



**HAL**  
open science

# Lieu de couchage des nourrissons : exploration des pratiques des médecins généralistes en Bretagne sur les conseils donnés aux parents

Pauline Renon

► **To cite this version:**

Pauline Renon. Lieu de couchage des nourrissons : exploration des pratiques des médecins généralistes en Bretagne sur les conseils donnés aux parents. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01781313

**HAL Id: dumas-01781313**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781313v1>**

Submitted on 7 Jun 2018

**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.

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*  
 Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Pauline Renon**

Née le 28 Août 1987 à Rennes

**Lieu de couchage  
des nourrissons :  
exploration des  
pratiques des  
médecins  
généralistes en  
Bretagne  
concernant les  
conseils donnés  
aux parents.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 19 mai 2017 à 14H30**

devant le jury composé de :

**Professeur Patrick PLADYS**

*Président du jury*

Professeur d'université - Praticien Hospitalier

Chef du pôle Pédiatrie

CHU de RENNES, Faculté de médecine, Université RENNES 1

**Professeur Françoise TATTEVIN**

*Juge*

Professeur associé des universités

Département de Médecine Générale de Rennes, Faculté de  
médecine, Université RENNES 1

**Professeur Alain BEUCHEE**

*Juge*

Professeur d'université - Praticien Hospitalier

Chef de service de Réanimation Néonatale

CHU de RENNES, Faculté de médecine, Université RENNES 1

**Docteur Sidonie CHHOR**

*Directrice de thèse*

Médecin généraliste, Diplôme complémentaire en Gynécologie

Enseignante au Département de Médecine Générale de Rennes

**Docteur Elodie CATIER-GUENNEC**

*Co-directrice de thèse*

Médecin généraliste, Diplôme complémentaire en Lactation  
humaine, Psychopraticien

Enseignante au Département de Médecine Générale de Rennes

## Professeurs Universitaires-Praticiens Hospitaliers

### NOM PRENOM

ANNE-GALIBERT Marie Dominique  
 BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine  
 BELLISSANT Eric  
  
 BELLOU Abdelouahab  
 BELOEIL Hélène  
 BENDAVID Claude  
 BENSALAH Karim  
 BEUCHEE Alain  
 BONAN Isabelle  
 BONNET Fabrice  
  
 BOUDJEMA Karim  
 BOUGET Jacques  
 Professeur des Universités en surnombre  
 BOUGUEN Guillaume  
 BOURGUET Patrick  
 Professeur des Universités Emérite  
 BRASSIER Gilles  
 BRETAGNE Jean-François  
 BRISSOT Pierre  
 Professeur des Universités en surnombre  
 CARRE François  
 CATROS Véronique  
 CATTOIR Vincent  
 CHALES Gérard  
 Professeur des Universités Emérite  
 CORBINEAU Hervé  
 CUGGIA Marc  
  
 DARNAULT Pierre  
 DAUBERT Jean-Claude  
 Professeur des Universités Emérite  
 DAVID Véronique  
 DAYAN Jacques  
 Professeur des Universités associé, à mi-temps  
 DE CREVOISIER Renaud  
 DECAUX Olivier  
  
 DESRUES Benoît  
 DEUGNIER Yves  
 Professeur des Universités en surnombre  
 DONAL Erwan  
 DRAPIER Dominique  
 DUPUY Alain

### SOUS-SECTION DE CNU

Biochimie et biologie moléculaire  
 Histologie; embryologie et cytogénétique  
 Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;  
 addictologie  
 Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie  
 Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence  
 Biochimie et biologie moléculaire  
 Urologie  
 Pédiatrie  
 Médecine physique et de réadaptation  
 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques;  
 gynécologie médicale  
 Chirurgie générale  
 Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie  
  
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie  
 Biophysique et médecine nucléaire  
  
 Neurochirurgie  
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie  
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie  
  
 Physiologie  
 Biologie cellulaire  
 Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière  
 Rhumatologie  
  
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 Biostatistiques, informatique médicale et technologies  
 de communication  
 Anatomie  
 Cardiologie  
  
 Biochimie et biologie moléculaire  
 Pédopsychiatrie; addictologie  
  
 Cancérologie; radiothérapie  
 Médecine interne; gériatrie et biologie du  
 vieillissement; addictologie  
 Pneumologie; addictologie  
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie  
  
 Cardiologie  
 Psychiatrie d'adultes; addictologie  
 Dermato-vénérologie

ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales

MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence Universitaires-Praticiens Hospitaliers

NOM PRENOM	SOUS-SECTION DE CNU
ALLORY Emmanuel (MC associé - MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick(MC associé - MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick PLADYS, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier dans le service de Pédiatrie du CHU de RENNES.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Madame le Professeur Françoise TATTEVIN, Professeur des Universités associé, Médecin généraliste à la CHAPELLE-CARO.

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Alain BEUCHEE, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier dans le service de Réanimation Néonatale du CHU de RENNES.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sidonie CHHOR, Médecin Généraliste à RENNES.

Merci de m'avoir guidé tout au long de cette année, et de m'avoir apporté toute la disponibilité, les connaissances et les encouragements dont j'avais besoin.

A Madame le Docteur Elodie CATIER-GUENNEC, Médecin Généraliste à PACE.

Merci de m'avoir donné l'idée de cette thèse et donné l'envie d'approfondir mes connaissances sur l'allaitement maternel.

Merci de m'avoir encouragé à traiter ce sujet et pour votre relecture.

A Emilie ROSSIGNOL, Biostatisticienne au CHU de Rennes.

Merci pour votre aide lors de l'analyse statistique des résultats et d'avoir pris le temps de réaliser le redressement.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>9</b>
1. Définitions.....	9
2. Prévalence du sommeil partagé .....	9
3. Bénéfices & risques du sommeil partagé.....	9
<b>METHODE</b> .....	<b>11</b>
1. Echantillon & questionnaire .....	11
2. Analyse des résultats.....	11
<b>RESULTATS</b> .....	<b>12</b>
1. La population d'analyse.....	12
2. La représentativité de l'échantillon.....	12
3. Les caractéristiques socio-professionnelles .....	13
4. Analyse des résultats de l'échantillon.....	14
A. Les conditions de couchage des nourrissons de moins de six mois.....	14
B. Estimation de la fréquence du partage du lit et recommandations données en cas de partage du lit par les médecins généralistes.....	16
C. Formation des médecins généralistes.....	19
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>22</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>27</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>31</b>
1. Annexe 1 : Les recommandations données par dix maternités en Bretagne en Août et Septembre 2016. ....	31
2. Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes .....	33
3. Annexe 3 : Classement des réponses données à la question ouverte 3.e .....	37
A. Ont été considérés comme « Bons conseils » : .....	37
B. Ont été considérés comme « Conseils partiels ».....	39
C. Ont été considérés comme « Conseils inadaptés » : .....	39
4. Annexe 4 : Recommandations de UNICEF UK BABY .....	42

## INTRODUCTION

La première cause de décès des nourrissons entre 1 mois et 1 an est la mort subite du nourrisson (MSN) (1). Elle a été définie par Krous et Beckwith en 2004 comme « un décès inexplicable d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexplicable après des investigations post mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique"(2). Elle survient dans 80% des cas avant 6 mois, avec un pic entre 2 et 4 mois (1).

En 2005, l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3) ont recommandé que le nourrisson dorme dans la même chambre que ses parents dans son propre lit les six premiers mois car cela diminue le risque de mort subite du nourrisson (4,5). Les recommandations internationales s'accordent sur le fait de conseiller aux parents le partage de la chambre parentale jusqu'aux 6 mois de l'enfant (6, 7, 8, 9,10). En France, la recommandation de l'OMS apparaît en 2011 sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). En 2016, l'Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson (ANCREMIN) et le site Naître et Vivre recommandent que le bébé dorme dans la même chambre que ses parents les six premiers mois (11). Par ailleurs, la prévalence du partage du lit serait élevée et en augmentation (12-15). L'UNICEF UK baby (6) a élaboré un document d'information à l'usage des parents, en cas d'allaitement et de partage du lit, permettant d'optimiser cette pratique afin de limiter le risque d'accident (MSN, écrasement et suffocation) (16,17).

En France, les médecins généralistes ont un rôle dans la prévention primaire. Informent-ils les parents des recommandations de couchage des nourrissons? Lorsque les parents évoquent le fait de faire dormir le nourrisson dans leur lit, quelles recommandations donnent-ils aux parents? Comment évaluent-ils leur formation dans ce domaine ?

Ce travail a pour but d'explorer les pratiques des médecins généralistes bretons sur les conseils donnés aux parents concernant le couchage des nourrissons, notamment le lieu de couchage des nourrissons.

Tout d'abord une revue bibliographique détaillera le contexte. Après avoir énoncé la méthodologie, les résultats seront présentés puis discutés.

## CONTEXTE

### 1. Définitions

Le partage du lit et le partage de la chambre sont deux pratiques différentes mais elles sont souvent regroupées sous le terme de « cosleeping ». Il existe trois types de « cosleeping » :

- Le « bedsharing » ou lit partagé : le nouveau-né dort dans le même lit que ses parents, la surface partagée est donc commune.
- Le « side-car crib » ou lit cododo : le nouveau-né dort dans un lit à trois côtés, fixé au lit des parents, à même hauteur, le quatrième côté étant ouvert sur le lit des parents. La surface n'est pas considérée comme commune.
- Le « roomsharing » ou partage de la chambre parentale : le nouveau-né dort dans un berceau dans la même chambre que ses parents. La surface n'est pas commune.

Ces pratiques peuvent évoluer au cours du temps en fonction de l'âge du bébé et au cours d'une même nuit (3,18, 19).

### 2. Prévalence du sommeil partagé

Plusieurs études ont recherché la prévalence du partage du lit. Une étude de Helen Ball réalisée au Royaume-Uni en 1999 montre qu'avant l'arrivée de l'enfant seul 7,5% des parents envisagent de faire dormir leur nourrisson dans leur lit. Or à 3 mois, 62% des nourrissons ont dormi au moins une fois dans le lit de leurs parents (20,21). Certaines études réalisées aux Etats-Unis (12-15) montrent que la prévalence du partage du lit varie de 11% (12) à 48% (13). Il apparaît dans une de ces études que la proportion de nourrissons dormant couramment dans le lit parental est passée de 6% en 1993, à 13 % en 2010 chez les familles hispaniques et noires américaines (12).

En France, une seule étude explore la prévalence du sommeil partagé. Elle a été réalisée en 2004 par le Professeur Messer (Chef de Service de Néonatalogie du CHU de Strasbourg) (22). Elle a été lancée auprès des pédiatres français afin de savoir où avaient dormi les bébés de moins de six mois la veille de la consultation. L'âge moyen des enfants est de 13 semaines dans cette étude. Elle montre que 36% des nouveau-nés ont dormi dans un berceau dans la chambre parentale, 32% des enfants ont déjà partagé le lit de leurs parents, mais seulement 15% d'entre eux toute la nuit.

### 3. Bénéfices & risques du sommeil partagé

Des études ont été réalisées afin de connaître les bénéfices et les risques du partage du lit. Un des bénéfices lié à la proximité de la mère et du nourrisson est qu'elle favorise l'allaitement maternel (23, 24, 25). Sa durée dans le temps est doublée (26), ce qui pourrait s'expliquer par une fréquence des tétées nocturnes plus importante ainsi qu'une durée plus longue des tétées en cas de partage du lit (27). L'allaitement maternel répond aux besoins nutritionnels du nourrisson et favorise son immunité (28). Il diminue le risque de MSN et réduirait de 26% la mortalité infantile (17, 25, 26, 29). Le lien est étroit entre l'allaitement maternel et le sommeil partagé, le terme « breastsleeping » est même né aux Etats-Unis. Une étude réalisée par Helen Ball montre que 72% des nourrissons allaités à 1 mois avaient partagé le lit de leurs parents alors que les nourrissons non allaités étaient seulement 38% (26). Par ailleurs, la proximité favoriserait l'attachement de type « secure » selon la théorie de Bowlby (30, 31, 32) et réduirait le nombre d'épisode de pleurs du nouveau-né. Concernant le sommeil, le Professeur McKenna a montré que lorsque la mère allaite, la proximité favorise la synchronisation des phases de sommeil de la mère

et du nouveau-né, augmente la durée de sommeil profond chez la mère, augmente le nombre de réveil du nouveau-né (essentiellement en sommeil profond), augmente le nombre d'interactions entre la mère et le nouveau-né (33-38), et favorise le maintien d'une position face-à-face (39). Cette proximité a également des avantages physiologiques pour l'enfant, notamment en favorisant le maintien de la température corporelle, la stabilité cardio respiratoire et la thermorégulation (40).

Cependant, lorsque le nourrisson dort dans le même lit que ses parents, il est exposé au risque d'écrasement et de suffocation. De nombreuses études montrent que le sommeil partagé est un facteur de risque de MSN (17-19, 41-43). D'autres études émettent l'hypothèse que le partage du lit ne serait pas un facteur de risque en lui-même si aucun des facteurs de risques liés à cette pratique ne lui est associé (43). Au Québec, une étude montre que le nombre de mort subite a diminué essentiellement depuis que les nouveau-nés dorment sur le dos mais également que le nombre de décès lorsque les nouveau-nés partagent le lit des parents est en augmentation. Ainsi une étude réalisée entre 1991 et 2008 au Québec montre que 38% des décès sont dus à des pratiques de sommeil non sécuritaires (44). Si le nourrisson est allaité et dort dans le même lit que ses parents, UNICEF UK baby a publié des recommandations qui doivent toutes être respectées afin de diminuer le risque de MSN (cf. Annexe 4). Elles s'appuient sur des études montrant les facteurs de risque lors de la pratique du sommeil partagé (45-53).

- Le bébé doit être allaité.
- Le sommeil partagé ne doit pas être pratiqué sur un canapé ou un fauteuil.
- Le bébé doit dormir du côté de sa mère dans le lit. Les parents doivent veiller à ce qu'il ne puisse pas tomber ou être coincé entre le matelas et le mur.
- Le bébé ne doit pas dormir entre ses deux parents ou avec des enfants.
- Les deux parents ne doivent ni avoir fumés ni avoir bu d'alcool, ni être anormalement fatigués, ni avoir pris de drogues ou de médicaments altérant leur vigilance.
- Le bébé doit peser plus de 2,5kg à la naissance et ne pas être né prématurément (<37SA).
- Le bébé ne doit pas avoir de fièvre.
- Les règles habituelles doivent être appliquées : position dorsale, turbulette, pas d'oreiller ni de couette, pas de matelas mou, pas de tour de lit, température de la chambre à 19°C.

Il semble important que les médecins généralistes puissent interroger les parents sur les conditions de couchage de leur nouveau-né, notamment le lieu de couchage afin d'adapter leurs conseils en tenant compte du contexte environnemental (39).

## METHODE

### 1. Echantillon & questionnaire

Ce travail consiste en une étude quantitative transversale déclarative par questionnaire en ligne (cf. Annexe 2). Les critères d'inclusion dans cette étude étaient d'être médecin généraliste, libéral et mixte, installé, inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins d'un des quatre départements bretons : Ille et Vilaine, Côtes d'Armor, Finistère et Morbihan et d'avoir complété l'ensemble du questionnaire. La version électronique du questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel Lymesurvey. A la fin du questionnaire, un paragraphe contenant les recommandations de l'OMS et de UNICEF UK baby a été rédigé afin de transmettre les recommandations aux médecins ayant validé leurs réponses. Le recueil des données bibliographiques s'est fait d'octobre 2015 à janvier 2017. Le questionnaire a été adressé en juillet 2016 aux médecins généralistes avec un message d'accompagnement et a été laissé en ligne deux mois jusqu'en septembre 2016. Les Conseils de l'Ordre du Morbihan et des Côtes d'Armor l'ont envoyé directement par mail aux médecins généralistes libéraux installés. Celui d'Ille et Vilaine a transmis la liste des adresses e-mail des médecins généralistes acceptant de recevoir des questionnaires. Le questionnaire leur a ensuite été envoyé en copie conforme invisible (Cci). Le Conseil de l'Ordre du Finistère ne le transmet pas directement par mail mais l'intègre dans une note d'information qu'il a envoyée au mois de juillet 2016 aux médecins généralistes. Par ailleurs, les cadres de santé des maternités des hôpitaux de Rennes, Brest, Lorient, Vannes, Saint-Brieuc, Saint-Malo, Guingamp, Lannion, Landerneau et Redon ont pu être contactés par téléphone en Août et Septembre 2016 afin de recueillir les informations données aux parents concernant le couchage des nourrissons à la sortie de leur maternité. (cf. Annexe 1)

### 2. Analyse des résultats

Les réponses apportées par 179 médecins ont pu être analysées. Dans un premier temps, l'hypothèse selon laquelle tous les individus ayant participé à l'enquête présentaient une répartition par sexe et âge identique à celle de l'ensemble des médecins généralistes libéraux et mixtes de Bretagne (population d'étude) a été vérifiée. Le test d'ajustement du Chi2 a été utilisé. Afin d'assurer la représentativité de la population répondante, les données ont été redressées sur les critères de l'âge et du sexe par rapport à la population d'étude. Les résultats prennent en compte la pondération des effectifs ce qui permet une extrapolation directe à l'ensemble des médecins généralistes libéraux et mixtes de Bretagne. Il est aussi fait mention dans chaque tableau et pour chaque variable de l'effectif total non pondéré (effectif concerné par la question). Pour l'analyse descriptive les résultats quantitatifs étaient exprimés en moyenne  $\pm$  écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max) et les résultats qualitatifs en effectifs (%). Pour comparer les distributions des variables quantitatives entre deux groupes, le test de Student a été utilisé. Pour comparer les distributions des variables qualitatives entre deux groupes, le test du Chi2 ou le test de Fisher (effectifs théoriques  $< 5$ ) ont été utilisés. Tous les tests statistiques ont un seuil de significativité de 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel SAS, v.9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Les analyses ont ensuite été décrites en fonction : du sexe (homme ou femme - n=179), de l'âge ( $<45$  ans ou  $\geq 45$  ans - n=179), du diplôme complémentaire en pédiatrie (oui ou non - n=177 car 2 données manquantes), et d'une autre activité de soin en crèche ou en Protection Maternelle et Infantile (PMI) (oui ou non - n=177 car 2 données manquantes).

## RESULTATS

### 1. La population d'analyse

Les 179 réponses complètes au questionnaire ont permis l'analyse statistique des résultats (cf. Figure 1).

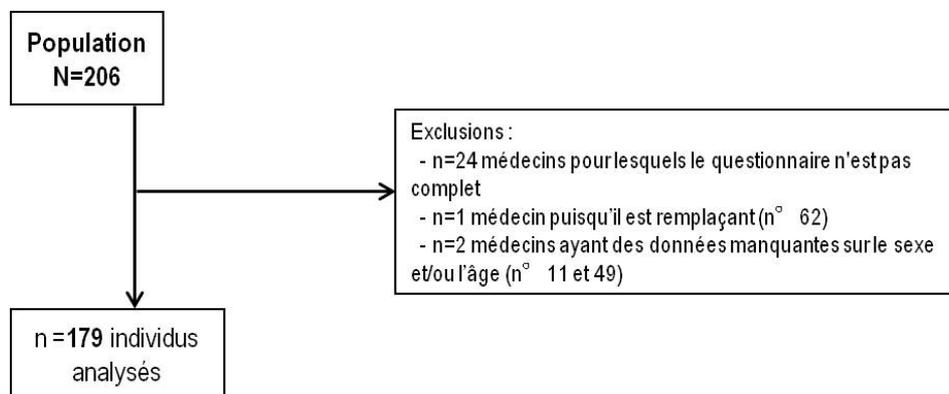


Figure 1 : Population analysée

### 2. La représentativité de l'échantillon

L'hypothèse selon laquelle tous les médecins ayant participé à l'enquête présente une répartition par sexe et âge identique à celle de l'ensemble des médecins de la population d'étude a été vérifiée (cf. Tableau 1). La p-valeur étant  $p < 0,0001$ , elle est significative, on rejette l'hypothèse selon laquelle la répartition par sexe et âge serait identique à celle de la population d'étude. Notre échantillon contient davantage de médecin « femme » et de médecin « de moins de 45 ans ». C'est pourquoi un redressement a été réalisé.

Répartition par sexe et âge	Effectifs observés dans l'échantillon	Effectifs théoriques dans la population d'étude	P
			$p < 0.0001$ (K)
Hommes - ≤34 ans	12	58	
Hommes - 35-39 ans	14	107	
Hommes - 40-44 ans	5	130	
Hommes - 45-49 ans	6	177	
Hommes - 50-54 ans	9	260	
Hommes - 55-59 ans	16	434	
Hommes - 60-64 ans	15	485	
Hommes - 65 ans et plus	1	169	
Femmes - ≤34 ans	37	160	
Femmes - 35-39 ans	16	145	
Femmes - 40-44 ans	14	154	
Femmes - 45-49 ans	14	163	
Femmes - 50-54 ans	10	191	
Femmes - 55-59 ans	4	185	
Femmes - 60-64 ans	7	125	
Femmes - 65 ans et plus	0	20	

Tableau 1: Vérification de l'hypothèse selon laquelle tous les médecins ayant participé à l'enquête présente une répartition par sexe et âge identique à celle de l'ensemble des médecins de la population d'étude

### 3. Les caractéristiques socio-professionnelles

La première partie du questionnaire a permis de recueillir les caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon (cf. Tableau 2). La catégorie « diplôme complémentaire en pédiatrie » regroupe dans ce travail le diplôme complémentaire « santé et développement de l'enfant » et le diplôme complémentaire « urgences pédiatriques ». Dans cet échantillon, 6,7% des médecins ont un diplôme complémentaire en pédiatrie. Par ailleurs, 8,1% des médecins exercent une activité en crèche ou en PMI. Les deux catégories d'âge ont été choisies en fonction de la durée de la carrière d'un médecin généraliste. Celle-ci ayant une durée approximative de trente ans et l'activité libérale débutant vers l'âge de 30 ans, l'âge de 45 ans a été retenu pour séparer les deux groupes. Les médecins « de moins de 45 ans » de l'échantillon ont plus souvent un diplôme complémentaire « en pédiatrie » ou « en gynécologie » ( $p < 0,0001$ ). Ceux ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » travaillent davantage en crèche ou en PMI et en cabinet de groupe ( $p < 0,0001$ ). Les médecins travaillant en crèche ou en PMI sont plus souvent des femmes ( $p < 0,0001$ ).

Variable(s)*	Global
Sexe	179 (0)
Homme	78 (61.8%)
Femme	101 (38.2%)
Âge (années)	179(0) 51 ± 39 (28 ; 44 ; 53 ; 60 ; 65)
Âge en classes	179 (0)
<45 ans	97 (25.1%)
≥45 ans	82 (74.9%)
Milieu d'exercice	178 (1)
Urbain/périphérique-urbain	78 (40.7%)
Semi-rural/rural	100 (59.3%)
Structure d'exercice	177 (2)
Cabinet individuel	33 (31.7%)
Cabinet de groupe	144 (68.3%)
Durée d'installation du cabinet (années)	179(0) 19.0 ± 45.1 (0.0 ; 8.0 ; 20.0 ; 29.0 ; 37.0)
Autres activités de soin en dehors du cabinet	177 (2)
Aucune	135 (75.0%)
Crèche/PMI	17 (8.1%)
Autre	25 (17.0%)
Diplôme complémentaire en pédiatrie	177 (2)
Oui	15 (6.7%)
Non	162 (93.3%)
Diplôme complémentaire en gynécologie	177 (2)
Oui	27 (11.1%)
Non	150 (88.9%)
Autre(s) DIU	177 (2)
Oui	43 (30.6%)
Non	134 (69.4%)
Maître de stage	179 (0)
Non	131 (70.2%)
Oui	48 (29.8%)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon

#### 4. Analyse des résultats de l'échantillon

##### A. Les conditions de couchage des nourrissons de moins de six mois

###### a. Fréquence à laquelle sont abordées les conditions de couchage du nourrisson avec les parents par les médecins de l'échantillon

La Figure 2 montre que 27,9% des praticiens de l'échantillon abordent « toujours » les conditions de couchage des nourrissons avec les parents lors de la consultation, 28,8% les abordent « souvent », 36% les abordent « parfois » et 7,2% ne les abordent « jamais » (cf. Figure 2). On remarque que quelque soit l'âge du médecin, ou qu'il exerce ou non une activité en crèche ou en PMI, la réponse « parfois » est majoritaire. Les médecins répondant majoritairement « toujours » à cette question sont ceux ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » (66%) ( $p < 0,0001$ ). Par ailleurs, aucun des médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » ou « une activité en crèche ou en PMI » n'aborde « jamais » les conditions de couchage avec les parents.

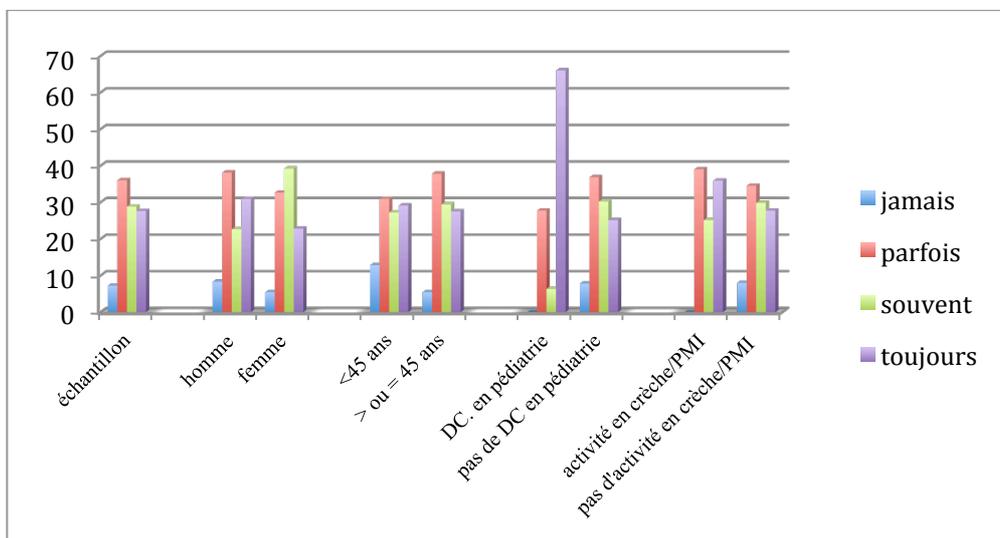


Figure 2 : Répartition des réponses des médecins de l'échantillon concernant la fréquence à laquelle ils interrogent les parents sur les conditions de couchage des nourrissons de moins de six mois. (DC : Diplôme Complémentaire, PMI : Protection Maternelle et Infantile)

###### b. Fréquence à laquelle les médecins demandent des précisions sur le lieu de couchage des nourrissons aux parents

Concernant le lieu de couchage des nourrissons, la Figure 3 montre que 22% des praticiens le demandent « toujours » aux parents et 34,4% le demandent « souvent » (cf. Figure 3). La plupart des médecins le demande « parfois » (36,9%). Les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » sont ceux le demandant le plus fréquemment « toujours » aux parents (47,2%) ( $p < 0,0001$ ). Les médecins ayant « une activité en crèche ou PMI » le demandent plus souvent « parfois » (45,5%) ( $p < 0,0001$ ), mais aucun d'entre eux ne le demande « jamais ».

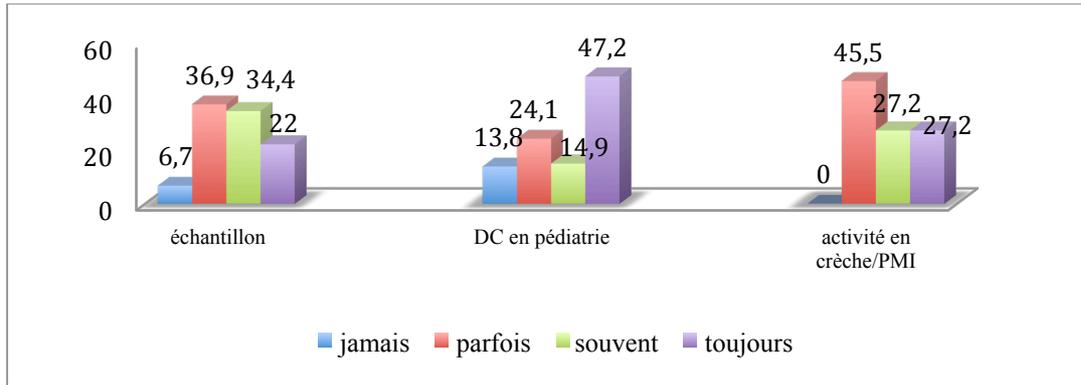


Figure 3 : Répartition des réponses des médecins sur la fréquence à laquelle ils recherchent plus précisément des informations sur le lieu où dort le nourrisson de moins de six mois auprès des parents.

c. Chambre recommandée par les médecins de l'échantillon pour le nourrisson de mois de six mois

La Figure 4 montre que parmi les médecins de l'échantillon, 48,3% recommandent que le nouveau-né dorme dans sa propre chambre et 41,7% recommandent que le nouveau-né dorme dans la chambre de ses parents (cf. Figure 4). Ils sont 10% à recommander les deux possibilités. Cependant, on remarque que certains groupes recommandent davantage que le nouveau-né dorme dans la chambre de ses parents. En effet, 60,4% des médecins « de moins de 45 ans » ( $p < 0,0001$ ), 82,1% des médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » ( $p < 0,0001$ ) et 77% des médecins ayant « une activité en crèche ou en PMI » ( $p < 0,0001$ ) recommandent que le nouveau-né dorme dans la même chambre que ses parents.

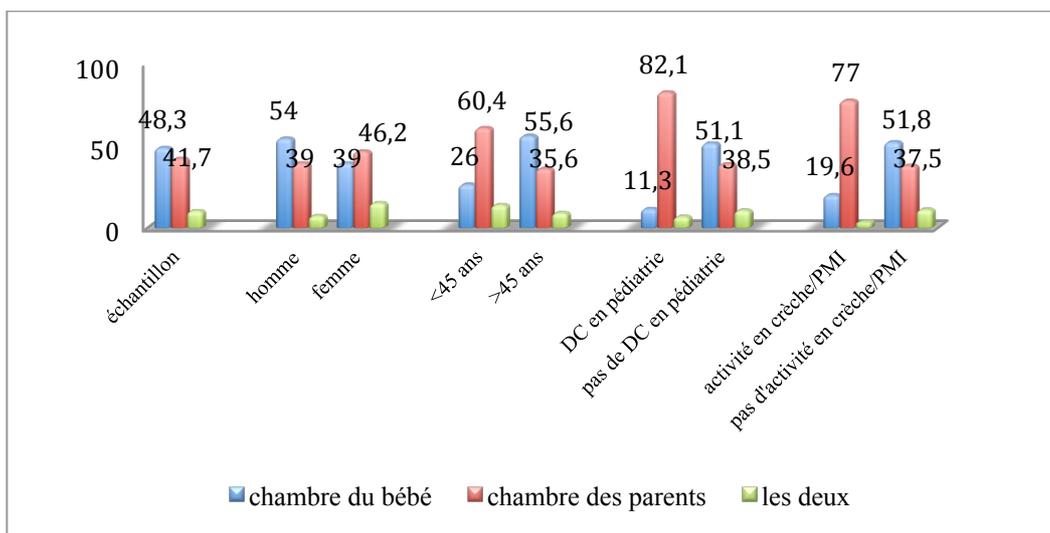


Figure 4 : Chambre recommandée par les médecins généralistes pour le nouveau-né les six premiers mois.

- d. Les situations de couchage paraissant les moins à risque pour le nourrisson de moins de 6 mois aux médecins de l'échantillon

La Figure 5 montre le pourcentage de médecins évaluant une situation de couchage comme ne présentant pas de risque pour le nouveau-né (cf. Figure 5).

- Un berceau dans la chambre des parents (91,5% des praticiens ne considèrent pas que cette proposition présente un risque pour les nourrissons de moins de six mois)
- Un lit cododo (74,7% des praticiens ne considèrent pas que cette proposition présente un risque pour les nourrissons de moins de six mois)
- Un berceau dans sa propre chambre (66,6% des praticiens ne considèrent pas que cette proposition présente un risque pour les nourrissons de moins de six mois)
- Le partage du lit parental (21,4% des praticiens ne considèrent pas que cette proposition présente un risque pour les nourrissons de moins de six mois).

Il ne semble pas plus à risque aux médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » qu'aux autres médecins que le bébé dorme dans sa propre chambre ( $p=0,8686$ ). Aucun des médecins ayant un « diplôme complémentaire en pédiatrie » ne considère à risque pour le nourrisson qu'il dorme dans un berceau dans la même chambre que ses parents. Ils considèrent tous à risque que « le bébé dorme dans le même lit que ses parents », les médecins ayant « une activité en crèche ou en PMI » également.

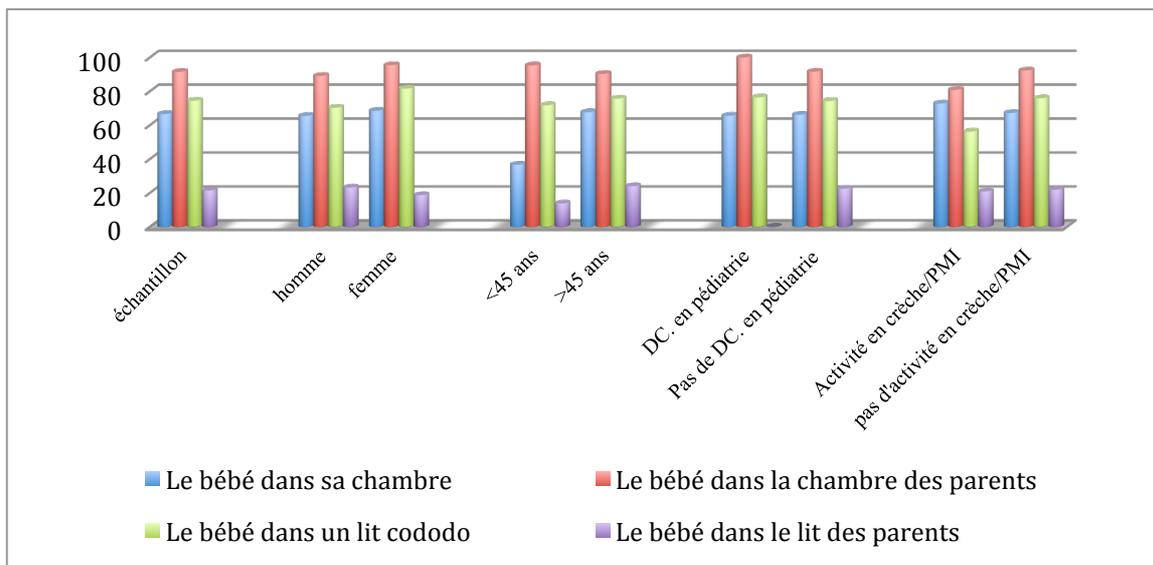


Figure 5 : Pourcentage de médecins ne considérant pas à risque pour le nourrisson les situations de couchage proposées

## B. Estimation de la fréquence du partage du lit et recommandations données en cas de partage du lit par les médecins généralistes

### a. Informations données à la maternité concernant le lieu de couchage des nourrissons

Il apparaît que 65,4% des médecins de l'échantillon pensent que des informations concernant le lieu de couchage des nourrissons sont données aux parents à la maternité. Les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » sont 73,8% à le penser ( $p=0,0177$ ). Par ailleurs,

69,6% des médecins ayant « une activité en crèche ou en PMI » pensent que les parents n'ont pas reçu d'information sur le lieu de couchage à la maternité ( $p < 0,0001$ ).

- b. Estimation faite par les médecins généralistes de la fréquence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois

La Figure 6 montre que 75,3% des médecins de l'échantillon estiment que les nourrissons de moins de 6 mois dorment « occasionnellement » dans le lit de leurs parents et 20,2% qu'ils y dorment « régulièrement » (cf. Figure 6). On remarque également que 4,5% des médecins estiment que les nourrissons ne dorment « à aucun moment » dans le lit de leurs parents. Les médecins « de moins de 45 ans » sont plus nombreux à penser que les nourrissons ne dorment « à aucun moment » dans le lit de leurs parents (8,6%) ( $p < 0,0001$ ). Les médecins étant plus nombreux à penser que les nouveau-nés dorment « régulièrement » les six premiers mois dans le lit de leurs parents sont: les médecins « femmes » ( $p < 0,0001$ ), les médecins ayant « moins de 45 ans » ( $p < 0,0001$ ), et les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » ( $p < 0,0001$ ). Par ailleurs, aucun des médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » ne pensent que les bébés ne dorment « à aucun moment » dans le lit de leurs parents. Les médecins « travaillant en crèche ou en PMI » sont 1,7% à avoir répondu « à aucun moment » à cette question. La question 3.b comportait une possibilité de réponse « toujours » elle a été regroupée avec les réponses « régulièrement » lors de l'analyse car certains médecins avaient cochés ces deux possibilités.

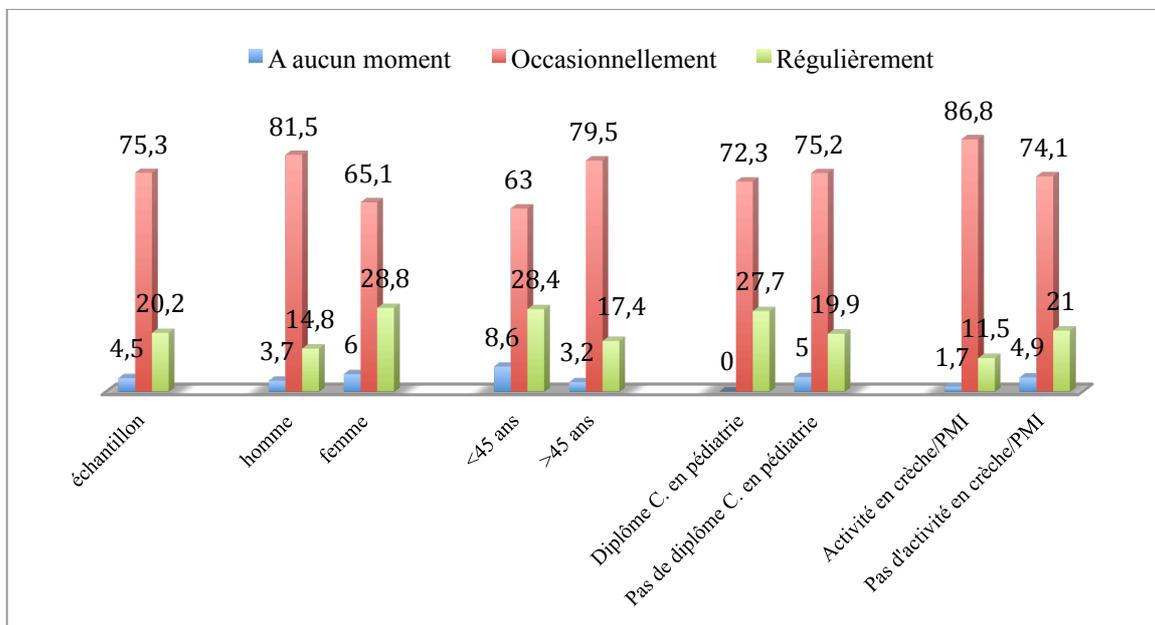


Figure 6 : Estimation de la fréquence du sommeil partagé par les médecins généralistes chez les nourrissons de moins de six mois

- c. Estimation faite par les médecins généralistes du pourcentage de nourrissons ayant dormi au moins une fois dans le lit de leurs parents les 6 premiers mois

La Figure 7 montre que 23,4% des médecins ont répondu « moins de 10% », 27,8% « environ 30% », 22,3% « environ 50 % », 13,5% « environ 70% » et 13% « plus de 80% » à la question 3.c (cf. Figure 7). Par ailleurs, les médecins « hommes » ( $p < 0,0001$ ) et les médecins « de plus de 45 ans » ( $p < 0,0001$ ) sont plus nombreux à penser que peu de nourrissons ont dormi au moins une fois dans le lit de leurs parents les 6 premiers mois. En effet, les faibles pourcentages : « moins de 10% » ou « environ 30% » sont choisis plus fréquemment par ces deux groupes. Alors que, les médecins « femmes », les médecins « de moins de 45 ans » et les médecins ayant « un diplôme complémentaires en pédiatrie » ( $p < 0,0001$ ) sont plus nombreux à penser que les pourcentages les plus élevés : « environ 50% », « environ 70% » ou « plus de 80% » sont les plus fréquents.

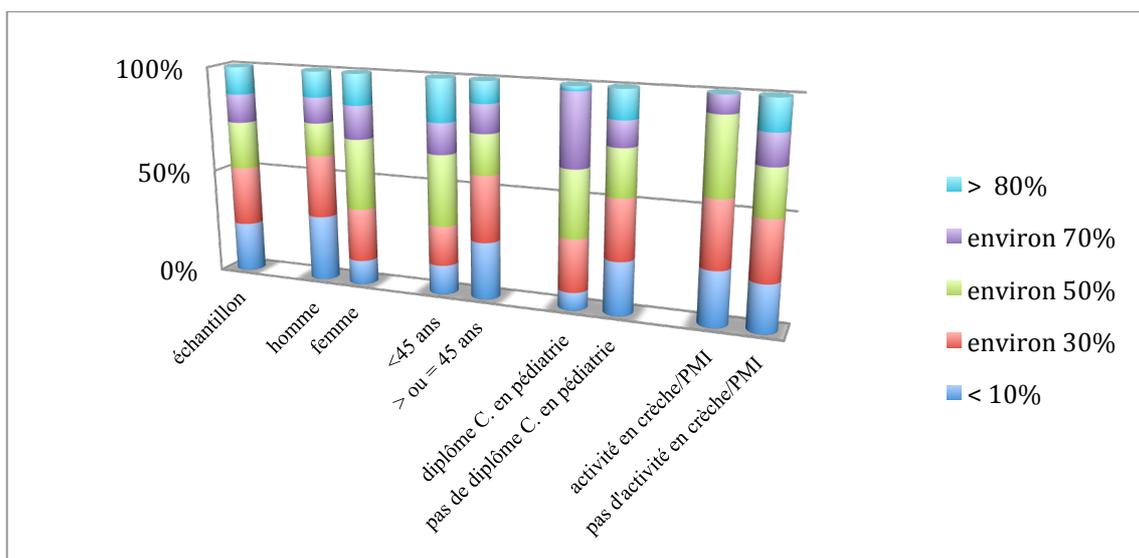


Figure 7 : Estimation par les médecins du pourcentage de nourrissons ayant dormis au moins une fois dans le lit de leurs parents lors des six premiers mois.

- d. Pourcentage de médecins donnant des conseils aux parents en cas de partage du lit

Lorsque les parents évoquent le fait que le nouveau-né dort dans leur lit, 90,9% des médecins de l'échantillon leur donnent des recommandations. La question comportait la possibilité de réponse « parfois » dans le questionnaire. Ces réponses ont été considérées comme « donnant des recommandations » car certains médecins avaient coché ces deux possibilités.

- e. Répartition des conseils donnés par les médecins de l'échantillon en cas de partage du lit

La question 3.e est une question ouverte. On remarque que les médecins de l'échantillon ne donnent pas tous les mêmes conseils aux parents en cas de partage du lit (cf. Annexe 3). Ont été considérés comme des « bons conseils » ceux donnant certaines des recommandations de UNICEF UK Baby ou préconisant de faire dormir le nourrisson dans un lit cododo ou un berceau dans la même chambre que ses parents. Ont été considérés comme « conseils partiels » ceux donnant certaines des recommandations de couchage des nourrissons, mais pas celles en rapport avec le partage du lit. Ont été considérés comme des « conseils inadaptés » ceux ne donnant que peu de conseil ou des injonctions type « STOP » ou « arrêter ».

La Figure 8 montre que la majorité des médecins de l'échantillon (57,1%) donnent des « conseils inadaptés » aux parents (cf. Figure 8). Il apparaît que 22% des médecins donnent des « bons conseils » aux parents et 20% donnent des « conseils partiels ». Par ailleurs, les médecins donnant davantage de « bons conseils » aux parents sont les médecins « hommes » (28,6%) ( $p<0,0001$ ), les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » (30,4%) ( $p=0,0097$ ), les médecins ayant « moins de 45 ans » (41,4%) ( $p<0,0001$ ), et les médecins « travaillant en crèche ou PMI » (42%) ( $p<0,0001$ ). Il apparaît que tous les groupes donnent davantage de « conseils inadaptés » hormis le groupe des médecins « exerçant en crèche ou en PMI ».

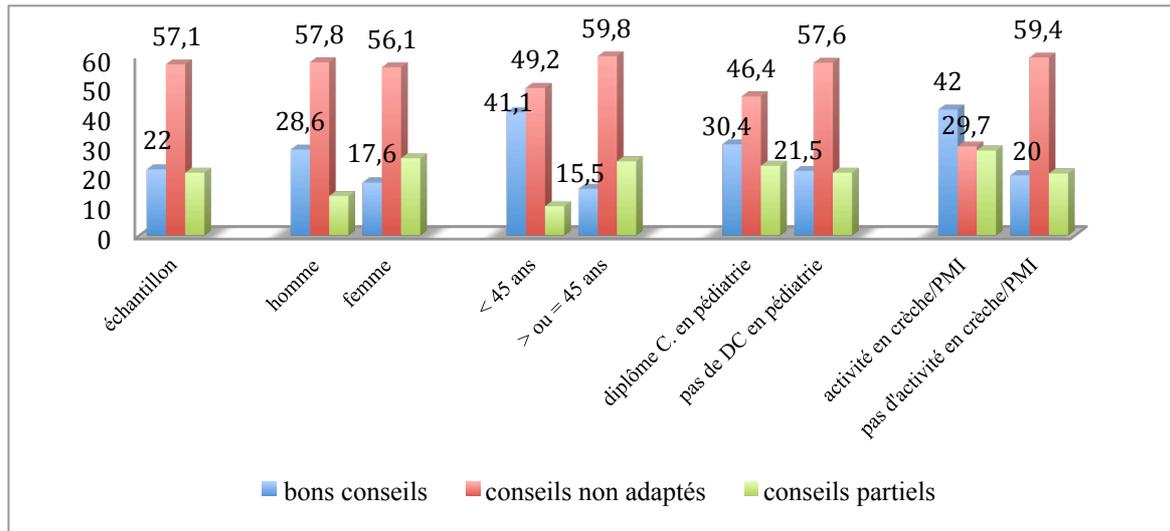


Figure 8: Répartitions des conseils donnés aux parents en cas de partage du lit.

### C. Formation des médecins généralistes.

#### a. Formation des médecins de l'échantillon concernant les conditions de couchage des nourrissons

La Figure 9 montre que 66,5 % des médecins ont reçu une formation sur les conditions de couchage des nourrissons (cf. Figure 9). Les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » (90,3%) ( $p<0,0001$ ), les médecins ayant « une activité en crèche ou en PMI » (74,5%) ( $p=0,0055$ ), les médecins « de moins de 45 ans » (73,4%) ( $p<0,0001$ ), et les médecins « femmes » (71,4%) ( $p<0,0001$ ) auraient davantage été formés que les autres médecins.

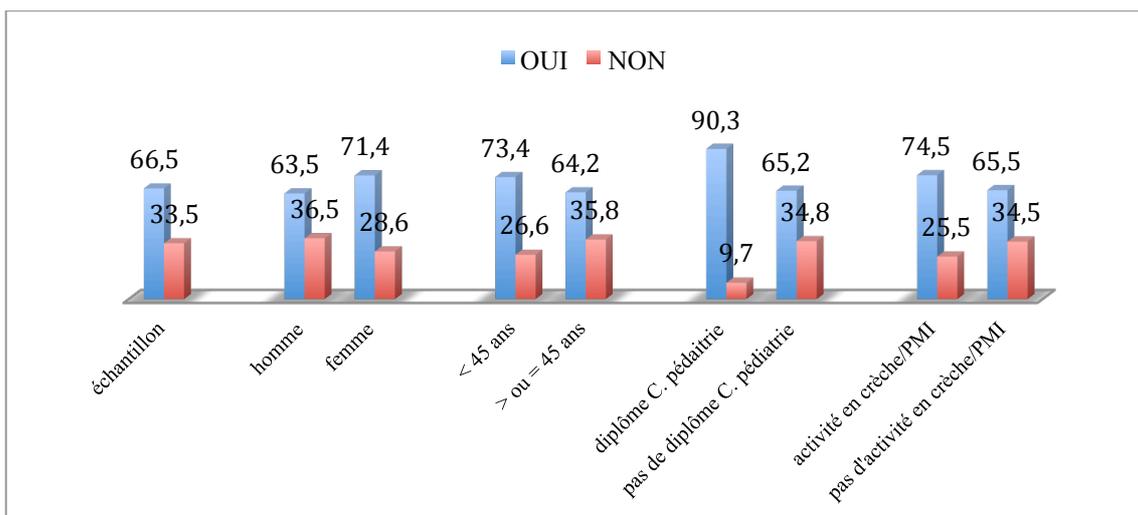


Figure 9 : Estimation faite par les médecins généralistes de leur formation concernant les conditions de couchage des nourrissons.

b. Informations sur le lieu de couchage des nourrissons lors de leur formation

La Figure 10 montre que 41,2% des médecins généralistes ont eu des informations sur le lieu de couchage des nourrissons lors de leur formation (cf. Figure 10). Seuls les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » (69,3%) ( $p < 0,0001$ ) ou ceux ayant « une activité en crèche ou en PMI » (57,1%) ( $p < 0,0001$ ) pensent majoritairement avoir été formés sur le lieu de couchage des nourrissons.

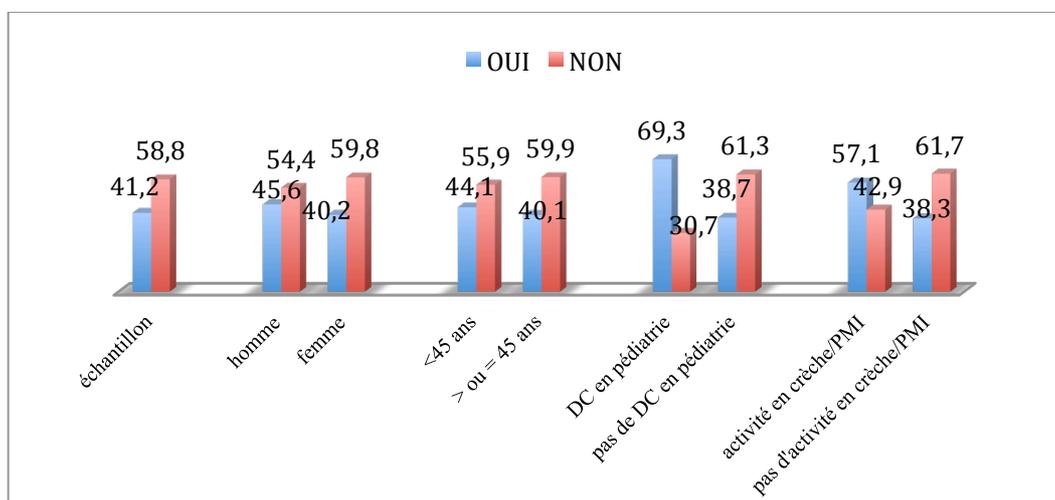


Figure 10 : Pourcentage de médecins généralistes ayant eu des informations concernant le lieu de couchage des nourrissons pendant leur formation.

c. Période de la formation où les médecins ont été formés concernant les conditions de couchage des nourrissons

Il apparaît dans la Figure 11 que 60% des médecins de l'échantillon ont reçu des informations lors de la formation initiale, soit lors du second cycle des études médicales (cf. Figure 11). C'est

le pourcentage le plus élevé parmi les différentes propositions. Seuls les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » ont été formés aux conditions de couchage essentiellement lors de la formation continue ( $p < 0,0001$ ). On remarque que les médecins « de plus de 45 ans » se sont davantage formés que les autres médecins grâce aux revues scientifiques ( $p < 0,0001$ ).

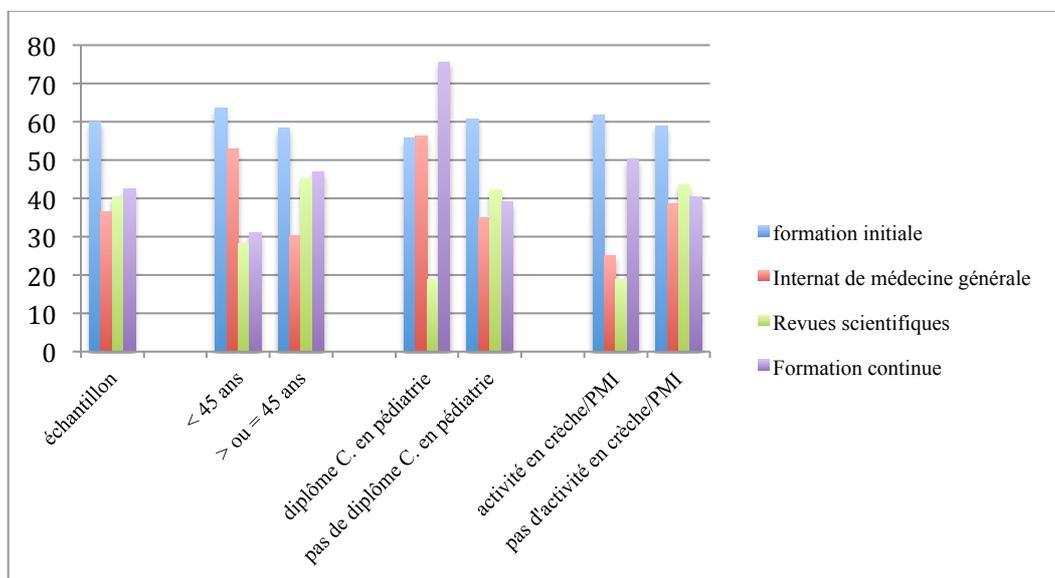


Figure 11 : Estimation des sources d'informations sur les conditions de couchage des nourrissons par les médecins généralistes

Ainsi, 28% des médecins de l'échantillon abordent toujours le sujet des conditions de couchage avec les parents.

Si le couchage des nourrissons de moins de six mois dans le lit des parents est une pratique estimée occasionnelle par 75% des médecins et régulière par 20% des médecins, seuls 22% d'entre eux apportent des conseils spécifiques à cette pratique aux parents lors de la consultation, alors même qu'ils connaissent les risques associés.

Les médecins sont partagés sur la chambre recommandée pour le nourrisson de moins de six mois, 48% proposent qu'il dorme dans sa propre chambre et 41 % dans la chambre de ses parents.

Les médecins généralistes bretons ayant participé à l'enquête sont majoritairement informés sur les recommandations à donner aux parents concernant les modalités de couchage des nourrissons âgés de moins de six mois mais peu sur le lieu de couchage des nourrissons et sur les conseils à donner en cas de pratique du partage du lit. Les formations continues en pédiatrie et l'exercice professionnel en crèche ou en PMI favorisent la connaissance et la transmission des recommandations aux parents.

## DISCUSSION

L'exploration des pratiques des médecins généralistes bretons concernant les recommandations données aux parents sur les conditions de couchage des nourrissons permet de mettre en évidence des tendances dans leur pratique. L'analyse des réponses données en fonction des quatre variables (sexe, âge, diplôme complémentaire en pédiatrie et activité en crèche ou PMI) permet d'affiner la description des pratiques de cet échantillon.

On remarque que 28% des médecins généralistes de l'échantillon abordent systématiquement les conditions de couchage des nourrissons avec les parents pendant la consultation et 22% posent systématiquement la question du lieu de couchage du nourrisson dans la maison. Le fait d'aborder les conditions de couchage des nourrissons lors de la consultation et notamment le lieu de couchage n'est pas une habitude systématique chez la plupart des médecins de l'échantillon. Pourtant, il apparaît dans une étude réalisée par Wert en 2015 que les mères n'évoquent pas spontanément le fait de partager le lit parental avec leur nouveau-né lors de la consultation et qu'il est important que ce soit le praticien qui engage cette discussion (54). Les recommandations en terme de couchage du nourrisson ayant changées à plusieurs reprises ces cinquante dernières années il n'est peut-être pas évident pour les médecins généralistes de se positionner sur les conseils à donner aux parents ? S'ils abordent peu le sujet avec les parents c'est peut-être également en raison des nombreux sujets à aborder lors des consultations des premiers mois ? Deux questions semblent toutefois importantes à poser aux parents : Votre bébé dort-il dans sa chambre ou dans votre chambre ? Vous arrive-t-il de faire dormir votre bébé dans votre lit ?

Les médecins de l'échantillon sont partagés sur le lieu de couchage qui leur semble le plus approprié pour le nourrisson de moins de six mois. En effet, 42 % des médecins conseillent que le nouveau-né dorme dans la même chambre que ses parents et 48% qu'il dorme dans sa propre chambre. Dans cette étude, on remarque des différences significatives entre les différents groupes concernant la chambre recommandée par les médecins. Les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie », ayant « une activité en crèche ou en PMI », ayant « moins de 45 ans », ou étant de « sexe féminin » recommandent davantage que le nourrisson dorme dans la même chambre que ses parents, ce qui est en accord avec la recommandation de l'OMS. Par ailleurs, le berceau dans la chambre des parents est la proposition qui apparaît être la moins risquée pour le nouveau-né aux médecins de l'échantillon, puis le lit cododo, puis un berceau dans sa propre chambre.

Dans cette étude, 4,5% des médecins pensent que les nourrissons ne dorment jamais dans le lit de leurs parents. Les autres médecins de l'échantillon pensent que les nourrissons de moins de six mois dorment occasionnellement (75%) ou régulièrement (20%) dans le lit de leurs parents. La prévalence du sommeil partagé varie selon les études (12-15) mais il semble que le sommeil partagé ne soit pas une pratique exceptionnelle les six premiers mois, notamment lorsque le bébé est allaité, les médecins de cet échantillon en sont conscients.

Ce travail montre également que 65% des médecins de l'échantillon pensent que l'information concernant le lieu de couchage des nourrissons est donnée aux parents à la maternité. Cependant, les recommandations données aux parents peuvent varier d'une maternité à l'autre. Certaines maternités en Bretagne donnent des informations aux parents concernant les conditions de couchage et leur transmettent notamment les recommandations de l'OMS et de UNICEF UK Baby par oral et par écrit, mais d'autres ne le font pas (cf. Annexe 1). Seules dix maternités appartenant aux hôpitaux des principales villes bretonnes ont été interrogées, ce n'est donc qu'une tendance. Afin de favoriser la transmission des recommandations aux parents, elles

pourraient être données de façon systématique par toutes les maternités puis être évoquées de nouveau par les médecins généralistes et les pédiatres lors des consultations mensuelles les six premiers mois.

La question 3.e du questionnaire (cf. Annexe 2) était une question ouverte afin que les médecins notent les conseils qu'ils donnent aux parents en cas de partage du lit. Les réponses données par les médecins étaient variées, elles ont été classées en trois groupes (cf. Annexe 3). Ce regroupement a été réalisé car trois tendances de réponses ressortaient, et qu'il était intéressant de les regrouper afin de pouvoir analyser ces réponses statistiquement. Lorsque les parents évoquent de façon spontanée que leur nouveau-né dort dans leur lit, 91% des médecins donnent des recommandations aux parents. Toutefois, parmi les médecins donnant des recommandations, 57% des praticiens ont été considérés comme donnant des « conseils inadaptés » aux parents. Les recommandations données par ce groupe ont été considérées comme inadaptées car même si les médecins contre-indiquaient la pratique du partage du lit, ils ne proposaient pas d'alternative aux parents. Les réponses étaient par exemple: « STOP », « Vous allez le tuer », « Arrêter », « ne pas le faire ». Dans les sociétés occidentales le risque d'écrasement du nouveau-né lors du partage du lit est connu mais cela est tout de même pratiqué parfois. L'étude de Chianese (55) montre que les conseils en défaveur du partage du lit ne sont pas efficaces alors que les conseils donnés pour partager le lit de façon sécuritaire sont appréciés par les parents. Cependant, l'étude de Willinger (12) montre que si le médecin a une attitude négative envers le partage du lit, les parents le pratiqueraient moins souvent. Par ailleurs, une étude de Blair montre que lorsque le partage du lit est « dramatisé », certaines mères préfèrent nourrir leur enfant sur un canapé ou un fauteuil afin d'éviter le lit parental (56). Il arrive qu'elles s'endorment sur le canapé ou le fauteuil. Cette étude rappelle que les mères doivent nourrir le nourrisson très fréquemment la nuit, et qu'il est inévitable qu'elles s'endorment parfois. Il apparaît alors que si les mères n'ont pas de facteur de risque, les options telles qu'un canapé ou un fauteuil pour allaiter le nouveau-né la nuit sont plus à risque que le lit parental. Dans ce travail, 21 % des praticiens donnent des « conseils partiels » aux parents en ne citant que certaines recommandations de couchage, mais pas celles étant spécifiques à la pratique du lit partagé. Enfin, 22% des praticiens donnent des « bons conseils » aux parents. Ils citent plusieurs facteurs de risque liés à cette pratique ou conseillent aux parents d'installer le bébé plutôt dans un lit cododo ou un berceau dans leur chambre.

Il apparaît dans cette étude que les médecins « de moins de 45 ans », ceux ayant « une activité en crèche/PMI », et ceux ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie »:

- ont davantage été formés aux conditions de couchage et au lieu de couchage.
- recommandent davantage que le nourrisson dorme dans la même chambre que ses parents les six premiers mois que les autres médecins.
- donnent davantage de conseils adaptés en cas de partage du lit.

Ces groupes ont peut-être pu apprendre ces recommandations grâce aux cours du diplôme complémentaire en pédiatrie ? Lors de formations proposées lors d'une activité en crèche ou en Protection Maternelle et Infantile ? Ou lors de leurs études médicales ? Le fait d'avoir connaissance de ces recommandations a une influence positive sur les conseils qu'ils donnent aux parents et sur la fréquence à laquelle ils interrogent les parents.

Lors de l'analyse des réponses des 179 médecins on remarque qu'ils évoquent peu les recommandations de UNICEF UK baby et celle de l'OMS. Peut-être parce qu'elles ne leur ont pas été transmises ? Les médecins généralistes estiment avoir eu des informations concernant les conditions de couchage des nourrissons dans 66,5% des cas. Cependant, seulement 40% des

médecins ont eu des informations sur les recommandations concernant le lieu de couchage du nourrisson dans la maison. On remarque que les médecins de l'échantillon considèrent avoir été formés essentiellement pendant le second cycle des études médicales (60%). Il en est de même pour tous les groupes de l'étude hormis les médecins ayant « un diplôme complémentaire en pédiatrie » qui ont été formés essentiellement lors de la formation continue. Lors du second cycle des études médicales tous les étudiants en médecine français préparent les Epreuves Nationales Classantes (ENC). Les recommandations données dans l'item 340 : « Mort inattendue du nourrisson » du Collège des Enseignants de Pédiatrie sont les suivantes (57):

- coucher l'enfant en décubitus dorsal
- ne pas coucher l'enfant dans le lit parental avec ses parents (co-sleeping)
- utiliser un berceau rigide avec un matelas ferme sans oreiller, ni couette, ni couverture
- ne pas surcouvrir l'enfant, maintenir la température de la chambre à 19°C
- proscrire le tabagisme familial

La recommandation de l'OMS n'apparaît pas dans cet item, alors qu'elle diminue le risque de MSN (5). Ni celle de UNICEF UK baby qui vise à rendre la pratique du sommeil partagé la moins dangereuse possible. Si ces recommandations étaient mentionnées dans cet item, cela permettrait d'informer tous les futurs médecins français. A la faculté de Rennes 1, les internes de médecine générale ont la possibilité d'assister à une journée d'enseignement sur l'allaitement maternel au cours de laquelle sont abordées les recommandations de l'OMS et celles d'UNICEF UK Baby.

Plusieurs études récentes réalisées aux Etats-Unis montrent que le fait d'informer les parents permet des changements dans leurs pratiques. En effet, une étude réalisée en 2016 par Mathews évalue le bénéfice d'informer les mères des recommandations de couchage chez les Afro-américaines. Les résultats de cette étude montrent qu'après que les mères aient été informées, 90,8% d'entre-elles avaient l'intention de faire dormir leur nouveau-né sur le dos, 96,7% souhaitaient que le nouveau-né partage la chambre parentale et 3,6% avaient l'intention de faire dormir le nouveau-né dans le lit parental (58). De plus, une étude réalisée par les mêmes auteurs en 2017 montre que la durée de l'allaitement maternel ne diminue pas lorsque le nouveau-né dort dans un berceau dans la chambre parentale plutôt que dans le lit parental (59). Par ailleurs, une étude réalisée par Hauck en 2015, montre qu'après avoir donné gratuitement des berceaux à des familles ayant des difficultés financières et avoir informé les parents des recommandations de couchage des nourrissons, ceux-ci ont amélioré leurs pratiques, notamment la pratique du partage du lit qui diminue de 38% à 16% (60). Ces études montrent l'influence positive d'informer les parents des conditions de couchage sécuritaires pour le nouveau-né. Les informations données par les médecins généralistes aux parents sont complémentaires de celles données par les maternités. Ils ont la possibilité de discuter de nouveau de ces recommandations avec les parents lors des consultations mensuelles les six premiers mois, c'est pourquoi il est intéressant de les former davantage.

Le carnet de santé est le seul support écrit que tous les parents français reçoivent à la naissance (certaines maternités donnent également des livrets complémentaires mais ce n'est pas systématique). Les recommandations de l'OMS et les recommandations d'UNICEF UK baby n'apparaissent pas dans le carnet de santé actuellement. Une page supplémentaire pourrait être créée contenant ces recommandations. Une autre possibilité serait que toutes les maternités donnent le même livret aux parents en complément du carnet de santé.

Les biais retrouvés dans cette étude concerne la distribution du questionnaire et le fait que les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses à chaque question. La distribution du questionnaire n'a pas pu se faire de façon homogène dans les quatre départements bretons, les Conseils de l'Ordre ne diffusant pas les questionnaires de la même façon. Il est probable que les médecins du Finistère soient moins nombreux à avoir répondu au questionnaire car ils ne l'ont pas reçu directement par mail. Certains médecins ont coché plusieurs propositions de réponse aux questions 3.b et 3.d. La question 3.b comportait une possibilité de réponse « toujours », elle a été regroupée avec les réponses « régulièrement » lors de l'analyse car certains médecins avaient coché les deux réponses (cf. Annexe 2). Il en est de même pour la question 3.d, pour laquelle les réponses « parfois » des médecins ont été considérées comme positives (cf. Annexe 2). Par ailleurs, la question 3.e étant une question ouverte les conseils ont été classés en trois groupes afin de les analyser statistiquement. Des critères ont été établis afin de pouvoir classer les réponses mais certaines réponses paraissaient moins évidentes à classer que d'autres. Enfin, un autre biais est que les cadres de toutes les maternités n'ont pas pu être contactés par téléphone, l'Annexe 1 donne donc seulement une tendance (cf. Annexe 1).

Cependant, les points forts de cette étude sont que 179 questionnaires ont pu être analysés et que l'échantillon a été redressé afin d'être représentatif de la population des médecins généralistes libéraux installés en Bretagne. De plus, de nombreux résultats sont statistiquement significatifs avec une valeur du  $p < 0,0001$ .

## CONCLUSION

La recommandation de l'OMS est un facteur protecteur de MSN mais elle n'est pas recommandée par la majorité des médecins de l'échantillon et elle est peu citée comme alternative au sommeil partagé. L'étude soulève que la majorité des conseils donnés en cas de partage du lit ne sont pas spécifiques à cette pratique alors qu'il apparaît que les médecins sont conscients de la fréquence et des risques du partage du lit. Les études récentes montrent une amélioration des pratiques des parents lorsqu'ils ont été informés des recommandations.

Ces recommandations pourraient être transmises systématiquement aux parents en figurant dans le carnet de santé qui est donné par toutes les maternités. De plus, le fait de former les médecins a une influence positive sur les conseils qu'ils donnent aux parents et sur la fréquence à laquelle ils abordent ce sujet avec eux. La formation des médecins pourrait être améliorée notamment en adaptant l'item 340 et en citant ces recommandations lors des formations continues.

Afin de mieux identifier les tendances de couchage en France en 2017, une étude similaire à celle effectuée en 2004 par le Professeur Messer pourrait être débutée au niveau national auprès des pédiatres et des médecins généralistes français. Elle permettrait d'évaluer le pourcentage de nourrissons de moins de six mois ayant dormi dans le lit de leurs parents la veille de la consultation. Si le nourrisson a dormi dans le même lit que ses parents, le praticien pourrait alors rechercher les facteurs de risque associés décrits par la brochure de UNICEF UK baby.

## BIBLIOGRAPHIE

1. InVS. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009 Rapport et synthèse [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB\\_9339](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_9339)
2. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. *Pediatrics*. 2004 juill 1; 114(1): 234–8.
3. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *PEDIATRICS*. 2005 nov; 116(5):1245–55.
4. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet*. 2004 janv; 363(9404):185–91.
5. Scragg RK, Mitchell EA, Stewart AW, Ford RP, Taylor BJ, Hassall IB, et al. Infant roomsharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *Lancet*. 1996 janv 6; 347 (8993): 7–12.
6. Health D of. Reduce the risk of cot death (2009 edition) [Internet]. 2009 mars 16 [cité 2017 jan 19]; Available from: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4123625](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4123625)
7. Preventing sudden unexpected death in infancy - information for health practitioners [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/5118C5C5561CEC79CC2573A6000B3BBE>
8. Scotland Reduce the Risk of Cot Death Leaflet.pdf [Internet]. [cité 2017jan19] Available from: [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Leaflets/3/Scotland\\_Reduce\\_the\\_Risk\\_of\\_Cot\\_Death\\_Leaflet.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/3/Scotland_Reduce_the_Risk_of_Cot_Death_Leaflet.pdf)
9. Gouvernement du Canada A de la santé publique du C. Sommeil sécuritaire pour votre bébé - Agence de la santé publique du Canada [Internet]. 2010 mars 29 [cité 2017 jan 19]; Available from: [http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance\\_0-2/sids/ssb\\_brochure-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/ssb_brochure-fra.php)
10. Safe Sleeping | Sids and Kids [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: <http://www.sidsandkids.org/safe-sleeping/>
11. Association naître et vivre : Mort subite du nourrisson et soutien aux parents [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: <http://www.naitre-et-vivre.org/>
12. Willinger M, Ko C-W, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bedsharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 janv; 157(1):43–9.
13. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A, Clemens JD. Infant parent bedsharing in an innercity population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 janv; 157(1): 33–9.
14. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr*. 2004 juin;25(3):141–9.
15. Hauck FR, Signore C, Fein SB, Raju TNK. Infant Sleeping Arrangements and Practices During the First Year of Life. *PEDIATRICS*. 2008 oct 1; 122:S113–20.

16. Ostfeld BM, Esposito L, Perl H, Hegyi T. Concurrent Risks in Sudden Infant Death Syndrome. *PEDIATRICS*. 2010 févr; 125(3):447–53.
17. Fleming P, Blair P. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child*. 2006 oct;91(10):799–801.
18. McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch J. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother infant pairs a preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am J Phys Anthropol* 1990; 83: 331-47.
19. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-infant cosleeping breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am. J. Phys. Anthropol*. 2007; Suppl 45: 133–61.
20. Ball HL, Hooker E, Kelly PJ. Where Will the Baby Sleep? Attitudes and Practices of New and Experienced Parents Regarding Cosleeping with Their Newborn Infants. *American Anthropologist*. 1999 mars; 101:143–51.
21. Hooker E, Ball HL, Kelly PJ. Sleeping like a baby: attitudes and experiences of bedsharing in northeast England. *Med Anthropol*. 2001; 19(3):203–22
22. Streicher MP, Undreiner F, Escande B, Langlet C, Messer J. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Congrès National de la Société Française de Pédiatrie, Lille, 2-5 juin 2004
23. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 avr;(153):1–186.
24. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. 2004 mai; 113(5): e435–9.
25. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent- infant bedsharing in England. *Arch. Dis. Child*. 2004 déc; 89(12):1106–10.
26. Ball HL. Breastfeeding, Bed-Sharing, and Infant Sleep. *Birth*. 2003 sept; 30(3):181–8.
27. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*. 1997 août; 100(2 Pt 1):214–9.
28. McDade TW. Life history theory and the immune system: Steps toward a human ecological immunology. *Yearb Phys Anthropol* 2003; 46: 100-25.
29. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 juill; 128(1):103–10.
30. McKenna, J.J., Thoman, E., Anders, T., Sadeh, A., Schechtman, V., Glotzbach, S. Infant–parent cosleeping in evolutionary perspective: implications for understanding infant sleep development and the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Sleep*. 1993; 16:263–282.
31. Ainsworth M.D.S, Bell S.M, Stayton D.J « l'attachement de l'enfant à sa mère » in *La Recherche en éthologie. Les comportements animaux et humains*, le Seuil, 1979.
32. Mileva-Seitz VR, Luijk MP, Van Ijzendoorn MH. Association between infant nighttime-sleep location and attachment security: no easy verdict *Ment Health J*. 2016 Jan-Feb;37(1):5-16. doi: 10.1002/imhj.21547. Epub 2015 Dec
33. Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics*. 1997 nov; 100(5):841–9.

34. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS. *Sleep*. 1996 nov; 19(9):677–84.
35. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S, Mukai D. Maternal proximity and infant CO<sub>2</sub> environment during bedsharing and possible implications for SIDS research. *Am. J. Phys. Anthropol.* 1997 juill; 103(3): 315–28.
36. Richard C, Mosko S, McKenna J and Drummond S. Sleeping Position, Orientation, And Proximity In Bedsharing Infants And Mothers. *Sleep*. 1996; 19(9): 685–90.
37. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: a review of the cosleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breastfeeding. *Paediatr Respir Rev.* 2005 juin; 6(2): 134–52.
38. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women - Blyton - 2002 - *Journal of Sleep Research* - Wiley Online Library. *Journal of Sleep Research*. 2002; 11:297–303.
39. Baddock SA, Galland BC, Taylor BJ, Bolton DPG. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics*. 2007 janv; 119(1):e200–7.
40. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol*. 1991 sept; 11(3):216–26.
41. Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where Should Infants Sleep? A Comparison of Risk for Suffocation of Infants Sleeping in Cribs, Adult Beds, and Other Sleeping Locations. *PEDIATRICS*. 2003 oct 1; 112:883–9.
42. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, Psara RM, Ledbetter TL, Graham AMA, et al. Unsafe Sleep Practices and an Analysis of Bedsharing Among Infants Dying Suddenly and Unexpectedly: Results of a Four-Year, Population-Based, Death-Scene Investigation Study of Sudden Infant Death Syndrome and Related Deaths. *Pediatrics*. 2000; 106(3):e41.
43. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin D, Vennemann M, Smuck M, et al. Bedsharing when parents do not smoke. Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five case control studies. *BMJ Open* 2013; 3: 2012–002299. *BMJ Open Published Letters*
44. 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 / Commentary: Cot death—the story so far. *BMJ*. 1999 déc 4; 319(7223):1457–62.
45. Côté Aurore. Sommeil en sécurité : les enjeux. Conférence dans le cadre du colloque *Enfanter le monde*. [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: [http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10\\_9h40\\_3a-a-cote\\_co-dodo.pdf](http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_9h40_3a-a-cote_co-dodo.pdf)
46. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. An 8 years study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Arch Dis Child*. 2006 avr; 91(4):318–23.
47. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics*. 2009 avr; 123(4):1162–70.
48. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, Roomsharing, and Sudden Infant Death Syndrome in Scotland: A Case-control Study. *The Journal of Pediatrics*. 2005 juill; 147(1):32–7.
49. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick Moore C, Donoghue E, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics*. 2003 mai; 111(5 Part 2): 1207–14.

50. McGarvey C. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Archives of Disease in Childhood*. 2003 déc; 88(12):1058–64
51. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 2009 oct; 339(oct13 1): b3666– b3666.
52. Blair P, Sidebotham P, Pease A. 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 Sep 19; 9(9): e107799. doi: 10.1371/journal.pone.0107799. eCollection 2014.
53. Blair PS, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. *Arch. Dis. Child*. 2006 févr; 91(2):101–6.
54. Wert KM, Lindemeyer R, Spatz DL. Breastfeeding, cosleeping and dental health advice. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015 May-Jun; 40(3): 174-9.
55. Chianese J, Ploof D, Trovato C, Chang JC. Innercity caregivers' perspectives on bedsharing with their infants. *Acad Pediatr*. 2009 févr; 9(1):26–32.
56. Blair PS. Perspectives on bedsharing. *Current Pediatric Reviews*. 2010; 6:67–70.
57. Société Française de Pédiatrie: Mort subite du nourrisson (21/10/2005) [Internet]. [cité 2017 jan 19]; Available from: [http://www.sfpediatrie.com/autres\\_pages/actualites/actualite/article/mort-subite-du-nourr.html](http://www.sfpediatrie.com/autres_pages/actualites/actualite/article/mort-subite-du-nourr.html)
58. Mathews A, Oden R, Joyner B. Differences in African-American Maternal Self-Efficacy Regarding Practices Impacting Risk for Sudden Infant Death. *J Community Health*. 2016 Apr; 41(2):244-9. doi: 10.1007/s10900-015-0088-z.
59. Moon R, Mathews A, Joyner BL, Oden RP, He J, McCarter R Jr. Impact of a Randomized Controlled Trial to Reduce Bedsharing on Breastfeeding Rates and Duration for African-American Infants. *J Community Health*. 2017 Jan 7. doi: 10.1007/s10900-016-0307-2.
60. Hauck F, Tanabe K, McMurry T, Moon RY. Evaluation of bedtime basics for babies: a national crib distribution program to reduce the risk of sleep-related sudden infant deaths. *J Community Health*. 2015 Jun; 40(3):457-63. doi: 10.1007/s10900-014-9957-0.

## ANNEXES

1. Annexe 1 : Les recommandations données par dix maternités en Bretagne en Août et Septembre 2016.
  - Rennes
    - Un carnet « protégez mois les règles d'or » est donné aux parents en plus du carnet de santé.
    - Il s'appuie sur les recommandation du CHU de Montpellier et sur celles de l'association Naître et Vivre.
    - Il est recommandé que le nouveau-né dorme dans la même chambre que les parents les six premiers mois mais pas dans le même lit.
  - Brest
    - Seul le carnet de santé est donné aux parents.
    - Un protocole a été réalisé par le cadre sage-femme et les pédiatres avec comme support les recommandations de l'OMS et de UNICEF UK baby.
    - Ce protocole est donné à tous les professionnels travaillant dans le service.
    - Le cadre de santé rappelle également ces recommandations lors des réunions de service.
    - Les recommandations sont données de façon orale aux parents à la maternité, la case « couchage » de la check liste est alors cochée pour que l'équipe sache que les parents ont reçu l'information.
    - Ces recommandations seront affichées dans chaque chambre de la maternité.
  - Lorient
    - Le carnet de santé est donné à la sortie ainsi qu'un livret où il est marqué que le nouveau-né doit toujours dormir dans son lit.
    - En cas de pratique du cosleeping, il faut se rapprocher des professionnels de santé pour plus d'information.
    - Il est noté dans le livret que le partage du lit n'est pas possible en cas d'obésité, si le nouveau-né dort entre les deux parents, ou s'il est né prématuré.
    - Il n'est pas marqué dans ce livret qu'il est recommandé que le nouveau-né dorme dans la même chambre que ses parents les six premiers mois.
  - Vannes
    - Le carnet de santé et un livret sont donnés aux parents.
    - Dans ce livret il est dit que le nouveau-né ne doit pas dormir dans le même lit que ses parents.
    - Il n'est pas noté qu'il est recommandé qu'il dorme dans la même chambre que ses parents les six premiers mois.
  - Saint-Brieuc
    - Le carnet de santé est donné ainsi que les recommandations de UNICEF UK Baby.
    - Avant la sortie de la maternité, la sage-femme s'assure que les parents aient été informés des recommandations de l'UNICEF UK Baby.

- Il est recommandé aux parents que le nouveau-né dorme dans la même chambre qu'eux les six premiers mois.
- Les sages-femmes de ville sont également formées une à deux fois par an par le cadre de santé de la maternité qui leur rappelle ces recommandations.
  
- Saint-Malo
  - Le carnet de santé est donné aux parents.
  - Il n'y a pas de livret donné en complément.
  - La recommandation donnée oralement est de faire dormir le nouveau-né dans son propre lit, mais il n'est pas spécifié qu'il est préférable que le lit soit dans la même chambre que les parents les six premiers mois.
  
- Guingamp
  - Les règles de l'UNICEF UK BABY sont données oralement aux parents, un livret est en cours de réalisation.
  - Le livret de l'InVS est donné systématiquement aux parents en complément du carnet de santé, il contient les conditions de couchage mais également la recommandation de l'OMS.
  
- Lannion
  - Le carnet de santé est donné aux parents.
  - Il n'y a pas de livret donné en complément.
  - La recommandation de l'OMS n'est pas donnée systématiquement mais parfois oralement.
  - Il est recommandé oralement aux parents de ne pas faire dormir le nouveau-né dans leur lit.
  
- Landerneau
  - Le carnet de santé est accompagné d'un livret.
  - Ce livret ne contient pas la recommandation de l'OMS.
  - Il est dit oralement aux parents que le nouveau-né ne doit pas dormir dans le même lit.
  
- Redon
  - Un livret est en cours de préparation en complément du carnet de santé.
  - La recommandation de l'OMS devrait être noté dans ce livret.
  - Les réponses sont données à l'oral aux parents. Il est recommandé de ne pas faire dormir le nouveau-né dans le même lit.

## 2. Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Lieu de couchage des nourrissons: exploration des pratiques des médecins généralistes sur les conseils donnés aux parents.

Message apparaissant lors de l'ouverture du questionnaire :

Ce questionnaire est destiné aux médecins généralistes libéraux installés en Bretagne.

Vous êtes médecin généraliste et vous participez au suivi des nourrissons et à l'accompagnement des mères en post partum.

Ce questionnaire est destiné à explorer les conseils donnés aux parents par les médecins généralistes sur les différentes modalités de couchage des bébés.

Ce questionnaire est anonyme, le temps de réponse a été évalué à 5 minutes.

Je vous remercie de l'attention que vous y porterez et qui me permettra de réaliser mon travail de thèse.

Pauline RENON, Interne en médecine générale.

Il y a 20 questions dans ce questionnaire

### 1. Données socio-professionnelles

#### 1.a. Vous êtes?

- un homme  
 une femme

#### 1.b. Quel âge avez-vous?

#### 1.c. Quel est votre milieu d'exercice?

- urbain
- périphérique-urbain
- semi-rural
- rural

#### 1.d. Dans quelle structure exercez-vous en tant que médecin généraliste?

- en cabinet individuel
- en cabinet de groupe
- en maison de santé pluriprofessionnelle
- Autre:

#### 1.d. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e)? (en années)

#### 1.e. Quelle(s) autre(s) activité(s) de soin en dehors du cabinet pratiquez-vous?

- aucune
- crèche
- PMI
- Autre:

1.f. Avez-vous des diplômes universitaires complémentaires ?

- Non
- DU santé et développement de l'enfant
- DU de lactation humaine
- DU de gynécologie
- Autre:

1.g. Etes-vous maître de stage?

- Oui
- Non

2. Les conditions de couchage des bébés de moins de 6 mois

Au retour de la maternité, les bébés dorment :

- soit dans leur propre chambre
- soit dans un berceau dans la chambre des parents (roomsharing)
- soit dans un lit cododo ( lit à 3 barreaux attaché au lit des parents à même hauteur ou sidecar crib)
- soit dans le même lit que leurs parents (bedsharing)

2.a. Lors des consultations de suivi de grossesse ou de post partum , abordez-vous les conditions de couchage du bébé avec les parents?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours
- à la demande des parents

2.b. Si oui, demandez-vous des précisions sur le lieu où dort le bébé?

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

2.c. Quel lieu de couchage recommanderiez-vous aux parents ayant un bébé de moins de 6 mois ?

- chambre du bébé
- chambre des parents

2.d. Parmi ces différents lieux de couchage, lequel (ou lesquels) selon vous présente (nt) un risque pour le bébé de moins de 6 mois:

- dans un berceau dans sa propre chambre
- dans un berceau dans la chambre de ses parents
- dans un lit cododo (lit à trois côtés accolé au lit des parents)
- dans le même lit que ses parents
- Autre:

### 3. Les recommandations

3.a. Selon vous, à la maternité les parents reçoivent-ils des informations concernant le lieu de couchage des bébés?

- Oui
- Non

3.b. A votre avis, les bébés de moins de 6 mois dorment dans le lit de leurs parents:

- à aucun moment
- occasionnellement
- régulièrement
- toujours

3.c. A combien estimez-vous le pourcentage de bébés ayant dormi au moins une fois dans le lit de leurs parents lors des 3 premiers mois ?

- moins de 10%
- environ 30%
- environ 50%
- environ 70%
- plus de 80%

3.d. Quand les parents vous disent que leur bébé dort dans leur lit (occasionnellement ou fréquemment), leurs donnez-vous des recommandations particulières ?

- oui
- non
- parfois

3.e. Si oui, quelles recommandations leur donnez-vous?

### 4. La formation

4.a. Au cours de votre formation de médecin généraliste, avez-vous reçu des informations sur les modalités de couchage des nourrissons?

- Oui
- Non

4.b. Si oui, à quel moment de votre formation?

- Lors de la formation initiale (6 premières années)
- Lors de l'internat de médecine générale (cours DMG,stage)
- Lors de la formation continue
- Dans des revues scientifiques
- Autre:

4.c. Lors de cette formation, vous a t-on évoqué le lieu de couchage du bébé lors des 6 premiers mois?

(chambre parentale? chambre du bébé?)

- Oui
- Non

Message apparaissant à la fin du questionnaire :

Je vous remercie d'avoir participé à ce questionnaire.

L'OMS recommande que les nourrissons de moins de 6 mois dorment dans la même chambre que leurs parents les six premiers mois car cela diminue le risque de mort subite du nourrisson. Cela permet également de prolonger la durée de l'allaitement maternel, qui serait deux fois plus long.

Les études montrent que même si cela est contre-indiqué en France, il arrive que le bébé dorme dans le même lit que ses parents.

Dans ce cas, les recommandations de Unicef UK baby sont les suivantes:

- Il doit être allaité (car lorsque la mère allaite, sa vigilance est plus élevée et elle garde la même position en dormant, face au bébé)
- les deux parents ne doivent ni avoir fumé, ni avoir bu de l'alcool, ni avoir pris des drogues ou des médicaments altérant leur vigilance (somnifère..)
- Le bébé doit dormir dans un lit sur un matelas ferme, du côté de la mère, sans couette ni oreiller à proximité
- le bébé ne doit pas être né prématuré (<37SA) ou peser moins de 2,5kg à la naissance.
- les parents ne doivent pas être obèses (IMC>30)
- les règles de sécurité habituelles doivent être respectées: position dorsale, turbulette, chambre à 18°C, pas de doudou

Avec toute ma reconnaissance pour le temps accordé à mon projet de thèse.

Pauline RENON

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

### 3. Annexe 3 : Classement des réponses données à la question ouverte 3.e

La question 3.e était une question ouverte, les praticiens ont noté les conseils qu'ils donnent aux parents en cas de partage du lit. Afin de pouvoir analyser statistiquement les résultats, les réponses ont été classées en trois catégories :

- « Bons conseils »
- « Conseils partiels »
- « Conseils inadaptés »

#### A. Ont été considérés comme « Bons conseils » :

« Sans le papa dans le lit ou sinon mettre bébé du côté de la maman, et lit contre le mur ou oreillers au sol en cas de chute, Pas de consommation d'alcool ni tabac ni médicament sédatif (papa et maman) Pas d'oreiller. Enfant à la hauteur de la tête de la maman. En théorie allaitement maternel exclusif recommandé pour cette situation de couchage »

« Attention à la couette caler le bébé » / « l'enfant ne doit pas dormir dans le lit parentale risque d'étouffement préférer un berceau à coté du lit ou lit de co-dodo »

« Je cherche les facteurs de risque tabac, médicaments pris par les parents »

« Éviter chute donc pas le bébé au bord de lit, attention à ne pas le couvrir trop (« chaleur » humaine+++ dans le lit commun) »

« Ne pas prendre l'enfant dans le lit parental si tabagisme, somnifères, obésité des parents , ttt par BZD, fatigue intense »

« Couchage à côté du lit des parents et dans un berceau sans couette ni turbulette »

« Eviter les couettes, le surchauffage de la chambre à éviter tout cours si un des parents est obèse »

« Eviter régularité interdit si prise de somnifères ou d'alcool »

« Risque de mort subite du nourrisson par étouffement/écrasement du parent. privilégier le cododo »

« Eviter l'usage d'oreiller pas de couette sur le bébé ne pas le laisser trop près du bord du lit »

« Bébé à sa propre turbulette et non sous la couverture des parents. Aéré la chambre avant le coucher »

« Traversin bloqué à l'extérieur) -pas de couette ni drap sur lui -pas sur le ventre »

« Conseils //Risque étouffement / chute principalement Nécessité de retrouver une vie de couples Absence de danger pour l'enfant à dormir seul dans sa chambre ou au moins dans un berceau à distance du lit »

« Surveiller les VAS, la respiration, la température de la chambre (le bébé pourrait avoir trop chaud) »

« Un bébé ne doit pas dormir dans le même lit que ses parents, surtout si pas allaitement maternel, si tabac, si sommeil très profond. si insistent: sécuriser le bébé pour qu'il soit impossible de " l'écraser " »

« Pas de chauffage excessif Pas de couette ni couverture sur le bébé »

« Est ce systématique ? Quel contexte ? Essayé de coucher bébé dans son berceau dans la chambre des parents. »

« Berceau pour bébé à côté lit parents matelas dur pas couette, plutôt turbulette pas tour de lit pas peluches dans lit »

« Avant de formuler des recommandations, être dans une attitude compréhensive des raisons liées à ce couchage. Ne pas dormir dans le même lit sans culpabiliser. Lui réserver une place dans la chambre à part. »

« ne pas couvrir le bébé des couvertures avoir un matelas dur, avoir un lit suffisamment large, Surtout ne pas l'installer entre les 2 parents, mettre l'enfant du côté de la maman et sécuriser le bord du lit. Pas de couette couverture ou drap sur le bébé »

« Utiliser une lit de cododo, ne pas utiliser de couette, ne pas mettre le bébé entre les parents, ne pas mettre le bébé au bord du lit »

« Matelas ferme pas de couverture ou oreiller pas de tabac, ni OH, ni drogue, ni psychotrope température <19 allaitement maternel si possible lit accolé. Le bébé doit dormir dans son lit à coté de celui des parents »

« Risques encourus : étouffement, mort subite (difficile d'être toujours aussi explicite avec le bébé à côté) mais je dis au moins "vrais risques" le mettre juste à côté du lit parental dans son petit lit dans sa gigoteuse sur le dos »

« Informer des risques, risque accru mort subite/décès par étouffement, privilégier lit accolé (si allaitement surtout) ou chambre individuelle »

« Mettre le bébé du côté de la maman, ne pas le laisser entre les parents, repousser la couette. Ne pas avoir consommé d'alcool avant. »

« Le mettre dans son propre berceau dans leur chambre »

« Plutôt le berceau dans la chambre.. ou lit cododo » / « Ne pas mettre le nourrisson entre les 2 parents mais du côté de la maman, de le mettre plutôt dans son propre lit à coté »

« Couchage sur le dos dans un lit dans la chambre des parents sans peluche et préférer la turbulette »

« Situation à éviter Berceau dans la chambre »

« Aménager un minimum d'espace à la fois au niveau corps & tête, éviter chaleur excessive, ne pas trop couvrir, pas d'enfant entre 2 oreillers, décubitus dorsal tête dégagée »

« De faire dormir leur bébé dans son lit à lui, à côté du lit des parents »

« Eviter de le faire Mettre l'enfant en tête de lit, au dessus de la zone de couchage habituelle des parents, si possible Ne pas mettre l'enfant entre les parents »

« Utilisation du cododo préférentielle pas de couette pas d'oreiller pas d'alcool ni tmt sédatif pas de tabagisme »

« Pas de somnifère Pas de tabac ni alcool Sécuriser du côté du bord du lit (coussin allaitement) Jamais entre les parents - bébé sur le dos Pas de couette ni draps sur bébé »

« D'éviter de le mettre entre les deux parents et de faire attention qu'il n'y ait pas de risque qu'il tombe (protéger le côté du bébé). Ce sont souvent des mamans qui allaitent et qui s'endorment à la fin de la tétée. »

« Pas de couette, Pas de tabac dans la chambre. »

« Dormir dans le même lit expose à des risques (chute, écrasement, étouffement sous les couvertures,) mieux vaut son propre lit a coté de celui des parents »

« Evitez le couchage avec le bébé; bébé sur le dos, dans son lit, dans la chambre des parents jusqu'à 6 mois. »

« Préférer le cosleeping Éviter si la maman n'allait pas Le bébé à côté de la maman et pas du papa Pas de prise de psychotrope ou alcool »

« Pas de traitement psychotrope ».

### B. Ont été considérés comme « Conseils partiels »

- « Ne pas vous endormir avec le bébé car risque d'étouffement. Pas de tabagisme dans la chambre. »
- « Que chacun retrouve son espace pas de bébé sur le ventre ni dans le lit des parents »
- « Risques encourus pas de décubitus ventral etc »
- « Le moins longtemps possible: dès que les parents se réveillent et se rendent compte que l'enfant est dans le lit, remettre l'enfant dans le berceau (contexte d'endormissement de la maman pendant la tétée) »
- « Préférer un lit séparé »
- « Eviter le plus possible et remettre le bébé le plus vite possible dans son lit »
- « Je déconseille gentiment cosleeping en disant que même si la mère fera attention, le père est plus dangereux car endormi donc chacun son lit »
- « Eviter au maximum. Risque de mort subite du nourrisson. »
- « Risque d'écrasement de l'enfant si le parent s'endort ou d'étouffement dans les couvertures. »
- « Place du bébé dans le lit; risque par rapport aux mouvements des parents endormis »
- « Faire attention »
- « Explication des risques »
- « Ne le prendre dans le lit que le temps de l'allaitement ou pour le rassurer ou pour communiquer avec lui quelques instants. »
- « Remettre le bébé dans son lit post tétée (mais maman fatiguée..) »
- « De ne pas le coller de trop près, de dormir le plus loin possible afin d'éviter une hyperthermie ou un étouffement »
- « Prévention des risques »
- « Na pas coucher bébé dans le lit des parents (risque d'étouffement). On peut le prendre à l'occasion d'une tétée mais le recoucher ensuite dans son lit »
- « Les parents doivent être éveillés ne pas le laisser seul pas d'oreiller »
- « D'éviter de le faire - risque d'étouffement - recoucher le bébé dès somnolence ressentie par parent »
- « Risque de chute et étouffement mais permet aussi une surveillance et de rassurer le bébé »
- « Il n'est pas recommandé de faire dormir un enfant dans le lit de ses parents. Il est préférable qu'il ai sa propre chambre bien aérée, dormir sur le dos, sans border les draps, pas de tabac, pas de coussin ni d'oreiller.»
- « Que cela doit rester exceptionnel, maman et bébé qui s'endorment lors d'une tétée par exemple »
- « Qu'il dorme dans son lit le plus souvent possible et sur le dos ».

### C. Ont été considérés comme « Conseils inadaptés » :

- « A proscrire »
- « Ne pas le faire car risque d'étouffement se mettre assis au bord du lit mais ne pas s'allonger. »
- « Ne pas dormir avec le bébé »
- « Evitez de le faire »
- « Eviter ce type de couchage, et s'il est fait, parents éveillés près de l'enfant mais pas endormis avec l'enfant » « Eviter de dormir avec l'enfant »

- « A éviter ! »
- « Arrêtez »
- « Que ça ne devienne pas une habitude (en général ç'est pendant des épisodes de maladie, quelques jours) » « Le bébé dans sa chambre »
- « A éviter!!! »
- « CODODO EMMAILLOTAGE "professionnel" BERCEAU »
- « De le faire uniquement si eux restent éveillés, pour la sieste par exemple »
- « Pas de cododo »
- « Ne pas dormir !! »
- « Ne pas faire dormir le bébé dans le même lit que les parents car il y a un risque non négligeable de l'étouffer par inadvertance »
- « De ne pas le faire »
- « Stop cododo »
- « Risque de mort subite accrue »
- « Laisser le bébé dormir dans son lit »
- « Il est mieux dans son lit »
- « Situation à éviter »
- « Que l'enfant dorme dans son propre lit »
- « De ne pas le faire suite aux risques d'étouffement du bébé »
- « Arrêtez ça immédiatement »
- « Danger de chute ou étouffement »
- « Pas de cododo, risque d'étouffement »
- « Il y a des risques d'étouffement si vous dormez trop profondément »
- « De le mettre dans sa chambre à lui »
- « Un adulte ne doit pas s'endormir avec un bébé dans le même lit. Quelque soit le prétexte il est mauvais. »
- « Que c'est dangereux, risque de chute, d'étouffement »
- « L'enfant ne doit pas dormir dans le même lit que ses parents »
- « Trouver une autre solution de couchage »
- « Risque d'étouffement ne pas faire »
- « Ne pas le faire »
- « Je déconseille cette attitude sauf exceptions ponctuelles »
- « De ne pas le faire »
- « De ne pas faire dormir leur bébé dans leur lit »
- « REMETTRE LEUR BEBE DANS SON LIT »
- « Risque d'étouffement pour le bébé, donc à proscrire »
- « Attention écrasement »
- « Explications sur les risques »
- « Ne pas dormir dans le lit des parents : risque d'étouffement »
- « Aucun intérêt et même risque chacun son lit »
- « Risque de mort subite »
- « Mieux vaut éviter car risque d'étouffement. »
- « Risque de mort subite (étouffement, écrasement) »
- « Déconseille »
- « D'essayer de limiter »
- « A éviter »
- « Arrêter, risque d'étouffement de l'enfant. Quelques conseils donnés pour accompagner l'endormissement de l'enfant dans son propre lit. »
- « Le bébé doit dormir dans son lit qui lui est adapté »
- « Ne pas le faire »

- « Couchage indépendant indispensable pour le bébé. »
- « Je leur déconseille, risque d'étouffement »
- « Pour une sieste mais pas une nuit ! »
- « A éviter risque étouffement écrasement etc. »
- « Je leur déconseille fortement de le faire et les préviens des risques. »
- « Ne pas le faire »
- « Le bébé a besoin de grandir en dehors du lit des parents pour son bien et celui du couple »
- « Ne pas le mettre dans leur lit »
- « Vous allez le tuer ! »
- « Un bébé de moins de 6 mois ne doit dormir dans le lit de ses parents »
- « Cela doit être exceptionnel »
- « Ne pas dormir avec son bébé. »
- « Ne pas continuer »
- « Rituels d'endormissement, période calme d'activité lecture musique douce »
- « A éviter... »
- « STOP »
- « Je leur déconseille ; ».

4. Annexe 4 : Recommandations de UNICEF UK BABY

# Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



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

To make a credit card donation to UNICEF, call

**08457 312 312**

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



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

## 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](http://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](mailto:fsid@sids.org.uk) Web: [www.sids.org.uk/fsid/](http://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](http://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, Billerica 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](mailto:bfi@unicef.org.uk)



June 2005

**RENON, Pauline. Lieu de couchage des nourrissons : explorations des pratiques des médecins généralistes en Bretagne concernant les conseils donnés aux parents.**

43 feuilles, illustrations, 10 graphiques, 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017; N° .

**Résumé français**

**Objectif** : Exploration des conseils donnés par les médecins généralistes bretons concernant les conditions de couchage des nourrissons. **Méthode** : Etude quantitative transversale déclarative par questionnaire en ligne. Les réponses de 179 médecins ont pu être analysées. Afin d'assurer la représentativité de la population répondante, les données ont été redressées sur les critères de l'âge et du sexe par rapport à la population d'étude. Les réponses ont également été analysées en fonction de quatre variables : le sexe, l'âge, l'obtention d'un diplôme complémentaire en pédiatrie et une activité en crèche ou en PMI. **Résultats** : 6,7% des médecins ont un diplôme complémentaire en pédiatrie et 8,1% exercent en crèche ou en PMI. 27,6% des médecins de l'échantillon posent systématiquement la question des conditions de couchage du nouveau-né aux parents lors de la consultation. 20,2% des médecins évoquent le lieu de couchage du nouveau-né avec les parents. Le lieu de couchage recommandé par les médecins est la chambre du bébé dans 48,3% des cas et la chambre parentale dans 41,7% des cas. 4,5% des médecins pensent que le nourrisson ne dort à « aucun moment » dans le lit de ses parents, 75,3% « occasionnellement », 20,2% « régulièrement ». Lorsque les parents évoquent le fait de partager le lit parental avec le nouveau-né, les recommandations données par les médecins ne contiennent pas les recommandations de l'OMS ni celles d'UNICEF UK baby dans 57,1% des cas. Elles sont évoquées par 22% des médecins. 66,5% des médecins sont formés aux conditions de couchage et 40,2% sont formés sur le lieu de couchage du nourrisson. **Conclusion** : La recommandation de l'OMS est un facteur protecteur de MSN mais elle n'est pas recommandée par la majorité des médecins de l'échantillon et elle est peu citée comme alternative au sommeil partagé. L'étude souligne que la majorité des conseils donnés en cas de partage du lit ne sont pas adaptés alors qu'il apparaît que les médecins sont conscients de la fréquence et des risques du sommeil partagé.

Rubrique de classement : MEDECINE

Mots-clés : sommeil partagé,  
mort subite du nourrisson,  
allaitement maternel, risque,  
bénéfice, prévalence

Mots-clés anglais MeSH :  
Bedsharing, Roomsharing  
Cosleeping, SIDS, RISK Benefice,  
Breastfeeding

**JURY:** Président : Professeur Patrick PLADYS

Assesseurs : Professeur Alain BEUCHEE  
Professeur Françoise TATTEVIN  
Docteur Sidonie CHHOR (directeur de thèse)  
Docteur Elodie CATIER – GUENNEC (co-directeur de thèse)

