisson surviennent pendant le sommeil dont la suffocation, l'asphyxie, l'enfouissement et des causes mal définies ou non précisées. L'American Academy of Pediatrics informe qu'il est important de se concentrer sur un environnement de sommeil sécuritaire qui peut réduire le risque de mortalité infantile lié au sommeil.

Elle recommande donc : le décubitus dorsal, l'utilisation d'un matelas ferme, l'allaitement maternel, **le partage de la chambre sans partage du lit**, les vaccinations de routine, l'utilisation d'une tétine, une pièce non surchauffée et une non exposition à la fumée de cigarette, à l'alcool, et aux drogues illicites.

→ **Pour l'American Academy of Pediatrics, les nourrissons peuvent être mis dans le lit pour les nourrir ou les reconforter mais doivent ensuite être remis dans leur propre lit lorsque le parent est prêt à se rendormir (11).**

Aux Pays-Bas, le sommeil partagé n'est pas non plus recommandé dans les 3 premiers mois de vie (44).

Pour l'Agence de la Santé Publique du Canada, le fait de partager une surface de sommeil **accroît le risque du MSN particulièrement chez les nourrissons de moins de 4 mois**. Le fait de partager une surface de sommeil avec un nourrisson accroît également le risque qu'il soit coincé, recouvert, qu'il ait trop chaud, ou qu'il suffoque.

Le risque de MSN ou les autres causes de décès non intentionnel survenant pendant le sommeil est encore plus élevé si le nourrisson partage une surface de sommeil avec un parent qui fume, qui a consommé de l'alcool, qui a pris des drogues ou des médicaments sédatifs ou qui est très fatigué (42).

Sur le site national de la santé au Royaume-Uni, les recommandations sont un peu plus modérées... Le sommeil partagé est déconseillé si la mère ou le père fume ou se drogue/prennent des médicaments ou s'ils boivent de l'alcool.

Puis, en approfondissant les recherches dans le site, ils précisent aussi que le risque de mort subite du nourrisson avec le sommeil partagé est augmenté si le bébé est prématuré (<37 SA) ou né avec un petit poids (<2500g).

Ils informent du risque « que la mère puisse rouler dans son sommeil et étouffer le bébé, ou que le nourrisson pourrait se coincer entre le mur et le lit. Il ne faut jamais dormir avec un nourrisson sur un canapé ou un fauteuil. »

Ils affirment donc que l'endroit le plus sûr pour faire dormir un bébé pendant les 6 premiers mois est dans un lit dans la même pièce que les parents.

➔ « Même s'il est très agréable d'avoir votre bébé avec vous pour un câlin ou l'alimentation, dormir avec votre bébé sur un canapé ou un fauteuil est lié à un risque plus élevé de MSN. Il est plus sûr de remettre votre bébé dans son lit avant d'aller vous coucher » (45).

Pour les Australiens, prendre un bébé dans un lit d'adulte peut être dangereux car les nourrissons peuvent se retrouver coincés dans la literie ou sous les oreillers, être pris au piège entre le mur et le lit, tomber du lit, ou être étouffés par le parent qui dort très profondément ou qui a pris de la drogue ou de l'alcool. Le risque d'accident est augmenté si le bébé est laissé seul sur un lit d'adulte (43).

En France, il n'y a pas de véritable recommandation pour ou contre le sommeil partagé mais la tendance est plutôt négative.

Sur le site de la Société Française de Pédiatrie, les recommandations de couchage ne citent pas le sommeil partagé : « Le bébé doit dormir dans un lit rigide à barreaux, sur un matelas ferme aux dimensions adaptées à la taille du lit, sans oreiller, ni couverture ni couette » (1).

Sur le site Naitre et Vivre (site pour la prévention de la mort subite du nourrisson), le sommeil partagé est déconseillé. L'étude citée est l'étude référencée ci-dessus publiée dans le British Medical Journal (20). Selon cette étude, « 88% des décès qui surviennent lors du partage du lit pourraient être évités si le bébé était couché sur le dos dans un lit adapté près de celui de ses parents ». Le risque de mort subite serait 5 fois plus élevé lorsque le bébé est couché dans le lit de ses parents, même lorsque ceux-ci ne fument pas et ne sont pas alcoolisés.

Deuxième partie : l'enquête de pratiques

Lors de mon stage à la maternité de Bagatelle, j'ai vu de nombreux nourrissons dormir dans les lits des mères, ou des mères me dire lors du questionnement sur la nuit « il a beaucoup pleuré donc je l'ai mis contre moi... ». Cela m'a beaucoup questionnée, car effectivement les sages-femmes et puéricultrices conseillaient aux mamans le sommeil partagé en les aidant à installer le nourrisson alors que pour moi cette pratique était pleinement déconseillée.

Si ces mères pratiquent le sommeil partagé à la maternité et donc, dans un environnement plutôt contrôlé/sécurisé, qu'en est-il à la sortie de la maternité ? Qui les conseille ?

Dans une étude pratiquée en Savoie en 2013, 51% des nourrissons de 0-6 mois sont suivis par le médecin généraliste et ne verront pas de pédiatre (46).

Le médecin généraliste doit donc être formé sur les conditions de couchage du nourrisson et cela devrait être abordé lors de la première consultation à la sortie de la maternité.

Alors les mères qui commencent à pratiquer le sommeil partagé à la maternité seront-elles suivies sur le sujet par leur médecin généraliste ? Connaissent-ils cette pratique, qu'en pensent-ils ?

J'ai trouvé intéressant de faire cette enquête pour évaluer la connaissance des médecins généralistes de Gironde sur le sommeil partagé, puisque des maternités de Gironde le conseillent, et de pouvoir leur faire parvenir une information sur le sujet s'ils le désirent.

1. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes de Gironde sur le sommeil partagé, de recueillir leur pratique à ce sujet, dans un cadre plus général de la mort subite du nourrisson.

2. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale à type d'enquête de pratique auprès des médecins généralistes de Gironde.

Un tirage au sort a été réalisé à partir de la liste des médecins généralistes fournie par l'Agence Régionale de Santé.

Celle-ci comprenait 1898 médecins généralistes en Gironde. Après avoir exclu les praticiens ayant des adresses en clinique et les noms doubles, les médecins ont été choisis au hasard en prenant un médecin sur 6 (classement par ordre alphabétique des communes) afin d'avoir une bonne représentation de l'échantillon dans tout le département.

Au total nous avons envoyé 300 courriers contenant une lettre explicative, l'enquête et une enveloppe timbrée pour le retour du questionnaire. (Annexe 4) Le recueil des questionnaires s'est étalé de début décembre 2014 à fin mars 2015.

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide du Dr Bertrand, pédiatre à Bagatelle et du Pr Gay, directeur du département de Médecine Générale de Bordeaux. Il a été élaboré en fonction de la revue de littérature réalisée précédemment.

Il comprenait 21 questions, dont 7 questions centrées sur l'activité du médecin et 14 questions centrées sur le sommeil du nourrisson.

La plupart des questions étaient à choix multiples.

L'exploitation des résultats a été réalisée sur le tableur Excel 2007.

L'analyse statistique descriptive nous a permis d'obtenir les résultats suivants.

3. Résultats

Le taux de réponse à notre enquête est de 42%.

En effet, nous avons reçu 125 réponses de professionnels de santé sur les 300 courriers envoyés.

Sur ces 125 réponses, 7 questionnaires étaient inexploitable :

- 1 questionnaire est revenu pour erreur d'adresse, 1 autre est revenu vierge
- 1 praticien était retraité
- Les autres praticiens s'étaient spécialisés et ne pratiquaient plus de pédiatrie

Nous avons donc pu analyser 118 questionnaires.

Première partie du questionnaire sur l'activité du médecin :

Question 1 : Sexe du médecin

Nous avons obtenu 56 % de réponses masculines et 44% de féminines.

Question 2 : Durée d'exercice

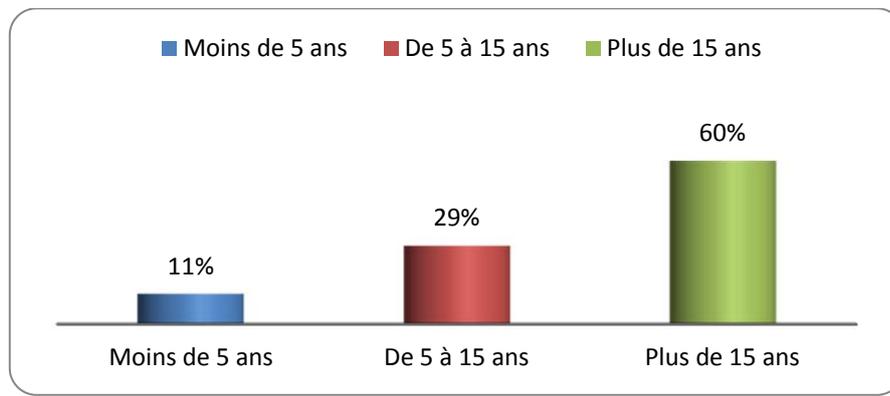


Figure 3 : Nombre d'années d'exercice des praticiens

Question 3 : Mode d'exercice

- Seul → 34%
- En cabinet de groupe → 57%
- En maison de santé pluri-professionnelle → 9%

Question 4 : Milieu d'exercice

- En milieu urbain → 52%
- En milieu semi-rural → 29%
- En milieu rural → 19%

Question 5 : Visites à domicile

Nous avons choisi de laisser la question ouverte. Pour l'analyse des résultats, nous avons ensuite créé des « classes ».

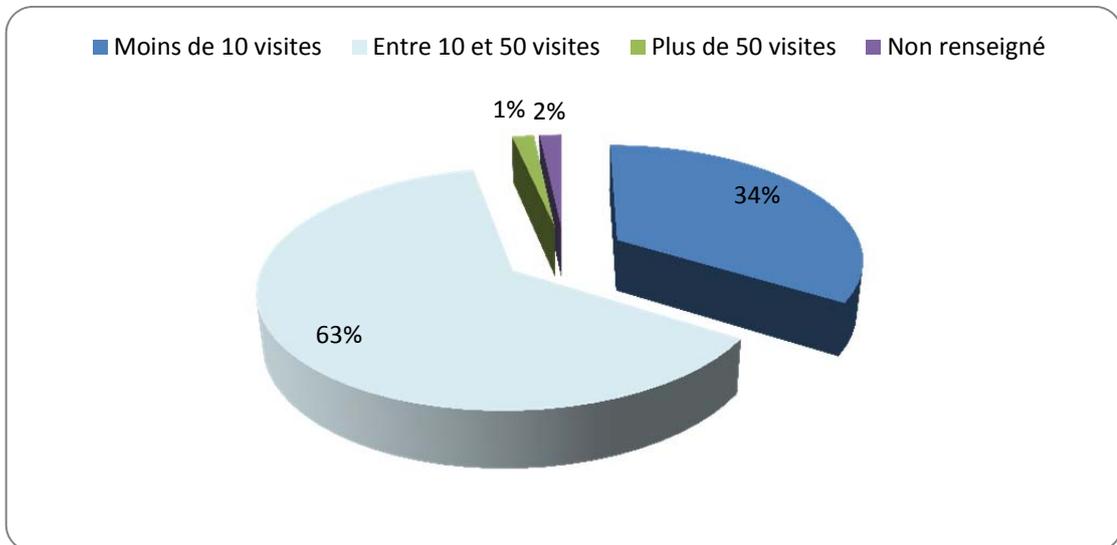


Figure 4 : Nombre de visites à domicile par semaine

Les extrêmes sont 0 et 110 et la médiane est 12.

Question 6 : Formation complémentaire

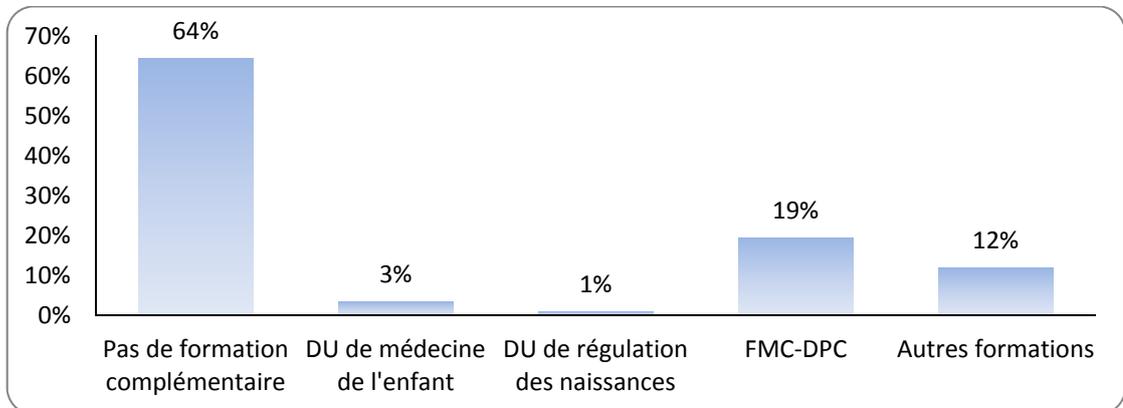


Figure 5 : Formation complémentaire en pédiatrie

10 praticiens avaient d'autres formations dont

- La participation au Reppop (réseau contre l'obésité infantile)
- Une ancienne activité de SMUR pédiatrique
- Une attestation d'étude complémentaire en Pédiatrie (CHRU Lille)
- Un DIU sommeil de l'enfant
- Une formation de santé et développement de l'enfant
- Un DU Allaitement maternel
- Des Remplacements en PMI
- Une participation à des journées pédiatriques
- Des Gardes en néonatalogie
- Une expérience de FFI en pédiatrie

Question 7 : Les examens des nourrissons

En moyenne, les 118 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire examinent 3 nourrissons de moins de 3 mois par semaine et 8 nourrissons âgés de 3 mois à 12 mois par semaine.

2^{ème} partie du questionnaire sur le sommeil du nourrisson

Question 8 : Discussion autour des conditions de sommeil lors des consultations des nouveau-nés

Choix de réponse : Systématiquement, de temps en temps, jamais, à la demande des parents seulement

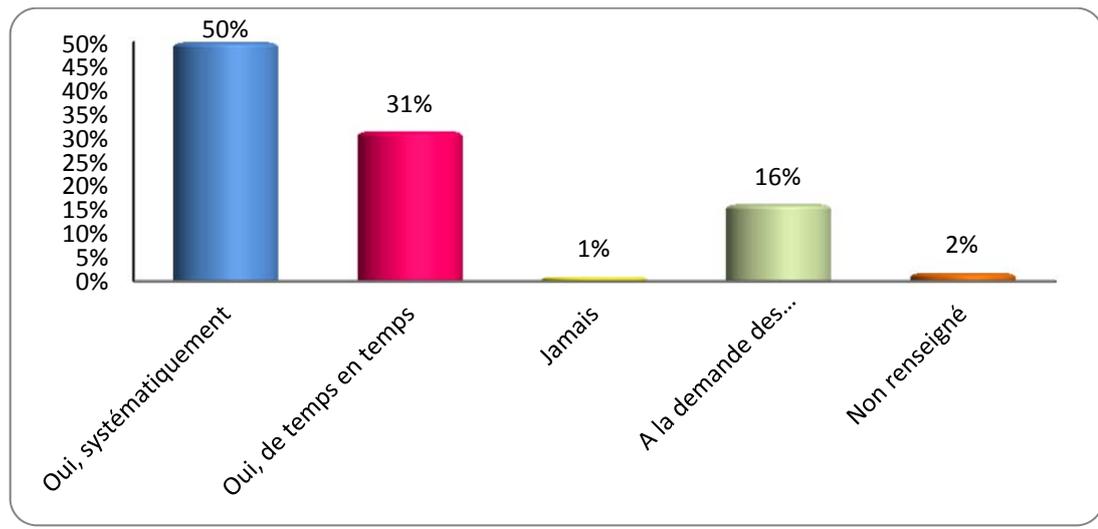


Figure 6 : Les conditions de sommeil des nourrissons abordées lors des consultations des nouveau-nés

Question 9 : Don de conseils pour le couchage du nourrisson

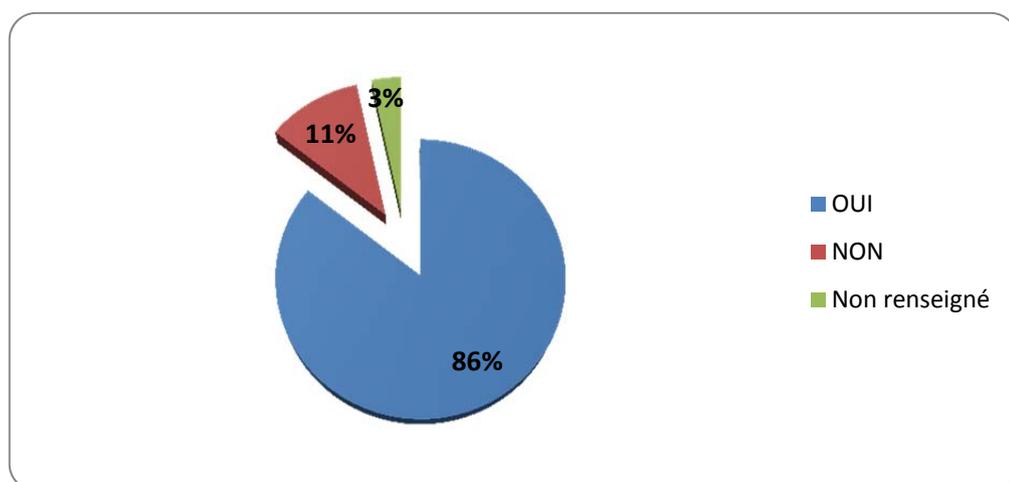


Figure 7 : Conseils pour le couchage du nourrisson

Question 10 : Type de conseils donnés

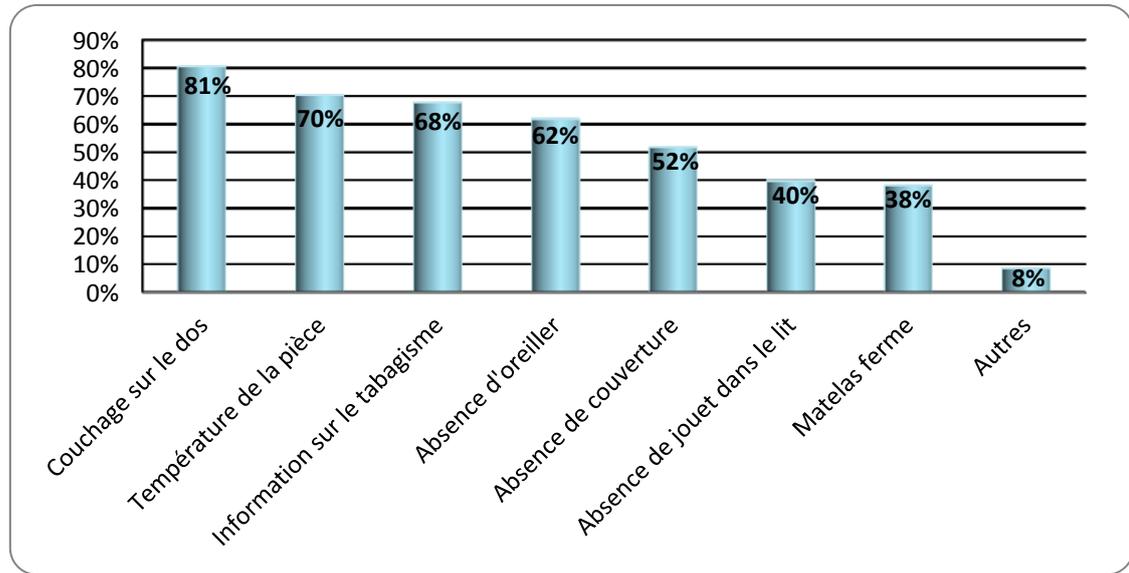


Figure 8 : Type de conseils pour le couchage du nourrisson

Dans les autres conseils que les praticiens donnent aux parents on retrouve :

- La position proclive à 30° si encombrement ou reflux (citée 4 fois)
- Des informations sur le lieu de couchage (cité 2 fois)
- Des informations sur le fait que l'enfant ne doit pas porter de collier (cité 2 fois) bien que ce ne soit pas un conseil de couchage.
- Le respect des heures de coucher
- Le délai pour coucher le nourrisson après l'alimentation.
- Des conseils sur le sommeil partagé
- Une information sur l'absence de tour de lit
- Une information sur les stimulations lumineuses

Question 11 : Attitude professionnelle sur le sommeil partagé

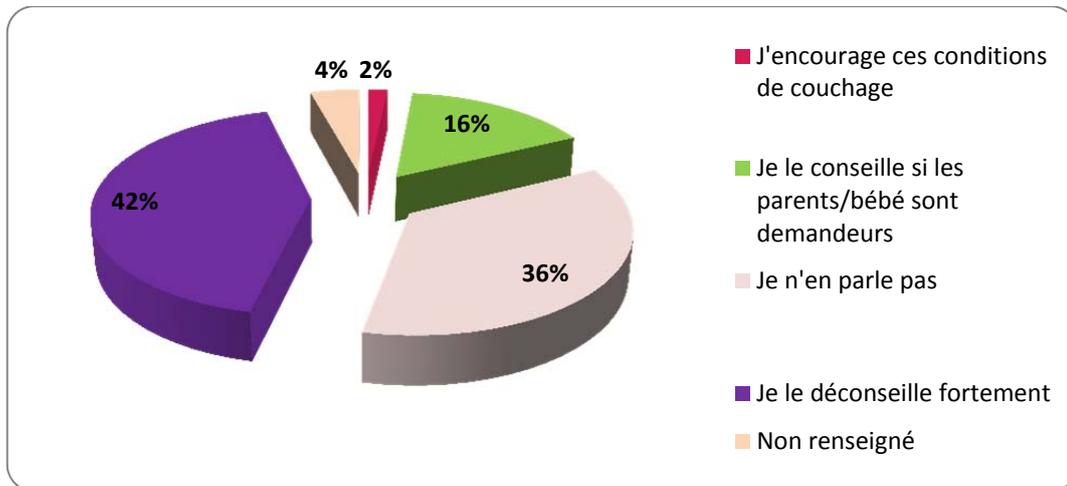


Figure 9 : Attitude professionnelle sur le sommeil partagé

Question 12 : Don de conseils pour un sommeil partagé en toute sécurité

42 praticiens ont répondu à cette question dont 14 pour confirmer qu'ils déconseillaient le sommeil partagé. Certains ajoutent : « chacun dans son lit », d'autres se justifient par le risque d'étouffement ou d'écrasement.

Il y a donc seulement 28 praticiens (soit 23%) qui prodiguent des conseils pour le sommeil partagé en toute sécurité.

- Le conseil qui revient le plus souvent est l'absence de couverture (cité 10 fois), puis absence d'oreiller (cité 6 fois).
- Vient ensuite la prévention des risques de chute avec la sécurisation des bords du lit (cité 5 fois).
- 3 praticiens ne le conseillent qu'en cas d'allaitement maternel.
- 3 praticiens conseillent le berceau co-dodo et 3 autres de mettre le lit du bébé dans la chambre parentale.
- Seulement 2 praticiens évoquent le couchage sur le dos et 3 le matelas ferme.
- 3 praticiens recommandent de ne pas surchauffer la pièce et de ne pas trop couvrir le bébé
- 6 praticiens interdisent le sommeil partagé en cas de grande asthénie (cité une fois) et de prise de toxiques. (Ont été cités : tabagisme, alcool et médicaments altérant la vigilance).

Un praticien conseille aussi de ne pas mettre l'enfant entre les deux parents, un autre de le pratiquer seulement avec la mère, de ne jamais laisser le bébé seul.

Deux praticiens conseillent de le faire seulement les deux premiers mois et d'habituer rapidement l'enfant à avoir son propre espace.

Il apparaît aussi des notions de tranquillité, de luminosité basse, de respect des heures de couchage.

Trois praticiens conseillent le sommeil partagé seulement en cas de maladie fébrile pour surveiller l'enfant.

Question 13 : Avantages du sommeil partagé

69 % des personnes interrogées pense que le sommeil partagé présente 1 ou plusieurs avantages.

Avantages du sommeil partagé	Nombre	%
Sentiment de sécurité des parents vis-à-vis du bébé	53	45%
Diminution des pleurs du nourrisson	40	34%
Renforcement du lien mère-enfant	33	28%
Meilleur sommeil pour le bébé	23	19%
Augmentation du nombre et de la durée des tétées	11	9%
Autres	11	9%
Espacement des grossesses	4	3%
Diminution du nombre et de la durée des tétées	3	3%

Tableau 1 : Avantages du sommeil partagé

Les autres avantages cités par les praticiens sont : un meilleur sommeil pour les parents avec moins de levers, un confort pour la mère, la facilité de nourrir l'enfant si l'allaitement est maternel (absence du besoin de se lever).

Question 14 : Inconvénients du sommeil partagé

87 % des praticiens pensent qu'il y a au moins 1 inconvénient à pratiquer le sommeil partagé. 13% des praticiens n'ont pas répondu à cette question. 5% ont notifié qu'ils ne connaissaient pas le sommeil partagé.

Inconvénients du sommeil partagé	Nombre	%
Difficultés au sein du couple	83	70%
Risque d'incapacité à s'endormir seul	73	62%
Perturbations du sommeil des parents	71	60%
Difficultés de séparation mère-enfant	71	60%
Risque de chute du lit	47	40%
Augmentation du risque de MSN	37	31%
Risque d'hyperthermie	19	16%
Autres	8	7%

Tableau 2 : Inconvénients du sommeil partagé

Question 15 : Le sommeil partagé, un sujet d'actualité ?

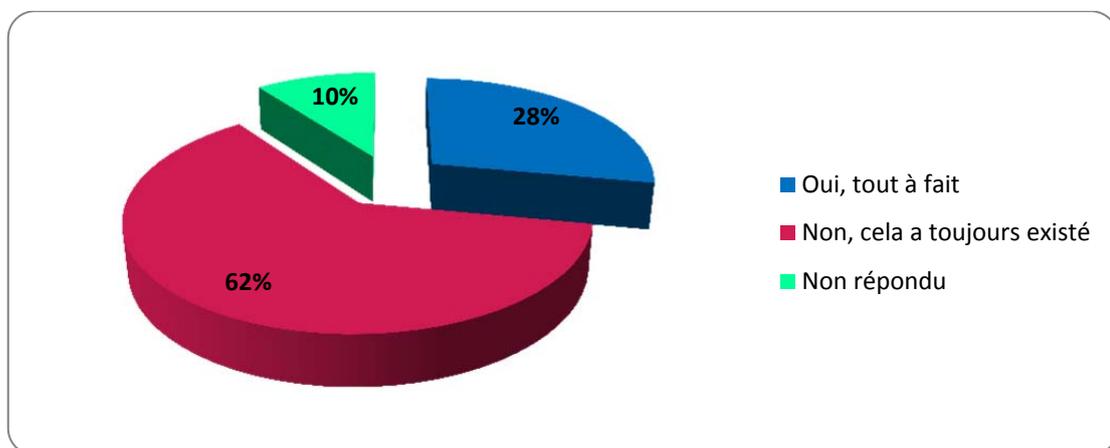


Figure 10 : Le sommeil partagé, un sujet d'actualité?

Question 16 : Changement d'attitude des praticiens interrogés

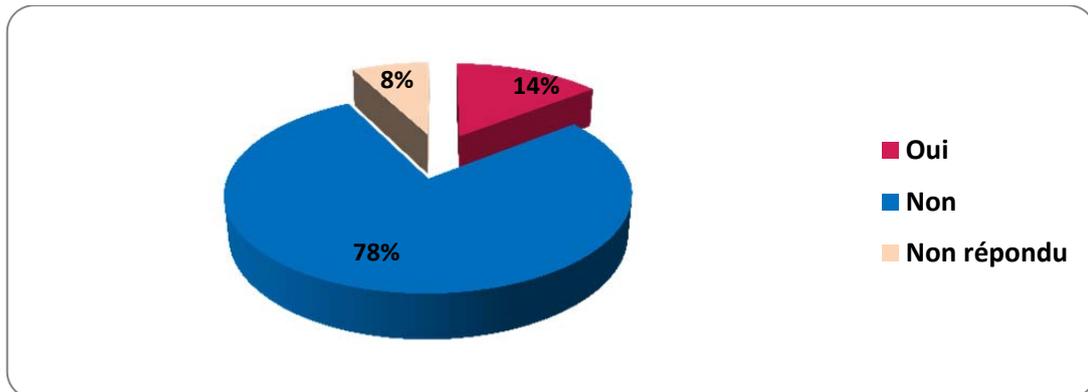


Figure 11 : Changement d'attitude en cours de carrière sur le sommeil partagé

Question 17 : Si oui, comment ?

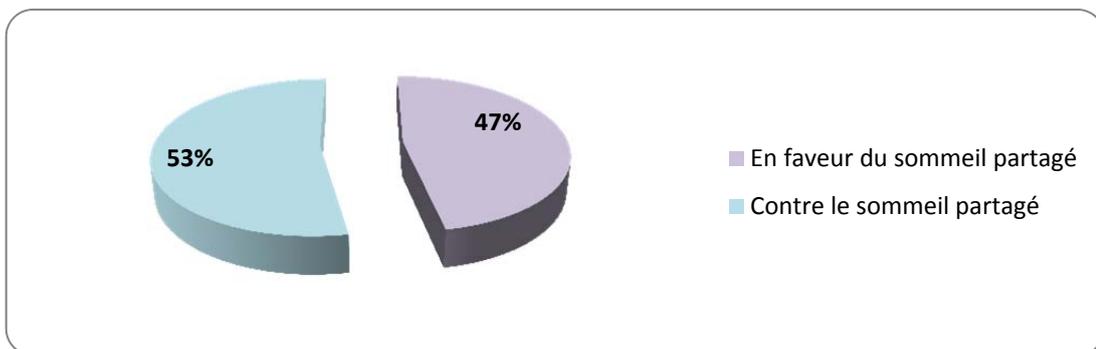


Figure 12 : Type de changement d'attitude

Question 18 : Suivi de familles pratiquant le sommeil partagé

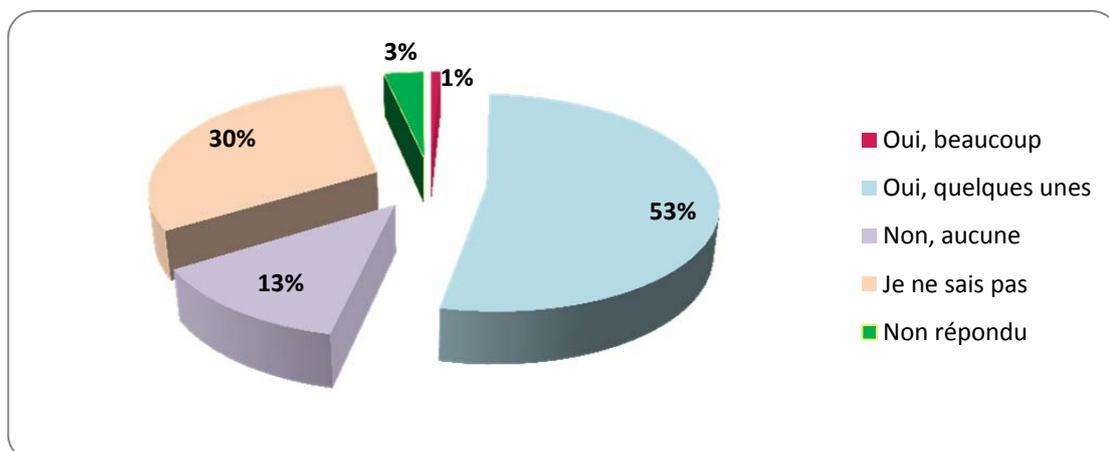


Figure 13 : Suivi de familles pratiquant le sommeil partagé

Question 19 : Raisons de cette pratique

Raisons du sommeil partagé	Nombre	%
Pleurs incessants du bébé	53	84%
Allaitement maternel	41	65%
Convictions personnelles	33	52%
Habitudes culturelles	21	33%
Trouble de la relation mère-enfant	16	25%
Manque de place	9	14%
Autres	1	2%

Tableau 3 : Les raisons du sommeil partagé

2% ajoutent la facilité, avec l'absence de besoin de se lever.

Question 20 : Discussion autour de la MSN lors des examens de nourrissons

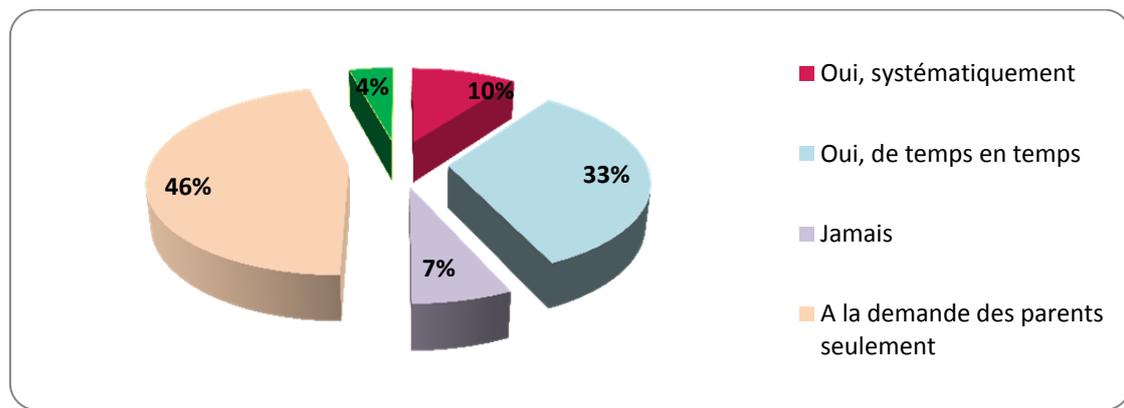


Figure 14 : Discussion sur la mort subite du nourrisson en consultation

Question 21 : Conseils pour la prévention de la MSN

Quels conseils donnez-vous en prévention de la mort subite du nourrisson ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

Conseils sur la prévention de la mort subite du nourrisson	Nombre	%
Conseils sur la position de couchage	109	92%
Température de la chambre	81	69%
Informations sur la consommation de drogues, alcool et tabac pendant la grossesse et le post-partum	61	52%
Informations sur les animaux de compagnie	40	34%
Bienfaits de l'allaitement maternel	36	31%
Informations sur la vaccination	17	14%
Utilisation de la tétine	10	8%
Autres	4	3%

Tableau 4 : Conseils sur la prévention de la mort subite du nourrisson

3% des praticiens donnent aussi des conseils autres :

- Consulter pour tout malaise, pâleur, cyanose, comportement anormal
- Informations sur le sommeil partagé (cité 2 fois)
- Couchage dans la chambre des parents jusqu'à 6 mois.

47% des praticiens ont renseigné leur adresse mail à la fin du questionnaire pour recevoir des informations sur le sommeil partagé.

4. Discussion

4.1. *La méthode*

Le but de ce travail était d'établir un état des lieux des connaissances et des attitudes des médecins généralistes de Gironde sur le sommeil partagé et de recueillir leur pratique dans le cadre plus général de la mort subite du nourrisson. Pour ce faire nous avons réalisé une étude descriptive transversale à type d'enquête de pratiques.

Il existe donc un biais déclaratif puisque les résultats sont soumis aux propos des praticiens. Pour avoir un peu plus de puissance nous aurions pu demander aux praticiens de répondre à ce questionnaire juste après une consultation de nouveau-né. Pour augmenter le taux d'envoi et donc de réponse, nous désirions au départ diffuser le questionnaire par mail. Cependant, nous n'avons pas pu, par soucis de confidentialité, accéder à la liste du conseil de l'ordre.

4.2. *Autres biais de l'étude*

Nous avons repéré des biais influençant le résultat de ce travail :

- Nous aurions dû ajouter l'item « aucun » aux questions 13 et 14 sur les avantages et inconvénients du sommeil partagé. De nombreux praticiens n'ont pas répondu à l'une ou l'autre des questions ou même les deux. On peut donc interpréter ce manque de réponses de plusieurs façons : soit les praticiens n'ont pas d'avis, soit ils n'ont pas voulu répondre à la question, soit ils pensent effectivement qu'il n'y a aucun avantage ou inconvénient à cette pratique, comme certains l'ont précisé à côté des questions.
- Certaines réponses sont contradictoires pour les questions 16 et 17. Quelques praticiens ont répondu qu'ils n'avaient pas changé d'attitude sur le sommeil partagé pendant leur carrière mais ont coché la question suivante qui était valable seulement en cas de réponse positive à la précédente. Nous avons choisi de ne pas prendre en compte ces réponses-ci à la question 17.
- Biais de mesure : pour la question 5 sur le nombre de visites à domicile, nous attendions un nombre. Pour l'analyse des résultats nous avons dû reclasser les réponses sous forme de classe. Pour les praticiens ayant répondu approximativement par exemple entre 30 et 40 visites, nous avons pris la moyenne pour limiter le biais de mesure.
De plus pour cette question les visites à domicile sont généralement des visites de personnes âgées et non de nourrisson ce qui apporte un nouveau biais.

Nous avons effectué le même procédé pour l'analyse de la question 7. Pour les praticiens qui donnaient des intervalles, nous avons calculé la moyenne. Les résultats de ces deux questions sont donc approximatifs. Il aurait fallu donner des choix de classes en proposition.

Nous avons aussi fait une erreur en proposant des items aux questions 10 et 21 qui étaient des questions à choix multiples. En suggérant les réponses, il y a un biais de mesure puisque des praticiens ont certainement coché certaines propositions auxquelles ils n'auraient pas pensé en consultation. A posteriori, je laisserai ces deux questions ouvertes : Quels conseils pouvez-vous donner pour le couchage du nourrisson et quels conseils donnez-vous en prévention de la mort subite du nourrisson ?

4.3. Participation

Le taux de réponse à notre enquête est de 42%.

Nous avons envoyé 300 courriers pour obtenir au moins une centaine de réponses, ce qui a été atteint (125 réponses dont 118 questionnaires exploitables). Même si ce taux est satisfaisant, le taux d'abstention peut s'expliquer par le fait que le sommeil partagé est un sujet encore assez méconnu des médecins généralistes qui sont aussi sollicités assez fréquemment pour ce genre d'enquête et bien d'autres obligations administratives.

47% des praticiens ont renseigné leur adresse mail à la fin du questionnaire ce qui prouve leur intérêt pour le sujet. Un praticien a arrêté de répondre à partir de la question 12 en ajoutant qu'il ne connaissait pas le sommeil partagé mais qu'il souhaitait recevoir les informations.

Plusieurs praticiens ont noté trouver ce sujet de thèse très intéressant.

Plusieurs praticiens ont débuté le questionnaire puis arrêté à partir des questions sur les conditions de sommeil. Plusieurs raisons peuvent-être trouvées, soit le questionnaire était trop long, soit ils ne connaissaient pas les réponses, soit le sujet ne les intéressait pas. Ces praticiens ont tout de même renvoyé les questionnaires.

Le questionnaire a été envoyé à 179 hommes et 121 femmes. 52 Femmes ainsi que 66 hommes ont répondu à notre questionnaire. 42% des femmes ont répondu contre 37% des hommes. Les femmes ont donc montré un peu plus d'intérêt que les hommes pour le sujet.

Les praticiens pour la plupart exerçaient depuis plus de 15 ans (Figure 3), en cabinet de groupe et en milieu urbain.

4.4. Discussion des résultats

Seulement 50% des médecins abordent systématiquement le thème des conditions de sommeil lors des consultations des nouveau-nés (Figure 6) ce qui est contradictoire avec la question suivante puisque 86% des médecins déclarent donner des conseils pour le couchage du nourrisson (Figure 7).

Le premier conseil donné est le couchage sur le dos ce qui est indispensable pour les conseils de prévention de MSN (Figure 8). C'est aussi le premier conseil donné dans les plaquettes d'information ou sur les sites de recommandations nationaux (1, 11, 37, 38, 40). Cependant dans les réponses données par les praticiens l'absence de couverture et d'oreiller viennent après les informations sur le tabagisme et la température de la pièce ce qui est assez surprenant.

Les résultats de notre revue de la littérature se retrouvent dans la question 11 sur l'attitude professionnelle des praticiens sur le sommeil partagé. Effectivement, la tendance est contre le sommeil partagé avec 42 % des praticiens qui le déconseillent fortement, 16% le conseillent si le bébé/les parents sont demandeurs et seulement 2 % encouragent ces conditions de couchage (Figure 9).

Comme nous l'avons décrit plus haut, la responsabilité du sommeil partagé dans la mort subite du nourrisson est certaine en présence de facteurs de risque associés et plutôt incertaine s'il n'y a aucun autre facteur de risque associé mais pour l'instant, nous avons tout de même plus d'études qui nous prouvent le contraire. (19, 21,22)

De plus la plupart des recommandations internationales déconseillent le sommeil partagé (11, 44, 42, 43, 20) ou n'en parlent pas mais conseillent le sommeil dans un lit à barreaux comme la Société Française de pédiatrie en France (1).

Cette littérature influence probablement les réponses de nos praticiens.

Nous avons un fort pourcentage de praticiens qui n'en parlent pas (36%). Quelles en sont les raisons ? Le manque de connaissances sur le sujet est démontré par la suite de l'enquête, mais les consultations de nourrissons intercalées dans un planning de médecine générale adulte sont aussi parfois trop courtes et certainement pas assez axées sur la prévention.

La suite de l'enquête nous montre que 31% des praticiens ne savent pas s'ils suivent des familles pratiquant le sommeil partagé (Figure 13), certainement parce qu'ils n'en parlent pas (pourcentage concordant pour les réponses aux questions 11 et 18).

La moitié des praticiens suivent au moins une famille le pratiquant, ce qui montre donc que le sommeil partagé est assez fréquent (32% dans l'étude de streicher et Al) avec comme raison principale les pleurs incessants du bébé, l'allaitement maternel arrivant en deuxième position.

Or dans ces familles qui pratiquent le sommeil partagé pour les pleurs incessants du bébé, certaines mères ne doivent pas allaiter et elles devraient alors savoir qu'il n'y a aucun intérêt en tout cas médical à la pratique.

Seulement 42 praticiens (soit 35%) peuvent donner des conseils sur le sommeil partagé si les parents sont demandeurs dont 14 pour les informer que cette pratique est dangereuse et vraiment déconseillée.

Sur les 28 autres praticiens, les réponses sont assez hétérogènes. L'absence de couverture et oreiller sont les conseils qui reviennent le plus souvent mais seulement cités 10 et 6 fois puis la prévention du risque de chute citée 5 fois.

Encore une fois, ces réponses mettent en évidence une méconnaissance importante du sujet, de par le nombre de praticiens n'ayant pas répondu et pour les réponses obtenues, il y a très peu d'items retrouvés dans les recommandations de couchage qui sont cités. Seulement 2 praticiens ont cité le couchage sur le dos.

Sur tous les questionnaires analysés, seulement 3 praticiens citent presque toutes les recommandations de couchage en cas de sommeil partagé. L'un des praticiens avait un DU de médecine de l'enfant, le 2^{ème} un certificat d'études complémentaires en pédiatrie et le 3^{ème} un DU d'allaitement ce qui montre bien que ces médecins qui connaissent le sujet ont eu des formations complémentaires en pédiatrie.

3 praticiens ont quant à eux une mauvaise interprétation en conseillant le sommeil partagé en cas de maladie fébrile pour « surveiller plus facilement l'enfant ».

45 % des praticiens pensent que le sommeil partagé donne un sentiment de sécurité des parents vis-à-vis du bébé, 34% qu'il engendre une diminution des pleurs de l'enfant (Tableau 1). L'augmentation du nombre et de la durée des tétées qui est le seul avantage prouvé scientifiquement (30, 31) arrive loin derrière, coché par seulement 9% des praticiens. Peut-être que si nous avons noté cet item comme : « favorise l'allaitement maternel » nous aurions eu plus de réponses.

Si l'on compare ce résultat à ceux de l'étude de Streicher et Al. (12), les principales raisons du sommeil partagé sont les pleurs de l'enfant (43%), le désir de mieux surveiller l'enfant (14,8%) et l'allaitement (30%).

Ces différences de pourcentage peuvent s'expliquer par le fait que dans l'étude ce sont les parents qui répondaient aux questions et ici les praticiens.

Comme dans la population générale, les praticiens s'attachent plus aux préoccupations parentales plutôt qu'aux vrais avantages scientifiques.

Pour les inconvénients, 70% des praticiens pensent que le sommeil partagé engendre des difficultés au sein du couple, 62% un risque d'incapacité à s'endormir seul, 60% des difficultés de séparation mère-enfant. 31% seulement notent l'augmentation du risque de mort subite du nourrisson (Tableau 2).

On ne peut pas vraiment comparer ces résultats à l'étude de Streicher et Al. (12) car les items proposés aux praticiens étaient différents de ceux proposés aux parents.

Des praticiens ont ajouté à la question 13 ne trouver aucun avantage au sommeil partagé alors qu'un seul praticien ne trouve aucun inconvénient au sommeil partagé en précisant « si les consignes sont respectées ».

Nous sommes donc toujours dans la même tendance avec un engagement plus important de la part des praticiens « contre » le sommeil partagé.

La majorité des praticiens (62%) pensent avec raison que le sommeil partagé a toujours existé.

Le thème de la mort subite n'est pas non plus très abordé lors des consultations de nourrisson, puisque seulement 10% des praticiens l'abordent systématiquement. La majorité en parle à la demande des parents seulement ou de temps en temps (Figure 14).

Pour la prévention de la MSN, 92% des praticiens donnent des conseils sur la position de couchage, 69% sur la température de la chambre et seulement 31 % sur les bienfaits de l'allaitement maternel (Tableau 4).

D'après les résultats, il semble que les praticiens ayant eu une formation complémentaire en pédiatrie (qu'elle soit un DU ou des FMC) sont plus nombreux à penser que le sommeil partagé a des avantages. 3/4 des praticiens ayant un DU médecine de l'enfance pensent qu'il y a un sentiment de sécurité des parents vis-à-vis du bébé. 43% des praticiens ayant une formation complémentaire en pédiatrie pensent que le sommeil partagé entraîne une diminution des pleurs du bébé et un renforcement du lien mère-enfant.

Seulement 14% des praticiens ayant une formation complémentaire pensent que le sommeil partagé entraîne une augmentation de la fréquence et de la durée des tétées. Les médecins n'ayant pas de formation complémentaire citent en premier aussi le sentiment de sécurité (41%) puis l'espacement des grossesses.

A la question suivante sur les inconvénients du sommeil partagé, les médecins ayant des formations complémentaires citent aussi plus d'inconvénients que ceux n'ayant pas de formation complémentaire. 83% des praticiens ayant une formation complémentaire pensent que le sommeil partagé entraîne des difficultés au sein du couple, 64% citent les perturbations du sommeil des parents et les difficultés de séparation mère-enfant. L'augmentation de risque de mort subite du nourrisson est citée par seulement 38% des médecins ayant une formation et 28% des médecins n'ayant pas de formation.

43 % des médecins qui ont une formation complémentaire, qu'elle soit un DU de pédiatrie, une FMC, ou un Du de régulation des naissances ou autre, **donnent des conseils si les parents le souhaitent sur le sommeil partagé** et sa réalisation en toute sécurité contre **16% de ceux qui n'ont pas de formation complémentaire**.

Les praticiens examinant plus de 7 nourrissons par semaine (médiane des réponses) donnent des conseils pour le sommeil partagé en toute sécurité à 41%, alors que seulement 13 % des médecins voyant moins de 7 nourrissons par semaine les donnent. Une formation complémentaire ou une forte activité de pédiatrie sont donc en relation avec des connaissances plus nombreuses sur le sommeil partagé.

Dans le magazine Pédiatrie Pratique, adressé aux professionnels de santé, un article est paru en décembre 2014 intitulé « Prévention de la mort subite du nourrisson : on doit encore progresser », écrit par le Dr E. Briand-Huchet, qui fait partie du centre de référence des morts inattendues du nourrisson et qui a écrit de nombreux articles sur le sujet.

Pour elle, et comme on a pu le voir plus haut, le sommeil partagé reste un sujet de polémique. Elle reprend la notion du partage de la chambre qui est « bénéfique ».

Elle tranche sur le sommeil partagé qui dit-elle est **dangereux**, le risque étant confirmé par les récentes méta-analyses.

Elle rappelle aussi que le risque de mort subite est majoré en cas d'infection virale.

Les conseils éventuellement donnés en maternité sont souvent abandonnés après quelques semaines, or le risque de mort inattendue du nourrisson est maximum vers 3 mois (17).

Dans cette dernière phrase, on retrouve tout l'enjeu de la problématique de cette thèse. Le sommeil partagé est largement méconnu comme nous avons pu le voir dans notre étude et il existe un manque de formation/information des professionnels de santé pour que s'il est pratiqué, le sommeil partagé soit réalisé dans les meilleures conditions possibles.

Le rôle des pédiatres, des intervenants de PMI et de tous les professionnels de santé est primordial pour conseiller, expliquer ces conseils simples, afin de réduire au maximum le nombre de décès (17).

Dans notre étude 64% des praticiens n'ont pas de formation complémentaire.

Cependant, la volonté des praticiens est tout de même de se former en pédiatrie puisque tous les ans en Gironde il y a une longue liste d'attente pour le DU de Pédiatrie, il y a donc aussi un manque de moyens. D'ailleurs un des praticiens nous a noté être sur cette liste d'attente.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre le nombre de visites à domicile effectuées par semaine et la connaissance du médecin généraliste des familles pratiquant le sommeil partagé dans leur patientèle.

Effectivement 31% des praticiens faisant moins de 12 visites par semaine (médiane du nombre de visites par semaine) répondent qu'ils ne savent pas s'ils suivent des familles pratiquant le sommeil partagé, pourcentage identique pour ceux pratiquant plus de 12 visites par semaine.

Pour les 2 praticiens ayant répondu faire plus de 50 visites par semaine, aucun ne savait s'ils suivaient des familles pratiquant le sommeil partagé.

J'ai aussi croisé les résultats des questions 6 et 7 avec la question 11 pour essayer de mettre en évidence des différences d'opinion sur le sommeil partagé en fonction des formations et pratiques de chacun, mais cela ne semble pas influencer ces opinions.

5. Perspectives

Le but de cette thèse était aussi d'élaborer une fiche d'information pour les praticiens souhaitant en savoir plus sur le sommeil partagé.

Nous avons effectué un résumé de la bibliographie effectuée puis établi une fiche d'information pour des conditions de sommeil partagé sécuritaires à l'aide des recommandations internationales.

LE SOMMEIL PARTAGE : fiche d'information

Souvent appelé co-dodo et traduit en anglais par les termes bed-sharing et co-sleeping, le sommeil partagé est **la pratique dans laquelle le nourrisson partage une surface de sommeil avec sa mère ou un autre membre de sa famille.**

Bénéfice ? Il favorise l'allaitement et sa durée.

Inconvénients? En dehors de la mort subite du nourrisson, rien n'est démontré.

Augmentation du risque de mort subite du nourrisson?

Les deux dernières études de grande ampleur sont divergentes.

Cependant, toutes sont en accord avec le fait que le sommeil partagé associé à d'autres facteurs de risque de mort subite (tabac, alcool, toxiques, petit poids de naissance, mauvaises conditions de réalisation) augmente le risque.

Pour un sommeil partagé en toute sécurité, selon les recommandations internationales :

- le bébé doit être couché *sur le dos*
- le matelas doit être *ferme et plat*,
- il faut s'assurer que le bébé ne puisse pas tomber du lit ou être coincé entre le matelas et le mur,
- Il ne faut pas que la couverture recouvre la tête du bébé,
- le bébé ne doit pas être laissé seul dans le lit de ses parents, il ne faut pas laisser un autre enfant dormir à côté du bébé, ni un animal.
- La température de la pièce doit se trouver aux alentours *de 18°*, il ne faut pas couvrir trop le bébé.

Il ne faut pas pratiquer le sommeil partagé si :

- la mère consomme du **tabac** ou de la **drogue**, de **l'alcool**, des **médicaments** qui altèrent la conscience.
- Dans **un canapé** ou **un fauteuil**.
- Si la mère est atteinte d'une affection qui altère son attention nécessaire au bébé ou si elle est **très fatiguée**,
- Si le bébé est né prématurément ou fait un **petit poids**, ou si le bébé a de la **fièvre**.

Le partage de la chambre diminue le risque de mort subite du nourrisson dans les 6 premiers mois de vie. Si la mère nourrit son bébé au biberon, l'endroit le plus sûr pour faire dormir son bébé est un berceau à côté de son lit.

Dans ces différents pays : Etats-Unis, Pays-Bas, Canada, Royaume-Uni, Australie ainsi qu'en France, le sommeil partagé reste déconseillé.

CONCLUSION

Si le sommeil partagé est le choix des parents il existe aujourd'hui des « recommandations » pour le pratiquer de la façon la plus sécuritaire possible. Car s'il est démontré qu'il favorise la réussite et la pérennité de l'allaitement maternel, le véritable enjeu est de prévenir les parents sur une possible augmentation du risque de MSN.

Notre revue de la littérature nous laisse dans l'incertitude quant à cette augmentation. Une étude récente montre qu'en l'absence de facteur associé à l'augmentation du risque de MSN, le sommeil partagé n'augmente pas lui-même ce risque mais celle-ci fait face à de nombreux autres travaux qui prouvent le contraire.

Sur les sites nationaux de santé publique, à travers le monde, le sommeil partagé est pour l'instant largement déconseillé en discordance avec l'UNICEF qui le conseille pour la réussite de l'allaitement maternel. L'UNICEF travaille avec les hôpitaux et les centres de santé afin de les aider à s'assurer que les femmes enceintes et les jeunes mères obtiennent le soutien nécessaire pour allaiter avec succès. Cette initiative est l'Hôpital Ami des Bébés.

Dans certaines sociétés, on prône même le maternage proximal avec un allaitement long et à la demande, le portage du bébé au plus près du corps grâce aux écharpes et le sommeil partagé. Cette « mode » connaît un véritable essor depuis le plan national nutrition santé de 2001 promulguant l'allaitement maternel et une tendance de plus en plus marquée vers l'écologisme.

Nous avons voulu avec cette enquête recueillir l'opinion et les attitudes de travail des médecins généralistes de Gironde sur le sommeil partagé. La majorité des médecins généralistes de Gironde (42%) déconseillent fortement le sommeil partagé.

Certains conseils de couchage et surtout le couchage sur le dos, qui est effectivement la première information à donner aux parents, sont bien assimilés.

En revanche, seulement 23% des praticiens peuvent donner des conseils pour un sommeil partagé en toute sécurité ce qui montre une large méconnaissance sur le sujet. 36% des praticiens ne parlent pas des conditions de couchage lors des consultations de nourrissons et 31% ne savent pas s'ils suivent des familles pratiquant le sommeil partagé. Ces pourcentages concordant, nous indique que probablement 1/3 des médecins généralistes ne connaissent pas ou ont très peu de connaissances sur le sujet. Celles-ci pourraient être améliorées par une formation/information des médecins généralistes puisque sur cette même question, 43% des médecins ayant une formation complémentaire donnent des conseils contre 16% qui n'ont pas de formation.

Nous obtenons approximativement les mêmes pourcentages pour les médecins ayant une forte activité de pédiatrie comparativement à ceux voyant moins de 7 nourrissons par semaine.

Nous devons donc, nous, médecins généralistes, pédiatres, gynécologues et autres professionnels de santé en contact avec les mères qu'elles soient allaitantes ou non, leur délivrer une information claire, loyale et appropriée sur les conditions de couchage des nourrissons afin de prévenir au mieux le risque de MSN.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société française de pédiatrie. Conseils de prévention, dans quelle position coucher votre bébé. 2005 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/pdf/Nouveaut%C3%A9s_du_site/2005/Octobre-Novembre-Decembre2005/conseils_de_prevention.pdf
2. Galtier-Boissière É (1857-1919). Pour élever les nourrissons. 1907 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5567403n>
3. Briand Huchet E. : Le mode de couchage du nourrisson. [cité 17 avr 2016]. Pédiatrie Pratique 2009. Disponible sur: <http://maraude.blogspot.com/2010/01/le-mode-de-couchage-du-nourrisson.html>
4. Marx G, Müller P. La maladie de reflux gastro-oesophagien chez les nourrissons et les enfants. *Paediatrica*-2005;16(2):17-21.
5. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. *INVS*; 2007 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
6. Sénécal J, Roussey M, Defawe G, Delahaye M, Piquemal B. Prone position and unexpected sudden infant death. *Arch Fr Pédiatrie*. 1987;44(2):131-6.
7. Dibie P. Ethnologie de la chambre à coucher. Paris : Metailié, 2000. 90-91 p.
8. [andrew_sketch_final_lowres.jpg](#) (Image JPEG, 216 × 300 pixels) [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: http://cosleeping.nd.edu/assets/24145/216x300/andrew_sketch_final_lowres.jpg
9. Image berceau Co-dodo [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: <http://images.google.fr/imgres>
10. Didierjean-Jouveau C. Ainsi dorment les bébés. La Leche League France. 2001 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: http://www.llfFrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1128&Itemid=130
11. American Academy of pediatrics. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. From the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2011 [cité 21 avr 2016];128(5). Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341>

12. Streicher M, Undreiner F, Escande B. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Arch Pédiatrie. 2004;11(6):739-72.
13. Nelson E, Taylor B, Jenik A, et Al. International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. Early Hum Dev 2001;62(1):43-55. [cité 21 avr 2016].
Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/12086320_International_Child_Care_Practices_Study_infant_sleeping_environment
14. Norton PJ, Grellner KW. A retrospective study on infant bed-sharing in a clinical practice population. Matern Child Health J. 2011;15(4):507-13.
15. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Maternal-infant bedsharing: risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. Matern Child Health J. 2007;11(3):277-86.
16. Klonoff-Cohen H, Edelstein Sharon. Bed sharing and the sudden infant death syndrome. BMJ-1995 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur:
<http://www.bmj.com/content/311/7015/1269>
17. Briand-Huchet E. Prévention de la mort inattendue du nourrisson, on doit encore progresser. Pédiatrie Prat. 2014;(263):5-6.
18. Levasseur M. Mort subite du nourrisson et sommeil partagé : quelles informations donner aux patients? Revue de la littérature et des recommandations internationales. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
Disponible sur:
<file:///C:/Users/mjomo/Desktop/Doc%20Anne/thèse/thèse%20marie%20levasseur.pdf>
19. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. BMJ. 1999;319(7223):1457-62.
20. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. BMJ Open. 2013;3(5):e002299.
21. Risques accrus de mort inattendue du nourrisson [Internet]. Naître et Vivre. 2013 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/co-dodo-risque-de-msn/>

22. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. *PLoS ONE*-2014; 9(9): e107799. [cité 21 avr 2016] Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169572/>
23. Kaymaz N, Gökten ES, Uzun ME, Yıldırım Ş, Tekin M, Topaloğlu N, et al. Prolonged rooming-in in infancy is associated with generalized anxiety disorder in the adolescent period. *Int J Adolesc Med Health*. 2015; 27(4):383-9.
24. Okami P, Weisner T, Olmstead R. Outcome correlates of parent-child bedsharing: an eighteen-year longitudinal study. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2002;23(4):244-53.
25. Luijk MPCM, Sonnenschein-van der Voort AMM, Mileva-Seitz VR, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, et al. Is parent-child bed-sharing a risk for wheezing and asthma in early childhood? *Eur Respir J*. 2015;45(3):661-9.
26. Ngale KMA, Santos IS, González-Chica DA, de Barros AJD, Matijasevich A. Bed-sharing and risk of hospitalisation due to pneumonia and diarrhoea in infancy: the 2004 Pelotas Birth Cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(3):245-9.
27. Salm ward. Reasons for Mother–Infant Bed-Sharing: A Systematic Narrative Synthesis of the Literature and Implications for Future Research - Springer. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):675-90.
28. Roques N. Les avantages du sommeil partagé. Dormir avec son bébé. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://cododo.free.fr/cadre.htm>
29. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing Promotes Breastfeeding. *Pediatrics*. 1997;100(2):214-9.
30. Gettler LT, McKenna JJ. Evolutionary perspectives on mother–infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *Am J Phys Anthropol*. 2011;144(3):454-62.
31. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006;91(12):1005-10.
32. CNGOF. Item 24 : Allaitement et complications. Université médicale virtuelle francophone. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html/1.html#1>
33. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FCF. Bed-Sharing at 3 Months and Breast-Feeding at 1 Year in Southern Brazil. *J Pediatr*. 2009;155(4-4):505-9.

34. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.* 2002;11(4):297-303.
35. Govindama Y. Troubles du sommeil du jeune enfant et thérapies associées. *Neuropsychiatr Enfant Adolesc.* 2002;50(2):103-13.
36. Baddock SA, Galland BC, Bolton DPG, Williams SM, Taylor BJ. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics.* 2006;117(5):1599-607.
37. UNICEF. Partager un lit avec votre bébé. 2005.
38. The academy of breastfeeding medicine protocol committee. Guideline on co-sleeping and breastfeeding. 2008. Disponible sur: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_6.pdf
39. Jenni O, Bucher H ulrich, Gosztonyi L, Hösli I. Bedsharing et mort subite du nourrisson : recommandations actuelles. *Paeddiatrica.* 2013;24(5):9-11.
40. Roques N. Dormir avec son bébé. La sécurité du bébé. Editions L'Harmattan 2003. Disponible sur: <http://cododo.free.fr/>
41. Safe Cosleeping Guidelines // Mother-Baby Behavioral Sleep Laboratory // University of Notre Dame. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://cosleeping.nd.edu/safe-co-sleeping-guidelines/>
42. Gouvernement du Canada. Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada - Agence de la santé publique du Canada. 2011 [Cité 21 avr 2016]. Disponible sur: http://www.phac-aspc.gc.ca/hpps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/jsss-ecss-fra.php
43. Tout sur le label Hôpital ami des bébés. [Cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
44. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Wat is wiegendood. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.ncj.nl/programma-s-producten/preventie-wiegendood/wat-is-wiegendood>
45. Choices NHS. Sudden infant death syndrome (SIDS) - NHS Choices. 2015 [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.nhs.uk/Conditions/Sudden-infant-death-syndrome/Pages/Introduction.aspx>
46. Lottin A, Durand C, Etienne B, Abraham L. Suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois : opinions des parents, acteurs du suivi, place du émdecin généraliste. *Rencontres Prescrire;* 2014. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster2_ETIENNEbenjam in.pdf

ANNEXE 1



CONSEILS DE PREVENTION



DANS QUELLE POSITION COUCHER VOTRE BÉBÉ ?



Pendant sa première année : **SUR LE DOS**

- Son visage reste dégagé, il respire à l'air libre,
- Il peut mieux lutter contre la fièvre,
- Il ne risque pas de s'enfouir sous les couvertures.

Un bébé ne doit être couché sur le ventre qu'en cas d'indication médicale particulière

DANS QUELLE LITERIE ?

- Jusqu'à l'âge de 2 ans, votre bébé doit dormir
 - Dans un lit rigide à barreaux,
 - Sur un matelas ferme bien adapté aux dimensions du lit,
 - Sans oreiller,
 - Sans couverture, ni couette.
- Vous éviterez ainsi le risque que votre bébé :
 - Se glisse sous la couette,
 - S'enfouisse le nez dans l'oreiller,
 - Se coince entre matelas et paroi du lit.



Car les conséquences peuvent être graves

La fumée de cigarette est mauvaise pour la santé de votre bébé

QUELLE TEMPÉRATURE DANS SA CHAMBRE ?



18 à 20°

N'ayez aucune crainte c'est suffisant.

- Un surpyjama, une gigoteuse, ou une turbulette dont l'épaisseur variera avec la saison convient très bien,
- Ne couvrez pas votre bébé, surtout :
 - Si vous mettez le chauffage en voiture,
 - Les jours de grosse chaleur,
 - En cas de fièvre, n'hésitez pas à le découvrir.

**Respectez le sommeil de votre bébé :
un bébé privé de sommeil est plus fragile et plus vulnérable**

VOTRE BÉBÉ NE PARLE PAS ENCORE, MAIS IL S'EXPRIME DÉJÀ...

Apprenez à comprendre ses messages :

- Pleurs, refus de biberon, vomissements, rejets abondants, fièvre, etc... C'est sa façon de dire que quelque chose ne va pas
- Gardez votre bébé en position verticale un quart d'heure après le biberon.
- Apprenez lui à jouer sur le ventre lorsqu'il est éveillé.

CONSULTEZ VOTRE MEDECIN

- Si votre bébé régurgite beaucoup ou vomit,
- Si il est gêné pour respirer, même sans fièvre,
- Si il a de la fièvre (plus de 38°),
- Si son comportement n'est pas comme d'habitude (pleurs très importants, grosse somnolence),
- Si il devient très pâle ou bleu.



Ne donnez aucun médicament à votre bébé sans l'avis de votre médecin

ANNEXE 2



Sommeil

Couchez votre bébé sur le dos, dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « turbulette » ou « gigoteuse » adaptée à sa taille. La température de la chambre doit être à 19°C. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture ou de couette.



Ne le couvrez pas trop.



Couchez votre bébé sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté, seul dans son lit.

**Ne fumez jamais en présence de votre bébé.
Le tabac est dangereux.**

**Respecter ces conseils permet de réduire au maximum
le risque de mort subite du nourrisson.**

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

Ne l'habituez pas à s'endormir avec son biberon.

SPÉCIMEN

ANNEXE 3

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



UK BABY FRIENDLY INITIATIVE

UNICEF UK Baby Friendly Initiative
avec la Foundation for the Study of Infant Deaths

Sharing a bed with your baby, French



Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent

Allaiter est excellent pour la santé de votre bébé et votre propre santé. Plus vous allaitez longtemps, plus les bénéfices santé seront grands pour vous deux.

Il est recommandé que votre bébé soit dans la même pièce que vous, au moins pendant les six premiers mois, car ceci facilite l'allaitement et protège contre la mort subite du nourrisson.

Prendre votre bébé dans votre lit est une façon d'allaiter confortablement. C'est peut-être la raison pour laquelle les mères qui partagent le lit avec leur bébé ont tendance à allaiter plus longtemps que celles qui ne le font pas.

Comme il est facile de s'endormir pendant une tétée, particulièrement en position allongée, certains points sont importants à considérer avant de prendre votre bébé dans votre lit.

En particulier, les lits pour adultes n'ont pas été conçus en pensant à la sécurité des enfants. Un bébé peut mourir s'il se trouve bloqué ou coincé dans le lit ou si un parent roule sur lui. Donc l'endroit le plus sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.

Cependant, vous pouvez réduire les risques d'accidents et, parce que le partage du lit (aide pour) facilite l'allaitement, trouver des informations utiles dans ce feuillet.

Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé

Fumer augmente le risque de mort subite du nourrisson. Vous devez être sûre de ne pas vous endormir avec votre bébé dans le lit si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) êtes fumeuse, même si vous ne fumez jamais au lit.

Ne dormez jamais sur un canapé ou un fauteuil avec votre bébé.

Dormir avec votre bébé est dangereux si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) trouvez qu'il est difficile de répondre aux besoins du bébé. Par exemple si vous :

- avez consommé de l'alcool
- avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre très somnolente
- avez une maladie qui affecte votre attention à votre bébé
- êtes anormalement fatiguée, à tel point qu'il vous est difficile de répondre à votre bébé.

Il est aussi plus sûr de ne pas partager le lit les premiers mois si votre bébé est né prématurément ou de petit poids, ou s'il a de la fièvre.

Réduire les risques d'accidents et d'augmentation de température

Les canapés sont très dangereux pour les bébés qui peuvent être coincés le long des côtés ou entre les coussins. Ne vous allongez jamais sur un canapé ou ne dormez jamais sur un fauteuil avec votre bébé.

Les lits pour adultes ne sont pas conçus pour les bébés. Afin d'éviter que votre bébé ait trop chaud, s'étouffe ou soit coincé :

- Le matelas doit être ferme et plat - les matelas d'eau, les matelas trop mous (rempli de granulés de polystyrène qui s'adaptent à chaque position du corps) ou défoncés ne sont pas adaptés.
- Assurez-vous que votre bébé ne peut pas tomber du lit ou se retrouver coincé entre le matelas et le mur.
- La pièce ne doit pas être trop chaude, 16 à 18 degrés Celsius est idéal.
- Votre bébé ne devrait pas être trop habillé - il ne devrait pas porter plus de vêtements que vous n'en portez vous-même dans le lit.
- Le drap ou la couverture ne doivent pas recouvrir la tête du bébé ou lui donner trop chaud.
- Ne laissez pas votre bébé seul *dans* ou *sur* le lit - même un très jeune bébé peut gigoter et se mettre dans une position dangereuse.
- Votre compagnon doit savoir que votre bébé est dans le lit.
- Si un enfant plus âgé partage aussi votre lit, vous ou votre compagnon devriez dormir entre l'enfant et le bébé.
- Ne laissez pas les animaux de compagnie partager le lit avec votre bébé.

Si vous avez des questions, votre sage-femme ou puéricultrice pourra vous conseiller.

Votre position pour dormir

Il est important de vous assurer que votre bébé ne peut pas se retrouver sous les couvertures ou sous l'oreiller.

La plupart des mères qui allaitent dorment automatiquement face à leur bébé, avec le corps dans une position qui protège le bébé en l'empêchant de bouger vers le haut ou vers le bas du lit (voir dessin).

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le



côté pour téter. Quand il ne tète plus, vous devez le poser sur le dos pour dormir, jamais sur le ventre ou le côté.

Si vous nourrissez votre bébé au biberon, l'endroit le plus sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.

UNICEF et l'Initiative Amis des Bébés

Le Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) travaille dans le monde entier pour aider chaque enfant à atteindre son plein épanouissement. Nous travaillons dans plus de 150 pays où nous soutenons des programmes qui permettent aux enfants d'avoir :

- une meilleure santé et une meilleure nutrition
- accès à l'eau potable et aux installations sanitaires
- accès à l'éducation



L'UNICEF aide aussi les enfants qui ont besoin de protection spéciale, tels que les enfants exploités par le travail ou victimes de guerre.

L'Initiative Amis des Bébés de UNICEF UK travaille avec les hôpitaux et les centres de santé afin de les aider à s'assurer que les femmes enceintes et les jeunes mères obtiennent le soutien nécessaire pour allaiter avec succès. Nous encourageons les services de santé à améliorer leur

To make a credit card donation to UNICEF, call
08457 312 312

(Charged at local rate. Lines open 24 hours. Please quote 'BFI'.)

Foundation for the Study of Infant Deaths

La FSID est au Royaume Uni l'une des principales organisations caritatives oeuvrant pour la prévention de la mort subite du nourrisson et la promotion de la santé du bébé. La FSID finance la recherche, promeut des conseils de santé auprès des parents et des professionnels, et apporte un soutien aux familles endeuillées..

Pour d'autres informations sur la FSID et les conseils de santé pour protéger les bébés de la mort subite du nourrisson et des accidents, consultez www.sids.org.uk/fsid

Foundation for the Study of Infant Deaths (FSID), Artillery House, 11-19 Artillery Row, London SW1P 1RT.
Tel: 0870 787 0885 Email: fsid@sids.org.uk Web: www.sids.org.uk/fsid/

UNICEF UK et la Foundation for the Study of Infant Deaths ont produit ensemble ce dépliant dans l'intention de donner aux parents des informations précises, à la fois sur les bienfaits du partage du lit et les situations dans lesquelles partager le lit serait dangereux.

www.babyfriendly.org.uk

This leaflet is produced by UNICEF Enterprises Ltd, a company which covenants to pay all its net profits to UNICEF. We are grateful to Marie-Claude Marchand for this translation. For more information about UNICEF's work worldwide, contact: UNICEF, Room BFI, Freepost CL885, Billericay CM12 0BR. UNICEF is a Registered Charity, No. 1072612.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative, Africa House, 64-78 Kingsway, London WC2B 3NB
Tel: 020 7312 7652 Fax: 020 7405 2332 E-mail: bfi@unicef.org.uk



June 2005

ANNEXE 4

A l'attention des Médecins Généralistes
de Gironde

**Département de
Médecine Générale**

Bordeaux, le 2 décembre 2014

**Objet : Thèse de
Médecine Générale
Directrice de Thèse :
Dr Clotilde BERTRAND
Pédiatre**

**Réf : 803-14
Affaire suivie par :
Chantal BONNIN**

**146 rue Léo Saignat -
case 148
CS 61292
33076 Bordeaux cedex**

Cher confrère,

En vue de l'obtention du doctorat de médecine générale, je réalise ma thèse sur le sommeil partagé avec le soutien du Département de Médecine générale.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des connaissances et des attitudes des médecins généralistes de Gironde sur le sommeil partagé, de recueillir leur pratique à ce sujet, dans un cadre plus général de la mort subite du nourrisson.

Le sommeil partagé (également appelé co-dodo, co-bedding, co-sleeping, bed sharing) est défini comme la pratique dans laquelle le nourrisson partage une surface de sommeil avec sa mère ou un autre membre de la famille.

Votre réponse à ce questionnaire anonyme est indispensable à la réalisation de mon travail et ne vous demandera qu'environ cinq minutes. Une enveloppe préaffranchie est jointe pour le retour de l'enquête.

Si vous souhaitez recevoir des informations sur les conclusions de cette enquête ou sur la bibliographie correspondant à ce thème, merci de renseigner votre adresse mail à la fin du questionnaire. Cette information ne sera pas utilisée pour l'exploitation des différentes réponses.

Je vous remercie vivement pour votre collaboration et je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Anne Moinier
Remplaçante en Médecine générale
DES Médecine générale, promotion
2011

Questionnaire sur le sommeil partagé

Thèse Anne MOINIER

Votre activité :

1. Etes-vous :
 - a. Un homme
 - b. Une femme

2. Vous exercez depuis :
 - a. Moins de 5 ans
 - b. De 5 à 15 ans
 - c. Plus de 15 ans

3. Vous exercez :
 - a. Seul
 - b. En cabinet de groupe
 - c. En maison de santé pluri-professionnelle

4. Vous exercez
 - a. En milieu urbain
 - b. En milieu semi-rural
 - c. En milieu rural

5. Combien de visites à domicile faites-vous par semaine ?

6. Avez-vous une formation complémentaire en pédiatrie ?
 - a. DU de médecine de l'enfant
 - b. DU de régulation des naissances
 - c. FMC-DPC
 - d. Autre, précisez :

7. En moyenne, combien de nourrissons examinez-vous par semaine ?
 - a. De moins de 3 mois :
 - b. De 3 mois à 12 mois :

Le sommeil :

8. Lors des consultations des nouveau-nés, abordez-vous le thème des conditions de sommeil ?
- a. Oui, systématiquement
 - b. Oui, de temps en temps
 - c. Jamais
 - d. A la demande des parents seulement
9. Donnez-vous des conseils pour le couchage du nourrisson ?
- a. Oui Non
10. Si oui, lesquels : *(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)*
- Matelas ferme dont la taille est adaptée à la taille du lit
 - Couchage sur le dos
 - Absence d'oreiller
 - Absence de couverture
 - Absence de jouet/peluche dans le lit
 - Température de la pièce
 - Informations sur le tabagisme
 - Autres :
11. Quelle est votre attitude professionnelle sur le sommeil partagé ?
- J'encourage ces conditions de couchage
 - Je le conseille si les parents/le bébé sont demandeurs
 - Je n'en parle pas
 - Je le déconseille fortement
12. Si les parents le souhaitent, quels conseils pouvez-vous leur donner pour un sommeil partagé en toute sécurité?

13. Pour vous, quels sont les avantages du sommeil partagé ?

(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Augmentation du nombre et de la durée des tétées
- Diminution du nombre et de la durée des tétées
- Sentiment de sécurité des parents vis-à-vis du bébé
- Meilleur sommeil pour le bébé
- Espacement des grossesses
- Diminution des pleurs du nourrisson
- Renforcement du lien mère-enfant
- Autres :

14. Quels en sont les inconvénients ? *(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)*

- Augmentation du risque de mort subite du nourrisson
- Difficultés au sein du couple
- Risque d'incapacité à s'endormir seul
- Perturbations du sommeil des parents
- Difficultés de séparation mère-enfant
- Risque de chute du lit
- Risque d'hyperthermie
- Autres :

15. Pensez-vous que le sommeil partagé est un sujet d'actualité ?

- Oui, tout à fait
- Non, cela a toujours existé

16. Avez-vous changé d'attitude sur le sujet au cours de votre carrière ?

- Oui
- Non

17. Si oui, comment ?

- En faveur du sommeil partagé
- Contre le sommeil partagé

18. Dans votre patientèle, suivez-vous des familles qui pratiquent le sommeil partagé ?

- Oui, beaucoup
- Non, aucune
- Oui, quelques unes
- Je ne sais pas

19. Si oui, quelles en sont les raisons ? *(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)*

- Manque de place
- Habitudes culturelles
- Convictions personnelles

- Pleurs incessants du bébé
- Trouble de la relation mère-enfant
- Allaitement maternel
- Autres :

20. Lors des examens des nouveau-nés, abordez-vous le thème de la mort subite du nourrisson ?

- Oui systématiquement
- Oui de temps en temps
- Jamais
- A la demande des parents seulement

21. Quels conseils donnez-vous en prévention de la mort subite du nourrisson ?

(Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Conseils sur la position de couchage
- Bienfaits de l'allaitement maternel
- Température de la chambre
- Informations sur la consommation de drogues, alcool, tabac pendant la grossesse et en post-partum
- Utilisation de la tétine
- Informations sur les animaux de compagnie
- Informations sur la vaccination
- Autres :

Si vous souhaitez recevoir une fiche d'information sur le sommeil partagé, veuillez indiquer votre adresse mail ici :

Merci de votre aimable collaboration.

Anne MOINIER

Département de Médecine Générale