



HAL
open science

Le sommeil partagé : état des lieux des connaissances des mamans dans les maternités du Calvados : sont-elles suffisamment informées ?

Coralie Michel

► To cite this version:

Coralie Michel. Le sommeil partagé : état des lieux des connaissances des mamans dans les maternités du Calvados : sont-elles suffisamment informées ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02485576

HAL Id: dumas-02485576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02485576v1>

Submitted on 20 Feb 2020

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Octobre 2019

par

Mme MICHEL Coralie

Née le 26 Décembre 1986 à Le Puy en Velay (Haute-Loire)

TITRE DE LA THÈSE :

Le sommeil partagé : état des lieux des connaissances des mamans dans les maternités du Calvados. Sont-elles suffisamment informées?

Président : Monsieur le Professeur BROUARD Jacques

Membres : Madame le Docteur DUPONT-LUCAS Claire

Monsieur le Docteur PITHON Anni

Madame le Docteur GUILLOUET Anne «Directrice de thèse »

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
-----------	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
------------	----------------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <i>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</i>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <i>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</i>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <i>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</i>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Monsieur le Professeur BROUARD Jacques,
Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur DUPONT-LUCAS Claire,
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.
Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Monsieur le Docteur PITHON Anni,
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur GUILLOUET Anne, directrice de thèse,
Pour ton accompagnement, tes conseils et ta disponibilité.
Sois assurée de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Aux cadres sages-femmes de suite de naissance, Madame LEDRANS Josiane, Madame RUBIN Fabienne, Madame JARDIN Bénédicte, Madame DIVAY Françoise et à tous les professionnels des maternités du Calvados,
Pour leur accueil dans le service, leur disponibilité.

À mes parents,
Vous avez toujours été là pour m'entourer et m'aider. Merci de m'avoir encouragée et soutenue. Merci pour votre amour inconditionnel.

À ma mère,
Merci pour ton soutien indéfectible, ta patience et ton infini courage. Je n'aurais jamais assez de mots pour exprimer tout l'amour et la gratitude que je te porte. Merci tout simplement d'être ce que tu es.

À mon père, parti trop tôt,
Je sais que tu serais fier de moi en ce jour, toi qui déjà était si heureux pour moi. Je te dois énormément. Je te dédie cette thèse. Tu me manques tous les jours et tu me manqueras toujours.

À mes grands-parents, papy Benjamin et mamy Rose,
Vous qui, avec votre force de caractère, m'avez toujours encouragée et soutenue.
À mamy Rose,
Qui n'est plus présente pour voir la fin de ce travail.

À Maëlys,
Qui m'a inspirée ce sujet. Merci pour ton amour et ta joie de vivre.

Abréviations

AAP : American Academy of Pediatrics

CESDI : Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternelle

HAS : Haute Autorité de Santé

MIN: Mort Inattendue du Nourrisson

INDEX des figures

Figure 1 : Taux de sommeil partagé par pays, classés par ordre croissant du taux de MIN d'après Nelson et Taylor	4
Figure 2 : Répartition de la population en fonction du niveau de diplôme	13
Figure 3 : Taux de prévalence du sommeil partagé pour les mères ayant d'autre(s) enfant(s)	13
Figure 4 : Sources de l'information	14
Figure 5 : Répartition de la population selon le moment souhaité de l'information	15
Figure 6 : Bénéfices pour le nourrisson d'après les mères	16
Figure 7 : Risques pour le nourrisson d'après les mères	17
Figure 8 : Situations à risque concernant les parents d'après les mères.....	18
Figure 9 : Situations à risque concernant le nourrisson d'après les mères	19
Figure 10 : Situations à risque concernant le couchage et l'environnement d'après les mères	20
Figure 11 : Représentativité de la connaissance d'un risque pour le bébé en fonction de l'information reçue et de la non-information	20

Table des matières

Introduction	1
1. Définition/terminologie	1
2. Prévalence	2
2.1. En France	2
2.2. En Europe	2
2.3. Aux États-Unis	3
2.4. Étude internationale	3
3. Bénéfices et raisons du sommeil partagé	5
3.1. L'allaitement	5
3.1.1. Augmentation du nombre et de la durée des tétées	5
3.1.2. Augmentation de la durée de l'allaitement	5
3.2. Le sommeil	5
3.2.1. Pour le nourrisson	5
3.2.2. Pour la mère	6
3.3. Les interactions mère/nourrisson	6
3.4. Les avantages pour l'enfant	7
3.4.1. L'attachement	7
3.4.2. A long terme	7
3.4.3. Les autres avantages	7
3.5. Raisons données par les parents	7
3.5.1. L'allaitement	7
3.5.2. Le sommeil	8
3.5.3. La surveillance	8
3.5.4. La réassurance/ les pleurs	8
3.5.5. L'attachement	8
3.5.6. Les autres raisons	9
4. Risque du sommeil partagé : la Mort Inattendue du Nourrisson	9
4.1. La MIN	9
4.2. Facteurs aggravants de risque de MIN	10
5. Recommandations	10
Matériel et Méthode	12
1. Descriptif de l'étude	12
2. Objectifs de l'étude	12
3. Questionnaire et analyse des résultats	12

Résultats	13
1. Caractéristiques de la population	13
2. Informations sur le sommeil partagé.....	14
2.1. Informations reçues	14
2.2. Souhait d'informations par le médecin traitant	15
3. Connaissances des mamans.....	16
3.1. Les bénéfices	16
3.2. Les risques	17
3.3. Les situations à risque	17
3.3.1. Concernant les parents	17
3.3.2. Concernant le nourrisson	18
3.3.3. Concernant le couchage et l'environnement	19
4. Lien entre l'information et la connaissance d'un risque pour le nourrisson	20
Discussion	21
Conclusion	23

Introduction

Le sommeil de l'enfant est un sujet qui préoccupe beaucoup de parents et de professionnels de santé. Partager son sommeil avec son enfant est une pratique courante, réalisée pour différentes raisons : socio-économique, conviction personnelle, trouble du sommeil, allaitement.... C'est une pratique très controversée. Peu de recommandations et d'études existent, surtout en France.

En France, la Mort Inattendue du Nourrisson touche environ 500 nourrissons par an (30/100 000 naissances vivantes) (1), ce qui en fait un véritable enjeu de Santé Publique. Un grand nombre pourrait être évité par un environnement de sommeil plus sécuritaire. Depuis les années 2000, aucune campagne officielle de prévention n'a été réalisée alors que la pratique du sommeil partagé avec des conduites à risques augmente.

Le médecin généraliste, acteur impliqué dans la périnatalité (suivi de grossesse et surtout celui du nourrisson) intervient dans l'éducation à la santé, la prévention et l'accompagnement de chaque parent, en prenant en compte le contexte psycho-social et culturel.

Il me paraît donc important d'évaluer l'état des connaissances des jeunes mamans (bénéfices, risques, recommandations) sur le sommeil partagé.

1. Définition/terminologie

La définition du sommeil partagé n'est pas assez uniforme. En fonction des études, des articles, des auteurs, le sommeil partagé est défini par de nombreux termes : co-dodo, partage du lit, partage de la chambre, bed sharing, co-sleeping, co-bedding, co-rooming....

Les modalités de celui-ci peuvent varier comme le décrit Claude Suzanne Didierjean-Jouveau (2): *«... qui permet en fait une grande souplesse : enfant dans le lit des parents, enfant sur un petit matelas par terre ou dans un petit lit à côté du lit des parents, enfant dans un lit en side-car (lit à trois côtés accroché au lit des parents), etc. », « les modalités peuvent varier au cours du temps, selon l'âge de l'enfant. Elles peuvent également varier au cours de la nuit : l'enfant peut commencer dans une pièce à part et être amené dans la chambre des parents au premier réveil. Ou bien la mère peut commencer sa nuit avec son compagnon et rejoindre plus tard l'enfant dans sa chambre. ».*

Dans cette étude, nous avons distingué trois pratiques de sommeil partagé définies comme suit :

- Partage du lit/co-dodo : une seule surface de sommeil
- Lit en side-bed : lit attaché au lit parental
- Lit dans la chambre parentale mais non attaché

2. Prévalence

Les pratiques de sommeil partagé tendraient à augmenter. Peu d'études sur le sujet ont été réalisées.

2.1. En France

En France, une seule étude sur la prévalence du sommeil partagé a été réalisée par Streicher et al (3) en 2004. Une enquête nationale anonyme a été menée auprès de 2900 pédiatres répartis sur tout le territoire. Ils ont remis, un jour donné, à tous les parents de nourrissons de moins de 6 mois un questionnaire sur les modalités de sommeil de leur enfant. 370 pédiatres ont participé et 1789 questionnaires ont été analysés. L'âge moyen des enfants était de 13 semaines. L'analyse retrouvait une prévalence de 62% pour le partage de la chambre parentale de façon régulière. En ce qui concernait le partage du lit, la prévalence était de 32% (pratique ponctuelle pour 83% des enfants concernés, quelques heures par nuit pour 85%).

2.2. En Europe

Au Royaume Uni, en 1999, une étude d'Helen Ball (4) montre que seulement 7,5% des futurs parents faisaient le projet de partager leur lit avec leur nourrisson mais, à 3 mois 62% ont au moins dormi une fois dans le lit de leur parents.

Une autre étude menée par H.Ball (5,6) retrouve, dans le Nord Est de l'Angleterre, une prévalence du partage du lit de 47% dans une population de 253 familles avec un enfant d'1 mois. Ce taux passait à 29% lorsque le même bébé était âgé de 3 mois.

Blair et Ball (7) ont confirmé ces chiffres en comparant l'étude ci-dessus avec les chiffres de l'étude nationale britannique CESDI sur 1095 familles. La même définition du partage du lit aux mêmes moments a été utilisée. 48% des enfants à 1 mois partageaient le lit et 24% à 3 mois.

2.3. Aux États-Unis

Entre 1993 et 2000, une étude nationale, avec un recueil de 8453 entrevues (8), a été menée sur la position du nourrisson pendant son sommeil (National Infant Sleep Position Study). L'analyse retrouve une augmentation multipliée par 2 du taux de nourrissons partageant le lit pour plus de la moitié de la nuit (5,5 % en 1993 à 12,8% en 2000). 44,7% des parents indiquent que le nourrisson y passe un certain temps.

Brenner et al. (9) publient en 2003 une étude prospective, réalisée entre août 1995 et septembre 1996, auprès de 394 mères du district de Columbia. 48% des nourrissons âgés de 3 à 7 mois et 47% de ceux de 7 à 12 mois ont partagé un lit.

En 2004, McCoy et al. (10) présentent une étude incluant 10 355 mères interrogées entre 1995 et 1998. 22% des nourrissons à 1 mois partagent le lit, 14% à 3 mois et 13% à 6 mois.

En 2007, en Oregon, une enquête (11) réalisée, entre 1998 et 1999, sur 1 756 mères, 12 semaines après leur accouchement, retrouve un taux de prévalence du partage du lit de 76,6% de façon plus ou moins régulière.

Une étude rétrospective, publiée en 2011 par Norton et Grellner (12), est menée auprès de 2405 nourrissons du Missouri entre mars 2002 et février 2008. Elle retrouve, à 1 mois, un taux de 19% des bébés partageant le lit parental, 18% entre 2-3 mois, 12% entre 4-5 mois et 11% entre 6-8 mois.

2.4. Étude internationale

En 2000, dans le cadre de l' International Child Care Practices Study, une étude internationale publiée par Nelson et Taylor (13) a étudié les conditions de sommeil des nourrissons de 3 mois dans 21 centres provenant de 17 pays.

Elle a évalué la part de la population pratiquant le sommeil partagé (partage de la chambre et partage du lit) de façon habituelle et la durée de ce temps de partage.

Il en ressort que 2 pays pratiquent plus, le partage du lit : la Suède (environ 2/3 des enfants) et la Chine (88% à Chongqing et 54% à Pékin).

A l'inverse, la Hongrie, l'Ukraine et la Turquie sont des pays où le partage du lit est peu pratiqué, avec une prévalence respective de 16%, 9% et 2%.

Au Danemark et en Autriche, environ 2/5ème des enfants ont passé au moins un moment dans le lit de leurs parents.

En Australie, le taux de partage du lit atteint les 30%, 24% en Italie, 21% en Irlande et 19 % en Nouvelle Zélande.

Concernant le partage de la chambre, le taux est supérieur à 60% pour la majorité des pays

En Irlande, Ukraine, Italie, Turquie, Danemark, Suède, Écosse, Chine et Japon, ce taux est supérieur à 80%.

Cette étude montre aussi des inégalités sur la durée du partage du lit. Des durées supérieures à 5h sont retrouvées pour 85% des italiens, 26% des écossais et 26% des irlandais.

Aucune corrélation entre un taux de sommeil partagé élevé et un taux de MIN augmenté n'est retrouvée.

Les taux de partage du lit varient considérablement entre 2% et 88%. Pour les populations moins sensibilisées à la MIN, le partage du lit semble être plus courant mais n'est pas systématiquement associé à un taux de MIN élevé. Les taux de partage de la chambre varient entre 58% et 100%, et semblent être plus bas pour les populations davantage sensibilisées à la MIN.

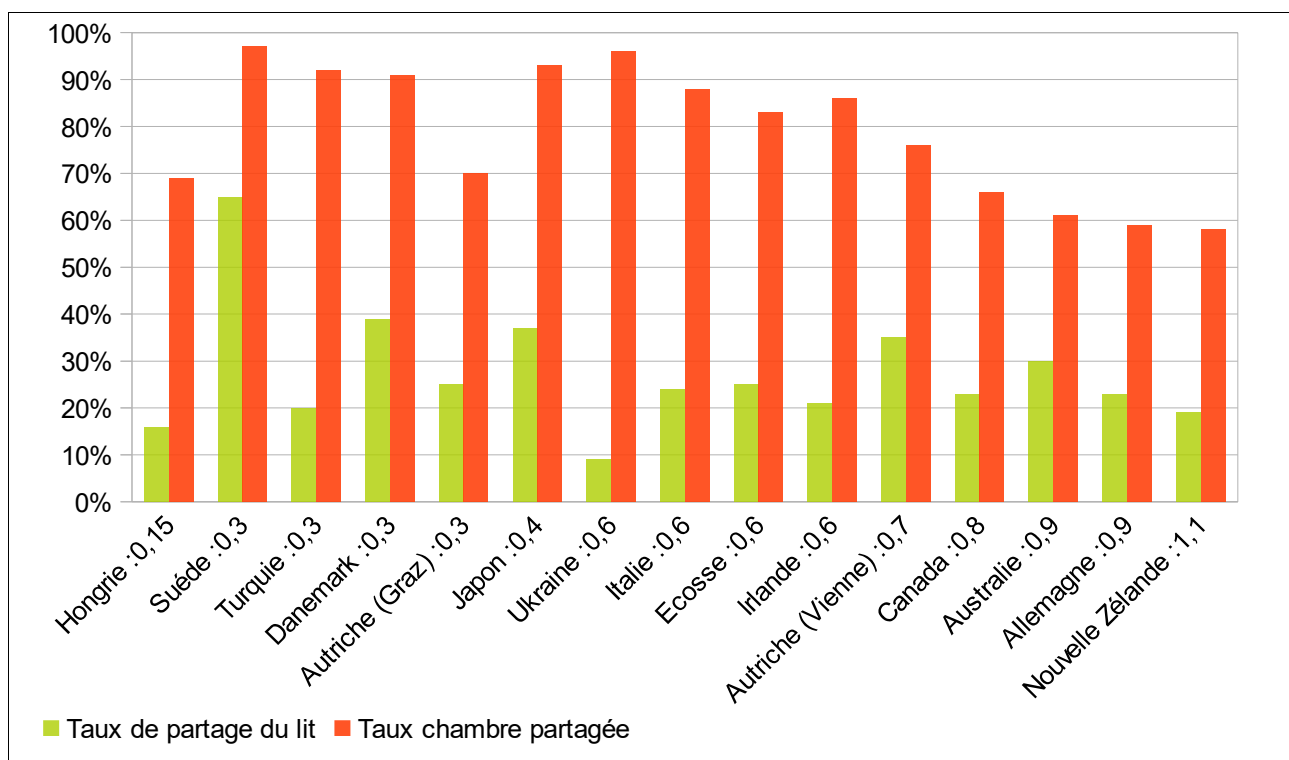


Figure 1 : Taux de sommeil partagé par pays, classés par ordre croissant du taux de MIN d'après Nelson et Taylor (13)

3. Bénéfices et raisons du sommeil partagé

Plusieurs études ont été réalisées pour connaître les bénéfices et les raisons du sommeil partagé. La majorité de celles-ci ont été faites dans le contexte de l'allaitement.

3.1. L'allaitement

Le principal bénéfice est de favoriser l'allaitement par l'augmentation du nombre et de la durée des tétées.

La durée de l'allaitement est aussi favorisée.

3.1.1. Augmentation du nombre et de la durée des tétées

James Mc Kenna, a mené une étude publiée en 1997 dans « Pediatrics », auprès de 35 mères allaitantes.

Lors du partage du lit, les épisodes d'allaitement sont doublés et sont 39% plus longs que lors du lit séparé (14). En 2010, Mc Kenna le confirme par une autre étude (15).

Helen Ball a aussi publié, en 2006, une étude randomisée sur la fréquence des tétées en fonction du lieu de sommeil du nourrisson auprès de 64 mères, par l'observation d'enregistrements vidéos. La fréquence des tétées était plus élevée et plus efficace chez ceux partageant le lit ou en side-car (16).

3.1.2. Augmentation de la durée de l'allaitement

Une étude réalisée par H. Ball retrouve 72% des nourrissons allaités à 1 mois qui avaient partagé le lit contre seulement 38% pour ceux non allaités. Elle retrouve aussi un lien direct entre la durée de l'allaitement et le partage du lit. Les mères allaitantes, qui pratiquaient le lit partagé depuis le 1er mois de l'enfant, étaient 2 fois plus susceptibles de continuer d'allaiter à 4 mois (6).

Elle retrouve aussi, dans une autre étude (16), des taux d'allaitement exclusif et total, à 16 semaines, multipliés par 2 pour les groupes lit partagé et berceau attaché au lit (16).

3.2. Le sommeil

3.2.1. Pour le nourrisson

Le sommeil des nourrissons allaités serait facilité par une augmentation du sommeil léger et une réduction du sommeil profond qui favoriseraient les phases d'éveil.

D'après plusieurs études de McKenna (17,18), lorsque la mère allaite, le partage du lit entraîne une augmentation du sommeil de stade 1-2 et une réduction du stade 3-4.

Dans des conditions autrement sûres, le partage du lit, en limitant la quantité de sommeil de stade 3/4, favoriserait les épisodes d'éveil du bébé. Ceci pourrait les protéger de la MIN car le sommeil profond et un déficit d'éveil pourraient être un facteur possible de MIN.

3.2.2. Pour la mère

Pour les mères allaitantes, le temps de sommeil lent profond serait augmenté et le temps de sommeil léger raccourci. Ce qui leur permettrait un réveil instantané.

Blyton et al retrouvent une durée de sommeil identique pour toutes les femmes. Mais chez les mères allaitantes, le temps de sommeil lent profond est augmenté (triplé), avec une réduction compensatoire du sommeil léger avec un mouvement des yeux non rapide. L'explication la plus plausible serait le lien entre l'augmentation du nombre de prolactine en circulation chez les femmes qui allaitent et qui serait susceptible d'augmenter les temps de sommeil profond (22).

3.3. Les interactions mère/nourrisson

La proximité favoriserait les interactions entre la mère et le nourrisson en renforçant la sensibilité/l'attention de celle-ci aux besoins de son enfant et en synchronisant leurs cycles de sommeil.

Lors du partage du lit, elle adopterait une position de sommeil en face à face avec son bébé, l'empêchant de basculer à plat ventre. Cette orientation et cette proximité faciliteraient les échanges entre eux, et maximiseraient également l'impact sensoriel de celle-ci sur son nourrisson par le biais d'autres modalités (19-22).

Les mères seraient plus sensibles aux réveils de leur nourrisson avec une synchronisation des cycles de sommeil mère/enfant (18).

En minimisant le positionnement ventral du bébé (facteur de risque connu), en augmentant la vigilance et la sensibilité de la mère aux réveils du nourrisson, le partage du lit pourrait en protéger certains de MIN.

3.4. Les avantages pour l'enfant

3.4.1. L'attachement

La proximité, en partageant son sommeil, favoriserait l'attachement de type « sécuritaire » selon la théorie de Bowlby.

En ayant une réponse plus rapide et mieux adaptée aux besoins de son enfant, un attachement plus sécurisant est créé. (18, 23, 24).

En dormant sur le dos dans un contexte d'allaitement et de partage du lit, les nourrissons détectent et répondent de façon synchrone aux mouvements de leur mère, aux sons qu'elle émet ainsi qu'à ses stimulations tactiles. La position dorsale du nourrisson facilite la communication avec sa mère, conduisant ainsi à un attachement et une confiance mutuels (prérequis pour un développement en bonne santé des nourrissons) (18, 21, 25-27).

3.4.2. A long terme

Plusieurs études (28-32) retrouvent des effets à long terme. Les enfants ayant pratiqué un sommeil partagé sont plus indépendants. Ils ont aussi un meilleur contrôle de leur émotion/de leur stress, une plus grande confiance en eux (garçons) et sont plus à l'aise avec l'affection (filles). Ils sont aussi plus à l'aise avec leur identité sexuelle, « plus satisfaits de la vie » et sont sous-représentés dans les populations psychiatriques.

3.4.3. Les autres avantages

Dans une étude, McKenna conclut à une augmentation du CO₂ dans l'environnement (due à la respiration maternelle), mais à des niveaux non mortels, qui stimulerait la respiration du nourrisson (19).

Le partage du lit favoriserait aussi la thermorégulation et la stabilité cardio-respiratoire (33).

3.5. Raisons données par les parents

3.5.1. L'allaitement

C'est la raison la plus évoquée par les mères allaitantes (2, 3, 5, 6, 21, 34-35).

L'allaitement nocturne est facilité.

Le sommeil partagé est un moyen facile et pratique de gérer les tétées nocturnes fréquentes. Les mères n'ont pas besoin de se « réveiller » complètement lors du partage du lit (5, 36).

3.5.2. Le sommeil

Les mères pratiquent le sommeil partagé pour améliorer celui de leur nourrisson. Elles estiment qu'ils s'endorment plus rapidement, dorment mieux et plus longtemps (5, 36-37).

Lors de l'allaitement (tétées nocturnes), le partage du lit contribue, également, à préserver le sommeil des mères (meilleure qualité et durée plus longue) car elles ne se « réveillent » pas complètement (36). Du fait d'un meilleur sommeil de leur bébé, elles trouvent le leur, meilleur aussi (36-37).

3.5.3. La surveillance

Pour certaines, le partage du lit est un moyen de surveiller de plus près leur nourrisson (3, 36), et plus particulièrement en cas de maladie de celui-ci (36).

Elles estiment qu'elles peuvent ainsi mieux entendre/sentir la respiration du bébé, mieux surveiller sa température et ainsi réagir immédiatement en cas de problème (5, 36-37).

3.5.4. La réassurance/ les pleurs

La réassurance du nourrisson est régulièrement citée (3, 5, 21, 36).

Les mères pensent que le partage du lit est bénéfique, psychologiquement, pour leur bébé.

Les nourrissons se sentiraient plus en sécurité sur le plan émotionnel, en ressentant la présence de leur mère (toucher, odorat, ouïe) et en ayant une réponse plus rapide à leurs besoins.

Le partage du lit peut être également une réponse aux pleurs du nourrisson (36).

Elles déclarent aussi se sentir réconfortées sur le plan émotionnel, rassurées et en sécurité lors du partage du lit (36).

3.5.5. L'attachement

En partageant leur sommeil, les mères trouvent que les liens avec leur bébé sont favorisés.

Le sentiment de plaisir, de proximité, les contacts affectifs meilleurs, le temps plus long avec l'enfant sont régulièrement cités (2, 3, 5, 21, 34, 36).

3.5.6. Les autres raisons

Les autres raisons (36-37) peu citées sont :

- le côté pratique
- la tradition
- l'environnement (absence de chambre/lit pour le bébé)

4. Risque du sommeil partagé : la mort inattendue du nourrisson

4.1. La MIN

Le risque principal et primordial est la mort inattendue du nourrisson.

Dans la majorité des études (1, 39-51), le partage du lit est identifié comme un facteur de risque, à part entière, de MIN. Le nourrisson est plus exposé aux risques d'asphyxie par suffocation/enfouissement et d'écrasement.

Ce risque est plus important en cas de facteurs de risques associés :

- tabagisme, consommation d'alcool/drogues (43-45, 47, 49)
- fatigue importante des parents (43)
- âge maternel inférieur à 18-19ans (8, 49)
- nourrissons jusqu'à 8 semaines (8, 38) /11 semaines (46, 49) /4 mois (48)
- partage du sommeil réalisé en dehors du lit (canapé....) (44-47)
- nourrisson entre deux personnes (51)

Baddock et al. en 2004, ont montré que les nourrissons partageant un lit sont exposés à un stress thermique relatif accru, nécessitant davantage de vasodilatation pour maintenir la température centrale (50).

Le recouvrement de la tête du bébé (couvertures, draps), qui est un facteur de risque en lui-même, est favorisé par le partage du lit (50-51).

4.2. Facteurs aggravants de risque de MIN

Ce risque est controversé.

D'autres (38, 52) montrent que ce n'est pas le partage du lit qui serait un facteur de risque mais les conditions dans lequel il serait réalisé (tabagisme, consommation d'alcool/de médicament altérant la vigilance, sommeil sur un canapé, prématurité, petit poids de naissance, utilisation d'oreiller/couverture).

A noter que l'étude de Carpenter et al. (43) retrouve un risque de MIN doublé en cas de chambre séparée.

5. Recommandations

Les recommandations internationales (53-59) s'accordent pour recommander le partage de la chambre parentale jusqu'à 6 mois.

Suite à l'avis de la HAS (53), les messages de prévention sur les risques de mort subite du nourrisson, dans le nouveau carnet de santé (Avril 2018) ont été actualisés. Il est conseillé aux parents *«de placer le lit de votre bébé dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum»*.

Le partage du lit est, quand à lui, plus controversé.

La Société Française de Pédiatrie (60) donne seulement des conseils de prévention sur la position du couchage, la literie, la température de la chambre : *«couchage sur le dos avec le visage dégagé, lit rigide à barreaux avec un matelas ferme adapté à la taille du lit, sans oreiller, ni couverture, ni couette, température entre 18 et 20°, pas de tabac»*.

L'association Naître et Vivre (61, annexe 1) cite les recommandations de La Société canadienne de pédiatrie et de l'AAP qui déconseillent le partage du lit et encouragent plutôt le partage de la chambre. Elle rappelle les règles de sécurité de base pour un sommeil sécuritaire :

- Position dorsale
- Pas d'oreiller, de couette, couverture lourde
- Pas de surface molle comme un lit d'eau, un divan. Les lits de type co-dodo sont aussi à éviter
- S'assurer que l'espace où bébé dort est sécuritaire et assez grand afin qu'il ne tombe pas ou qu'il ne se retrouve pas coincé

- Ne pas surchauffer la pièce
- Ne pas laisser un bébé seul dans un lit d'adulte
- Ne jamais dormir avec son bébé si un des parents est exténué ou a consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments
- Ne jamais laisser le bébé dormir avec quelqu'un d'autre que ses parents, un autre enfant ou un animal. Les parents très obèses ne devraient pas partager le lit de leur bébé

E. Briand Huchet (62) insiste sur le fait que les conseils ne sont pas suffisamment donnés aux parents par tous les professionnels de santé. Les informations sont souvent abandonnées après quelques semaines, or le risque de mort inattendue du nourrisson est maximum vers 3 mois.

L'UNICEF (Annexe 2), l'Academy of Breastfeeding Medicine (63) et la CoFAM (64) ont émis des recommandations plus spécifiquement sur le partage du lit lorsqu'on allaite.

Celles ci sont :

- Position dorsale à la fin de la tétée
- Matelas ferme et plat
- S'assurer que le bébé ne puisse pas tomber du lit ou être coincé entre le matelas et le mur
- La couverture ne doit pas recouvrir la tête du bébé
- Ne pas le laisser seul dans le lit
- Ne pas laisser un autre enfant, ni un animal dormir à côté du bébé
- Température de la pièce autour de 18°, ne pas trop le couvrir

Le sommeil partagé ne doit pas être pratiqué si :

- Consommation de tabac, drogues, alcool, médicaments altérant la conscience
- Affections de la mère qui altèrent son attention ou infections virales (transmission au nourrisson)
- Fatigue importante de la mère
- Bébé né prématurément ou de faible poids
- Fièvre du bébé

Matériel et méthode

1. Description de l'étude

Une étude quantitative, par questionnaire anonyme, a été réalisée auprès de femmes en suite de naissance dans les maternités du Calvados (CHU Caen, Polyclinique du Parc, CH Lisieux et CH Bayeux) du 21 Août au 4 Septembre 2019.

Les critères d'inclusion étaient d'être majeure et d'avoir obtenu l'autorisation de sortie.

Les mères de nouveaux-nés en néonatalogie, réanimation néonatale et unité kangourou et celles ne parlant pas français ont été exclues.

La maternité du CH Bayeux possède des lits « co-dodo » (lit en side-bed). Les trois autres maternités interdisent le partage du lit.

En Basse-Normandie, le réseau de Périnatalité a conçu une plaquette d'informations avec les recommandations pour le couchage jusqu'à 1 an et une autre plus spécifiquement pour les mamans allaitantes.(Annexes 3 et 4). Elles sont à la disposition des mères dans les maternités du Calvados.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances des jeunes mamans sur le sommeil partagé.

L'objectif secondaire est de savoir si ces connaissances proviennent de professionnels de la santé.

3. Questionnaire et analyse des résultats

La première partie concernait le recueil des caractéristiques de la population étudiée.

La deuxième partie s'intéressait aux informations reçues par les femmes et leurs connaissances sur le sommeil partagé. Les données ont été analysées dans un tableur Excel.

77 questionnaires ont été analysés.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

L'âge moyen des femmes est de 29 ans avec des âges qui s'échelonnent de 19 à 39 ans.

Elles sont toutes en couple.

Toutes sont diplômées. Aucune femme n'a seulement qu'un diplôme « brevet des collèges ».

53,25% d'entre elles ont un diplôme « études supérieures », 28,57% un « baccalauréat » et 18,18% un « BEP/CAP ».

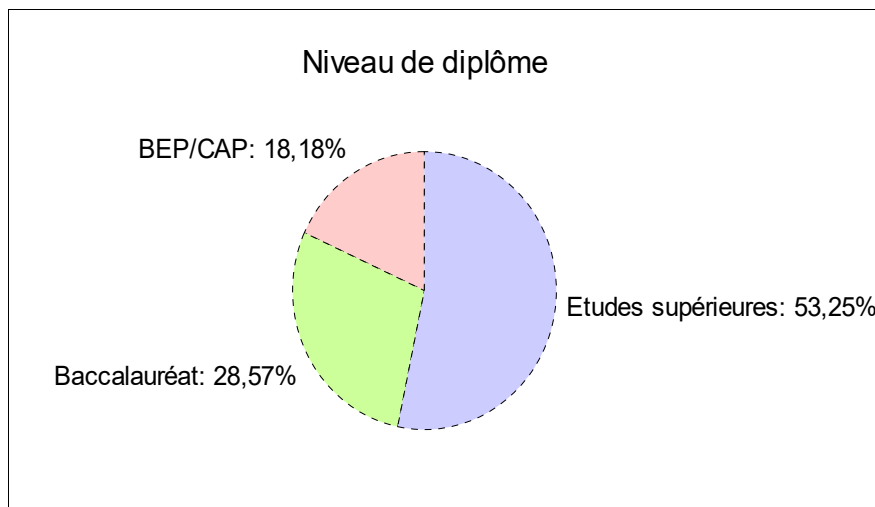


Figure 2: Répartition de la population en fonction du niveau de diplôme

57,14% des femmes ont déjà eu un ou d'autres enfants. 72,73% d'entre elles se sont déjà endormies avec lui ou eux (pour un moment, une partie de la nuit ou toute la nuit).

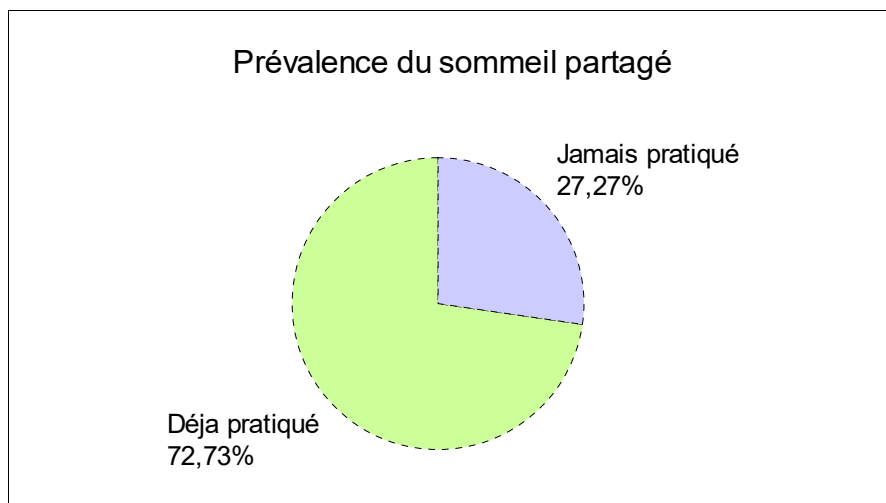


Figure 3 : Taux de prévalence du sommeil partagé pour les mères ayant d'autre(s) enfant(s)

Le taux d'allaitement est de 66,23 %.

31 femmes (40,26%) ont prévu de faire réaliser le suivi régulier de leur enfant par leur médecin généraliste. Les autres, par le pédiatre.

Parmi les méthodes de sommeil partagé, le partage de la chambre est connu par 97,40% des mères, le co-dodo par 88,31%, le side-bed par 62,34%.

2. Informations sur le sommeil partagé

2.1. Informations reçues

42,86% des mères n'ont pas reçu d'information sur le sommeil partagé.

57,14 % en ont reçu.

Elles les ont reçues par un professionnel de santé pour 63,64% d'entre elles (59,09% par une sage-femme, 11,36% par le pédiatre à la maternité, 4,55% par une puéricultrice et 4,55% par leur médecin généraliste, 0% par un gynécologue).

56,82% en ont reçu par l'entourage (famille, amis...), 56,82% par internet, 9,09% par elle même (lecture de livres pour trois d'entre elles, profession (médecin) pour l'une d'elle).

Ce qui représente sur l'ensemble de la population étudiée, un taux d'information par un professionnel de santé de 36,36%.

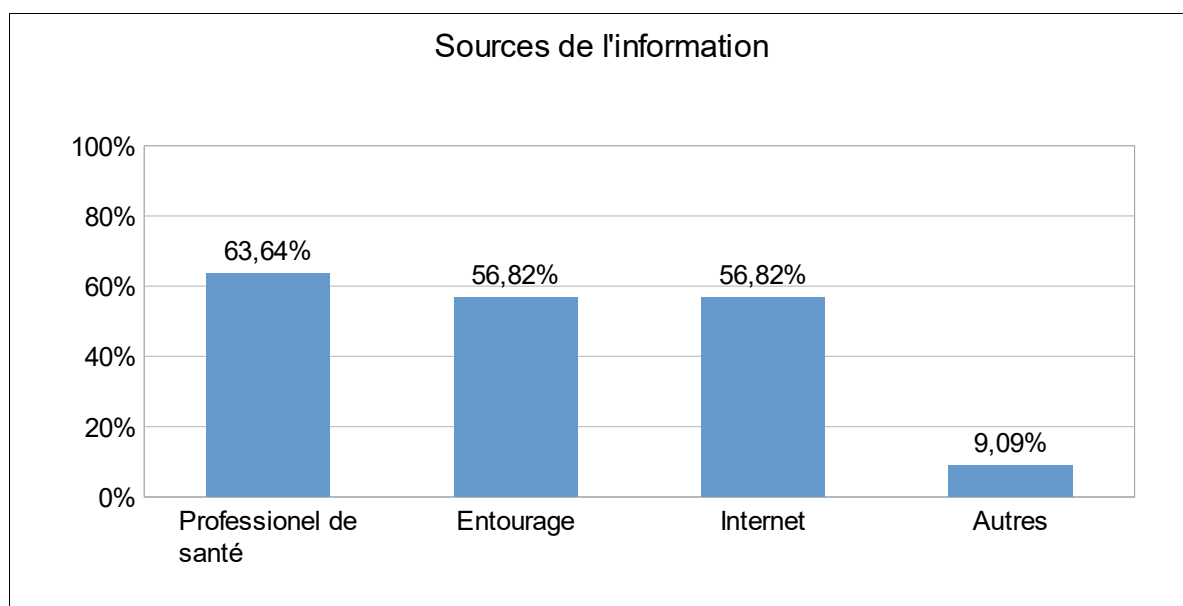


Figure 4 : Sources de l'information

A noter des disparités en fonction de la maternité. Les mères du CH de Lisieux sont les seules à avoir déclaré être informées par le pédiatre. Celles du CH de Bayeux n'auraient eu aucune information par un professionnel de santé.

Sur les 57,14% des mères informées, 77,27% ont trouvé cela intéressant. La connaissance des avantages et risques (79,41%), l'aide à la décision (23,53%) étaient les raisons données.

Celles qui ont trouvé les informations inintéressantes (22,73%) ont indiqué qu'elles ne le pratiqueront pas (70%), que les avis étaient trop différents (30%).

2.2. Souhait d'informations par le médecin traitant

26 mères (33,77%) ne souhaitent pas recevoir d'information de la part de leur médecin traitant

Les raisons principales sont :

- « ne le pratiqueront pas » (53,58%)
- informations reçues suffisantes (38,46%) : 1 par elle-même (médecin) et 2 par leur expérience

Pour celles qui le souhaitent (66,23%), le meilleur moment est majoritairement pendant la grossesse (84,31% d'entre elles) et/ou lors du suivi de leur enfant (82,35%). 13,73% le souhaitent aussi avant la grossesse.

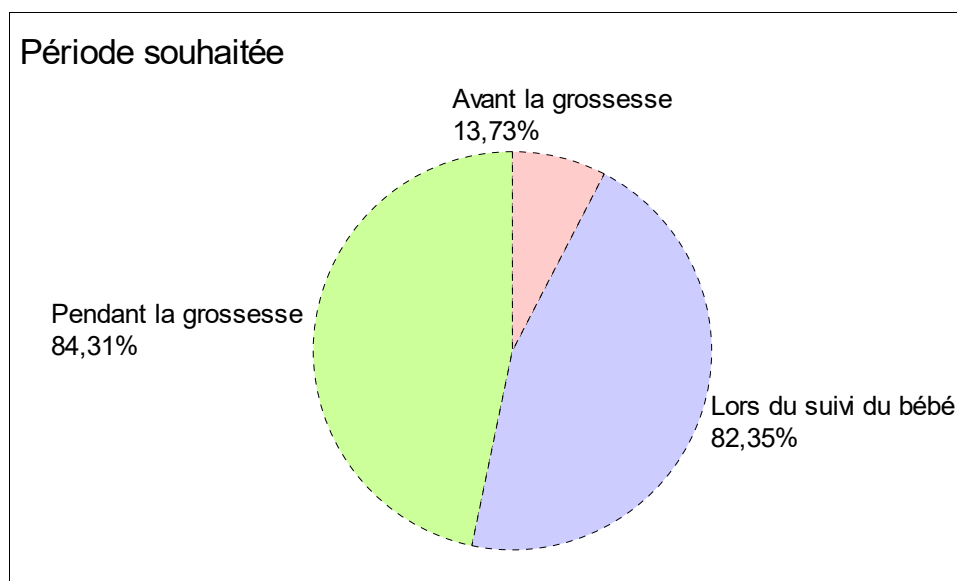


Figure 5: Répartition de la population selon le moment souhaité de l'information

3. Connaissances des mamans

La recommandation du lieu de couchage idéal au cours des six premiers mois est connue par 83,12% des mères (3 le recommandent seulement jusqu'à 2 mois et une jusqu'à ce que l'enfant fasse ses nuits).

16,88% pensent que le lieu idéal est dans sa chambre.

Aucune ne pense que le lieu idéal est dans le lit parental.

3.1. Les bénéfiques

19,48% des femmes estiment qu'il n'y a aucun bénéfice pour le bébé.

80,52% reconnaissent un ou des bénéfiques qui sont, par ordre décroissant:

- la réassurance du bébé : 58,06%
- l'allaitement : 45,16%
- les liens d'attachement : 33,87%
- la surveillance et la sécurité du bébé : 30,65%
- la diminution du risque de MIN si partage de la chambre : 12,90%
- un meilleur sommeil : 6,45%
- une réponse plus rapide à ses besoins : 6,45%

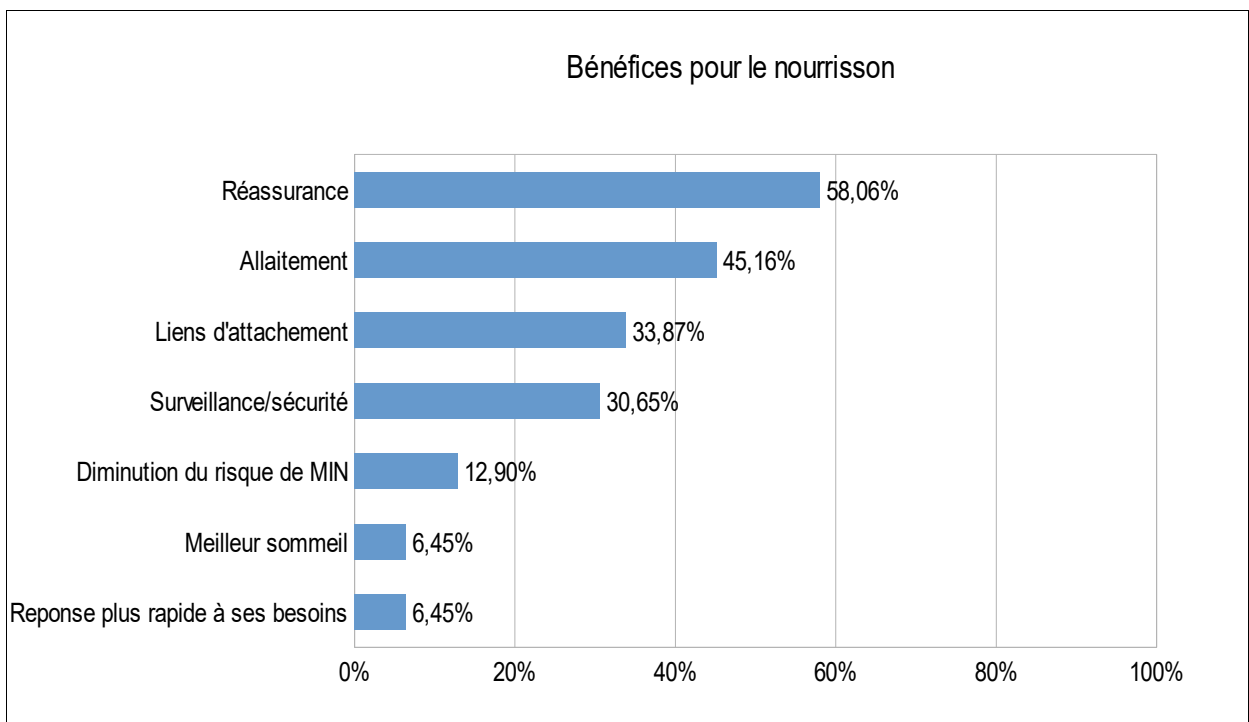


Figure 6 : Bénéfices pour le nourrisson d'après les mères

3.2. Les risques

22 femmes soit 28,57% considèrent le sommeil partagé sans risque pour leur bébé.
55 soit 71,43% le jugent avec des risques.

Les principaux cités sont, par ordre décroissant :

- Étouffement : 54,55%
- Écrasement: 25,45%
- MIN si co-dodo : 21,82%
- Chute/ traumatisme: 16,36%
- Mauvaises habitudes : 14,55%
- Ne sait pas : 3,64%
- Mauvais sommeil : 1,82%

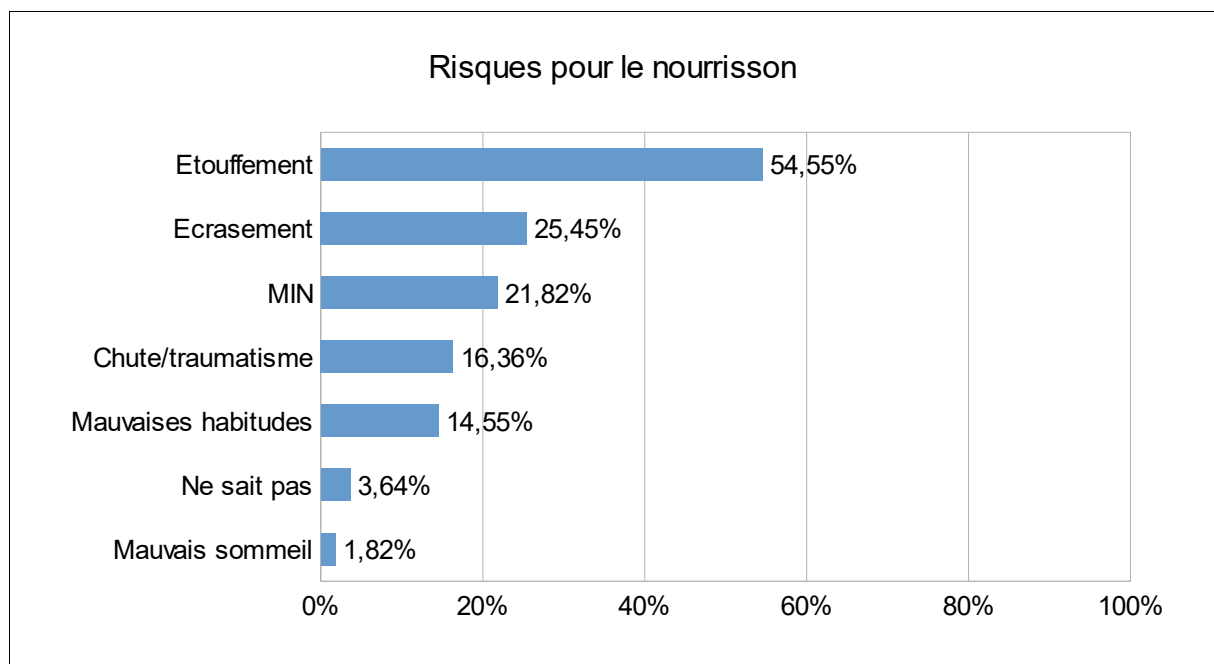


Figure 7 : Risques pour le nourrisson d'après les mères

3.3. Les situations à risque

3.3.1. Concernant les parents

32,47% des mères considèrent qu'il n'y a aucune situation à risque
11,69% pensent qu'il y en a, mais elles ne les connaissent pas.

Les situations à risques citées, par 55,84% des mères sont :

- Fatigue importante : 31,17%
- Tabac : 29,87%
- Maladie : 16,88%
- Alcool : 12,99%
- Prise de médicaments : 11,69%
- Sommeil agité des parents : 11,69%
- Absence d'allaitement : 3,90%

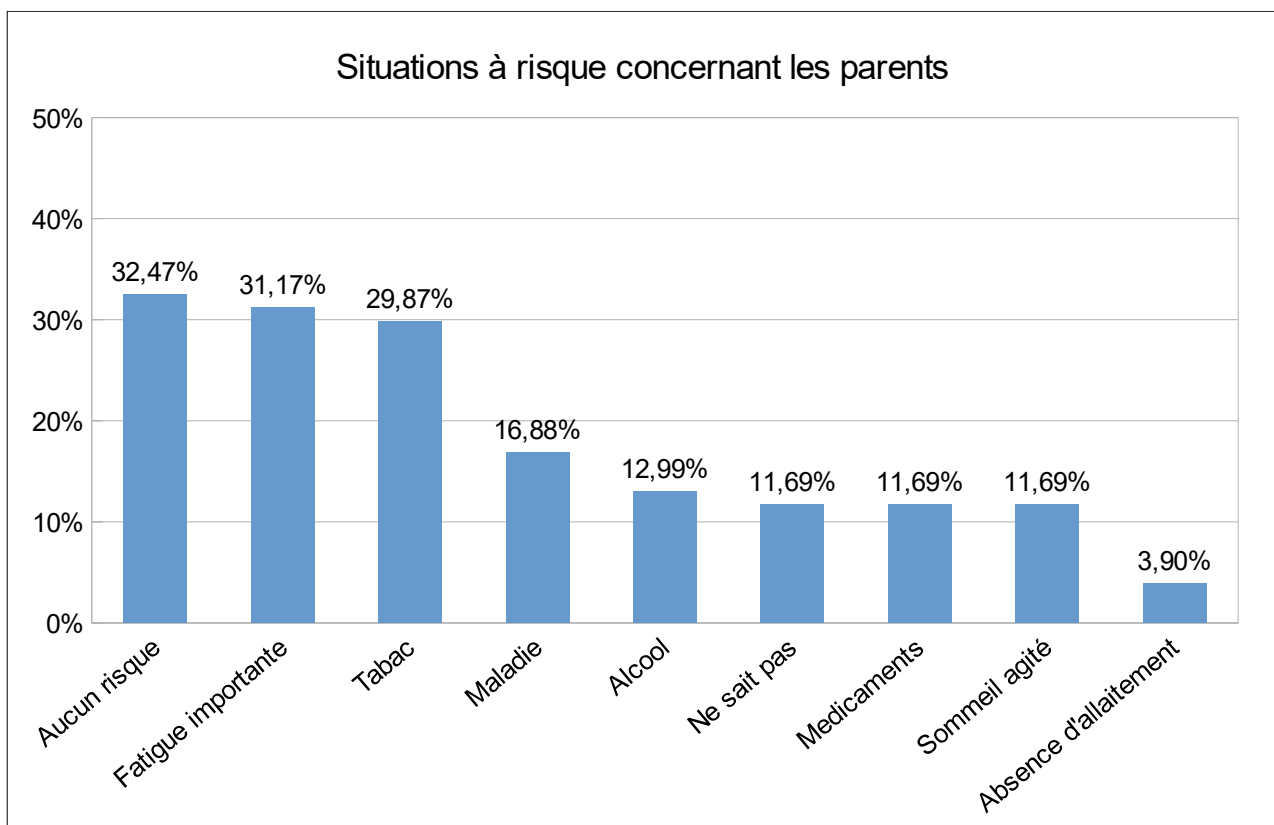


Figure 8 : Situations à risque concernant les parents d'après les mères

3.3.2. Concernant le nourrisson

57,14% des mères ne citent aucune situation où le sommeil partagé ne doit pas être réalisé.

19,48% pensent qu'il y en a, mais déclarent ne pas les connaître.

Pour les autres (23,38%), les situations citées sont :

- Mauvaises habitudes déjà prises par le bébé : 7,79%
- Poids faible : 5,19%
- Maladie/fièvre : 5,19%
- Prématurité : 3,90%

- Position non dorsale : 1,30%
- Bébé hypertonique : 1,30%

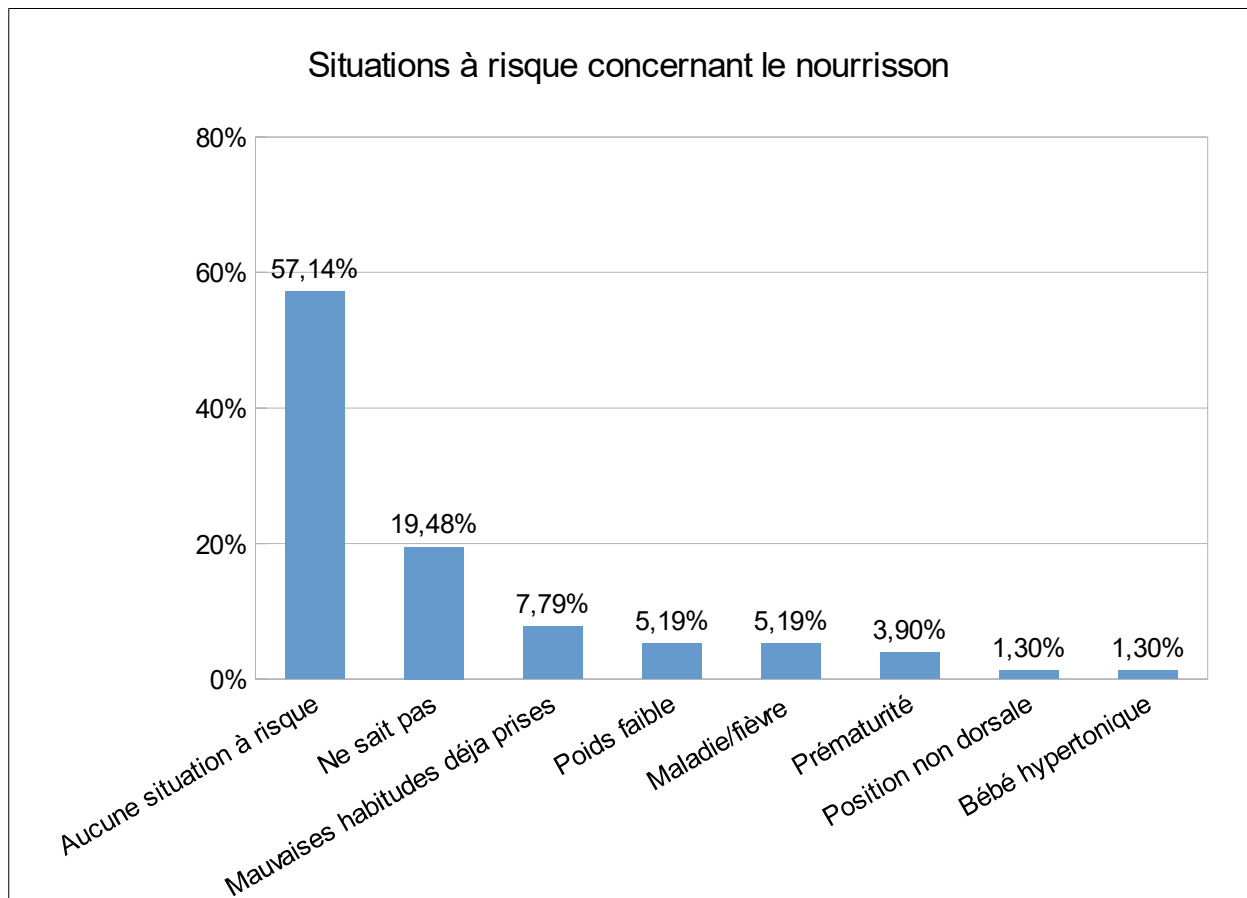


Figure 9: Situations à risque concernant le nourrisson d'après les mères

3.3.3. Concernant le couchage et l'environnement

20,78% des mères considèrent qu'il n'y a aucune situation à risque.

16,88% pensent qu'il y en a, mais elles ne les connaissent pas.

Pour les autres (62,34%), le sommeil partagé ne doit pas être réalisé si :

- Lit encombré (coussins, couvertures,...) : 32,47%
- Tabac : 28,57%
- Sommeil en dehors du lit parental (canapé...) : 19,48%
- Température de la pièce élevée : 18,18%
- Lit/matelas non adapté : 15,58%
- Présence d'animaux : 2,60%
- Bruits : 2,60%

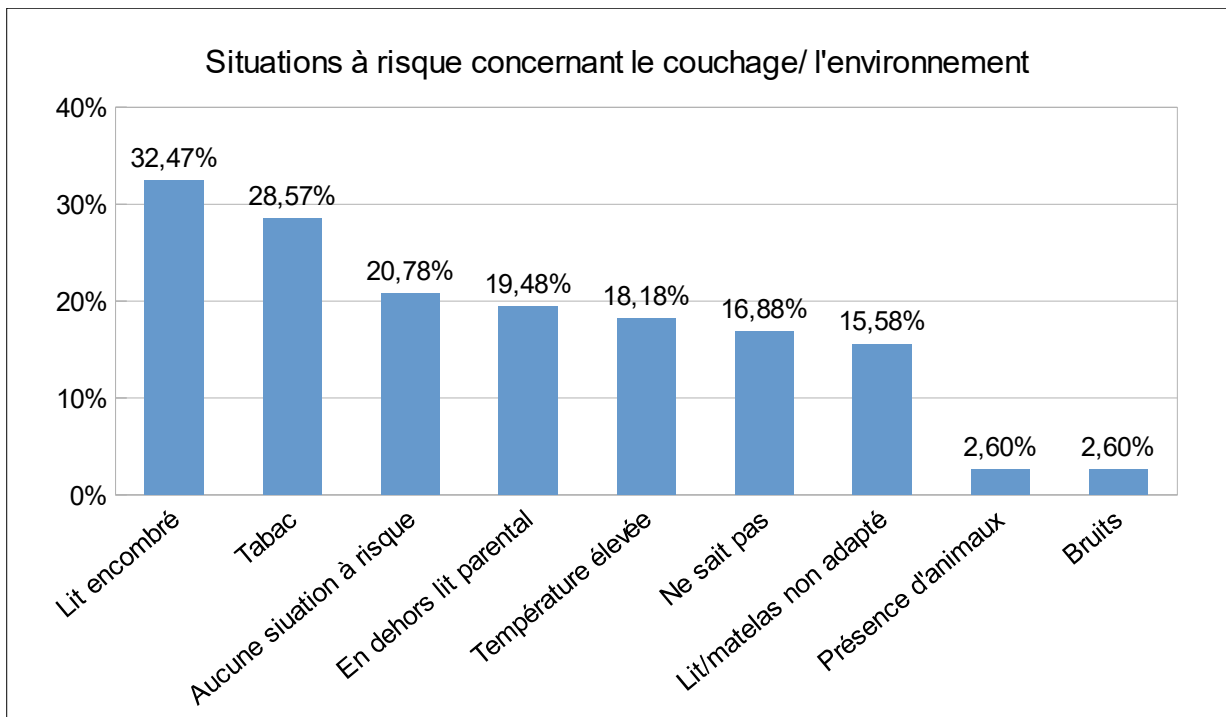


Figure 10 : Situations à risque concernant le couchage et l'environnement d'après les mères

4. Lien entre l' information et la connaissance d'un risque pour le nourrisson

Pour les mères ayant reçu une information (57,14%), 88,64% d'entre elles considèrent le sommeil partagé à risque pour leur enfant.

Pour celles n'en ayant pas reçu, 45,45% d'entre elles le considèrent sans risque.

Pour les femmes ayant reçu une information par un professionnel de santé (36,36%), 89,29% le considèrent à risque et seulement 10,71% sans risque.

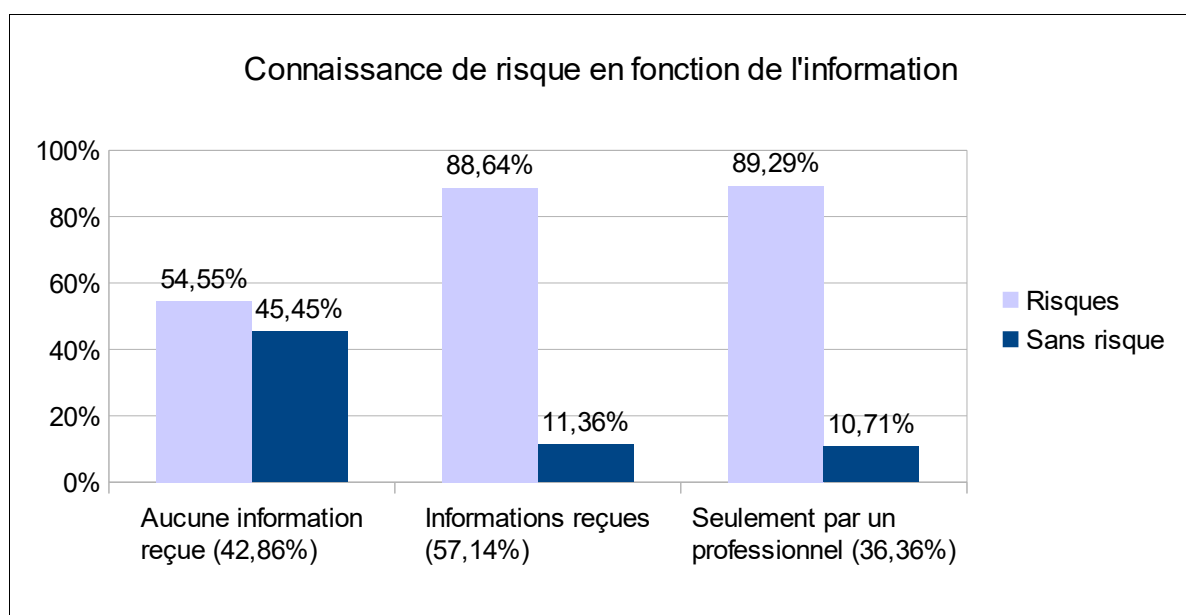


Figure 11 : Représentativité de la connaissance d'un risque pour le bébé en fonction de l'information reçue et de la non-information.

Discussion

Notre étude retrouve un taux de prévalence proche de certaines études (3, 4, 11).

Le partage de la chambre et le co-dodo sont bien connus des mères (respectivement 97,40% et 88,31%). Le side-bed ne l'est que partiellement (62,34%).

Peu d'informations, par un professionnel de santé, ont été délivrées aux mères (36,36%).

Ce taux d'information est non optimal mais il doit, cependant être nuancé puisqu'il s'agit des réponses déclaratives des mères. Elles ont peut être été informées, notamment à la maternité, mais devant le nombre d'informations reçues pendant cette période, elles ont peut être « oubliées ». Il est aussi possible que le terme « sommeil partagé » n'ai pas été utilisé par les professionnels qui ont, tout de même, transmis des informations sur le couchage des nourrissons.

L'acteur principal de l'information était la sage-femme. Ceci s'explique par le fait que la majorité des suivis de grossesses sont réalisés par elles.

L'entourage et internet occupent une place importante (56,52% pour chacun d'eux). C'est une donnée inquiétante au vu des risques que cela comporte. Des études (65, 66) ont montré que seulement 43,5% des sites internet et que seulement 1/3 des images dans les magazines donnaient des informations conformes sur le sommeil sécuritaire.

La majorité des mères (77,27%) y ont trouvé un intérêt. Elles sont demandeuses d'informations par leur médecin traitant (66,32%) pendant la grossesse et lors du suivi de leur enfant. Une part non négligeable des mamans (33,72%) ne souhaitent pas en recevoir car elles pensent qu'elles ne le pratiqueront pas. Or, des parents qui ne l'envisageaient pas pendant la grossesse vont le réaliser, par la suite, même occasionnellement (4). Ces personnes ne sont-elles pas plus à risques ?

La majorité des mamans (83,12%) connaissent le lieu de couchage idéal et recommandé jusqu'aux six mois de l'enfant. Les bénéfices du sommeil partagé sont aussi bien connus.

Par contre, les connaissances sur les risques sont plus inquiétantes. Presque 1/3 des mères considèrent le sommeil partagé sans risque pour leur bébé. Seulement 12 mères ont cité le risque de MIN en cas de co-dodo et, 30 le risque d'étouffement.

La plupart des mères considèrent qu'il n'y a aucune situation à risque ou elles ne peuvent pas les citer (44,16% concernant les parents, 76,62% concernant le bébé, 37,66% concernant l'environnement).

La connaissance des recommandations pour pratiquer le sommeil partagé de façon sécuritaire n'est pas optimale.

Seulement 19,48% des mères citent le sommeil en dehors du lit parental comme une situation à risques, 32,47% citent l'utilisation de coussin/couverture.

Le tabagisme est aussi très peu évoqué. 29,87% des mères le citent comme une situation à risque concernant les parents et 28,5% le citent pour l'environnement. Il en est de même pour l'alcool (12,99%) et la prise de médicament altérant la vigilance (11,69%). Ces taux sont peut être sous-estimés car certaines mères ne sont peut être pas concernées.

Concernant le bébé, une seule maman a évoqué la position de couchage non dorsale et quatre, la maladie/fièvre de leur bébé comme des situations dangereuses.

Cette étude montre que les mamans venant d'accoucher n'ont pas suffisamment de connaissances sur le sommeil partagé et particulièrement sur les risques et facteurs de risques de MIN.

La majorité des mères (88,64%) ayant reçu des informations considèrent qu'il y a des risques pour leur bébé à pratiquer le sommeil partagé. En revanche, 45,45% de celles qui n'en ont pas reçu considèrent qu'il n'y a aucun risque pour leur enfants.

Cette différence significative entre les groupes ayant reçu des informations et ceux n'en ayant pas reçu montre, en partie, l'impact positif de la prévention et de l'information.

Cette étude comporte plusieurs biais.

Elle est peu représentative de la population générale car seulement 77 femmes ont été interrogées.

Un des principaux biais est un biais de sélection dû aux critères de non-inclusion des mères ne parlant pas français et, de celles dont les nouveaux-nés étaient hospitalisés en néonatalogie, réanimation néonatale et unité kangourou. Ces populations peuvent représenter un groupe à risque de MIN.

Une des principales limites de l'étude est la sur-représentation des niveaux « études supérieures ».

Dans le Calvados, la part des femmes diplômées de l'enseignement supérieur était de 26,5% en 2016 (67).

Le faible taux de connaissances dans cette étude ne peut pas être attribué à des niveaux d'études bas.

Une autre limite de cette étude est liée aux mode et lieu de recueil des informations du questionnaire qui se base sur des réponses déclaratives des mères. A la maternité, elles reçoivent beaucoup d'informations et sont fortement sollicitées. Certaines réponses peuvent donc être sur- ou sous-évaluées.

Conclusion

Les mères de nouveau-né ne sont pas suffisamment informées sur le sommeil partagé, particulièrement sur le risque de MIN en cas de partage du lit.

Elles n'ont pas suffisamment de connaissances sur les situations à risques dans lesquelles il faut éviter de le pratiquer.

La prévention ne doit pas se limiter à la maternité. Elle doit être débutée en amont de la maternité par tous les professionnels de santé (médecin généraliste, sage-femme...) et être poursuivie après la naissance du nourrisson par le pédiatre, le médecin généraliste.

Les principales recommandations pour un sommeil sécuritaire, d'autant que le sommeil partagé est une pratique courante, doivent être données et rappelées à tous les parents.

Des campagnes de prévention insistant sur la sécurité d'un couchage sur le dos, dans un lit/matelas adapté, sans oreiller/couverture/objets mous, seul, dans la chambre parentale peu chauffée jusqu'à six mois devraient être renforcées et régulièrement réitérées.

Bibliographie

1. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serrad. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009: Institut de veille sanitaire; 2011. 56 p.
Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-morts-inattendues-des-nourrissons-de-moins-de-2-ans.-enquete-nationale-2007-2009>
2. Didierjean-Jouveau CS, Israël J, McKenna J. Comment dorment les bébés. Pour ou contre le sommeil partagé :Belin, 2004. (Naître, Grandir, Devenir).
3. Streicher MP, Undreiner F, Escande B,Langlet C,Messer J. Étude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Arch Pédiatr. 2004 ; 11(6):739–772.
4. 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 ; 101(1):143-151.
5. Ball HL. Reasons to bed-share : why parents sleep with their infants. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2002;20(4):207-221
6. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth. 2003 ; 30(3) : 181-88
7. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. Arch. Dis. Child. 2004 ; 89(12):1106–10.
8. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States,1993-2000: the national infant sleep position study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003 ; 157(1):43–9.
9. Brenner RA, Ruth A, Simon-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A et al. Infant-Parent Bed Sharing in an Inner-City Population.” Arch Pediatr & Adolesc Med, 2003 ; 157(1) : 33–39.
10. McCoy RC, Hunt CE, Lzsko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of Bed Sharing and its Relationship to Breastfeeding. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2004 ; 25(3) : 141-149.
11. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Maternal-infant bedsharing: risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. Matern Child Health J. 2007 ; 11(3) :277-86
12. Norton PJ, Grellner KW. A retrospective study on infant bed-sharing in a clinical practice population. Matern Child Health J. 2011 ; 15(4) : 507-13
13. Nelson E, Taylor BJ, Jenik A, Vance J, Walmsley K, Pollard K et al. International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. Early Hum Dev. 2001 ;62(1) : 43-55
14. Mckenna J, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing Promotes Breastfeeding. Pediatrics. 1997 ; 100(2) : 214–19.
15. Gettler LT, McKenna JJ. Evolutionary perspectives on mother–infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. Am J Phys Anthropol. 2011 ; 144(3) : 454-62.

16. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006 ; 91(12) : 1005-10.
17. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS. *Sleep*. 1996 ; 19(9):677–84.
- 18 . 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 ; 100(5):841–9.
19. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *Journal of Sleep Research*. 2002; 11(4) : 297–303
20. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S, Mukai D. Maternal proximity and infant CO2 environment during bedsharing and possible implications for SIDS research. *Am. J. Phys. Anthropol*. 1997 ; 103(3): 315–28.
21. Richard C, Mosko S, McKenna J, Drummond S. Sleeping Position, Orientation, And Proximity In Bedsharing Infants And Mothers. *Sleep*. 1996; 19(9): 685–90.
22. Baddock SA, Galland BC, Taylor BJ, Bolton DPG. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics*. 2007 ;119(1):200–7.
23. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. L'attachement de l'enfant à sa mère. *In La Recherche en éthologie. Les comportements animaux et humains*. Paris : La Recherche et Editions du Seuil, Points, Sciences,1979, p. 517-522
24. Mileva-Seitz VR, Luijk MP, Van Ijzendoorn MH. Association between infant nighttime-sleep location and attachment security: no easy verdict. *Inf. Ment. Health J*. 2016 ; 37 (1) : 5-16
25. Hoffman HJ, et al., Risk Factors for SIDS : Results of the Institutes of Child Health and Human Development SIDS Cooperative Epidemiological Study. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1988; 533(1), 13-33.
- 26 . Fredrickson DD, Sorenson JB, Biddle AK. Relationship of sudden infant death syndrome to breast-feeding duration and intensity. *Am. J. Dis. Child*. 1993 ; 147 : 460.
27. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal Sleep and Arousals during Bedsharing with Infants. *Sleep*. 1997 ; 20 (2) : 142-150
28. Forbes JF, Weiss DS, Folen RA. The Cosleeping Habits of Military Children. *Military Medicine*. 1992 ; 157 (4) : 196-200
29. Mosenkis J. The effects of childhood co-sleeping on later life development. Master's thesis : The University of Chicago, Chicago, USA , 1998.
30. Heron P. Non-Reactive Cosleeping and Child Behavior : Getting a Good Night's Sleep All Night, Every Night, Master's thesis :Department of Psychology, University of Bristol, 1994
31. Crawford CJ. Parenting Practices in the Basque Country : Implications of Infant and Childhood Sleeping Location for Personality Development. *Ethos* 1994 ; 22 (1) : 42-82.


32. Lewis RJ., Janda LH. The Relationship between Adult Sexual Adjustment and Childhood Experience regarding Exposure to Nudity, Sleeping in the Parental Bed, and Parental Attitudes toward Sexuality. *Arch. Sex. Behav.* 1988 ; 17 (14) : 349-362.
- 33 Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol.* 1991 ; 11(3) : 216–226.
34. Roques N. *Dormir avec son bébé.* Editions L'Harmattan; 2003. 155p.
35. Ball HL. Bed-sharing and co-sleeping : research overview. *New Digest.* 2009 ; 48 : 22–7.
36. Ward, TCS. Reasons for Mother-Infant Bed-Sharing: A Systematic Narrative Synthesis of the Literature and Implications for Future Research. *Matern Child Health J.* 2015 ; 19 (3): 675-690
37. Chianese J, Ploof D, Trovato C, Chang JC. Inner-city caregivers' perspectives on bed sharing with their infants. *Acad Pediatr.* 2009 ; 9 (1) : 26-32
38. Fleming P, Blair P, McKenna J. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child.* 2006 ; 91(10):799–801.
39. 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.
40. 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.
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. *Pediatr.* 2003 ; 112 (4):883–889.
42. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, Psara RM, Ledbetter TL, Graham MA, 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. *Pediatr* 2000; 106(3):e41.
43. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuck M, et al. Bed sharing when parents do not smoke. is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open.* 2013 ; 3 (5): e002299.
44. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T et al. Bed sharing and the risk of SIDS: can we resolve the debate? *J Pediatr.* 2012; 160 (1):44-48.
45. Moon RY, Horne RSC, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007 ; 370 (9598):1578-1587
46. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, Roomsharing, and Sudden Infant Death Syndrome in Scotland: A Case-control Study. *The Journal of Pediatrics.* 2005 ; 147 (1) : 32-37
47. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2009 ; 339 : b3666

48. Ruys JH, De Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-Sharing in the First Four Months of Life: a Risk Factor for Sudden Infant Death. *Acta Paediatr.* 2007 ; 96 (10) : 1399-1403
49. Thompson JMD, Thach BT, Becroft DM, Mitchell EA. New Zealand Cot Death Study Group. Sudden infant death syndrome: risk factors for infants found face down differ from other SIDS cases. *J Pediatr.* 2006;149(5):630-3
50. Baddock SA, Galland BC, Beckers MGS, Taylor BJ, Bolton DPG. Bed-Sharing and the Infant's Thermal Environment in the Home Setting. *Arch Dis Child.* 2004 ; 89 (12) : 1111-1116
51. Blair PS, Mitchell EA, Heckstall-Smith EM, Fleming PJ. Head covering - a major modifiable risk factor for sudden infant death syndrome: a systematic review *Arch Dis Child* 2008 ; 93(9) : 778-783
52. Levasseur M. Mort subite du nourrisson et sommeil partagé : quelles informations donner aux patients ? *Revue de la littérature et des recommandations internationales. Thèse d'exercice : Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1 :2012LYO1M016*
53. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à le refonte du carnet de santé de l'enfant du 25 mai 2016 [En ligne]. 2016 [cité le 15 juill 2016].
Disponible : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=56>
- 54 : Agence de la santé publique du Canada ,Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie,Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile,Institut canadien de la santé infantile. L'énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada [En ligne]. 2011 [cité le 10 juill 2019]. Disponible : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf
- 55 : AAP. American Academy of Pediatrics. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016. Recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016; 138(5)
- 56 : National Health Service. Reduce the risk of sudden infant death syndrome (SIDS) - Your pregnancy and baby guide. 2018 [cité le 10 juill 2019]. Disponible : <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/reducing-risk-cot-death/?tabname=babies-and-toddlers>
- 57 :Ministry of Health New Zealand. Keeping baby safe in bed: 6 weeks to 6 months. 2019 [cité le 10 juill 2019]. Disponible : <https://www.health.govt.nz/your-health/pregnancy-and-kids/first-year/6-weeks-6-months/keeping-baby-safe-bed-6-weeks-6-months>
58. Healthier Scotland, Unicef. Reduce the Risk of Cot Death_Leaflet.pdf . [cité le 10 juill 2019].
Disponible : <https://safesleepscotland.org/wp-content/uploads/2019/03/535-SCDT-Reduce-the-Risk-Leaflet-R4.pdf>
- 59 : Australian Government Department of Health, Red Nose. Safe sleeping : A guide to assist sleeping your baby safely. 2016 [cité le 10 juill 2019]. Disponible : https://rednose.org.au/downloads/Safe_Sleeping_Long_Brochure.pdf
60. Société Française de Pédiatrie: Mort subite du nourrisson [cité le 10 juill 2019]. Disponible : <http://www.sfpediatrie.com/recommandation/mort-subite-du-nourrisson>

- 61: Association Naître et Vivre : Le cododo [cité le 10 juill 2019]. Disponible : https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=cododo-partage-lit
62. Briand-Huchet E. Prévention de la mort inattendue du nourrisson, on doit encore progresser. *Pédiatrie Prat.* 2014;(263):5-6
63. ABM clinical protocol 6: guideline on co-sleeping and breastfeeding. Revision, March 2008.
64. CoFAM : Partager un lit avec son bébé [cité le 10 juill 2019]. Disponible : <https://www.coordination-allaitement.org/s-informer/etudes-et-recherches-diverses/71-plan-d-action-blue-print-protection-promotion-et-soutien-de-l-allaitement-maternel-en-europe>
65. Joyner B, Gill-Bailey C, Moon R. Infant sleep environments depicted in magazines targeted to women of childbearing age. *Pediatrics.* 2009;124(3):416-422
66. Chung M, Oden R, Joyner B, Sims A, Moon R. Safe infant sleep recommendations on the internet : let's google it. *J Pediatr.* 2012;161(6):1080-1084
67. INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques. Diplôme-Formation en 2016. Département du Calvados. 2019 [cité le 25 juill 2019]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-14#chiffre-cle-6>


Annexes

Annexe 1 : Conseils de prévention de l'Association Naître et Vivre



CONSEILS DE PREVENTION

DANS QUELLE POSITION COUCHER VOTRE BÉBÉ ?



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

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

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

DANS QUELLE LITERIE ?


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



Car les conséquences peuvent être graves

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

QUELLE TEMPÉRATURE DANS SA CHAMBRE ?



**18 à 20°
N'avez aucune crainte c'est suffisant.**

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

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

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


Apprenez à comprendre ses messages :

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

CONSULTEZ VÔTRE MEDECIN

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

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



Annexe 2 : Recommandations de l'UNICEF

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 sûr 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.

Annexe 3: Prospectus du réseau de Périnatalité sur l'allaitement



Comment allaiter votre bébé en toute sécurité (valable jusqu'à 1 an)

Quand vous allaitez votre bébé dans votre lit, il se peut que vous vous endormiez avec lui avant d'avoir eu le temps de le recoucher dans son lit.

Voici comment assurer sa sécurité

Votre bébé doit être :

- Habillé d'un pyjama (pas de sur-pyjama ou de turbulette)
- Installé à plat dos (en dehors des tétées)
- Positionné du côté opposé à celui de votre compagnon

Votre couchage doit respecter les éléments suivants :

- Matelas ferme aux dimensions du lit ou posé sur le sol
- Drap et couverture plutôt que couette, ne montant pas plus haut que vos hanches (pour que la tête du bébé soit toujours dégagée)
- Chauffage de la pièce à 18°-19°

Les premiers mois, votre bébé a besoin de votre présence (contact, voix...), même pendant son sommeil. Installez votre bébé dans son lit dans votre chambre, cela lui permettra de sentir votre présence et vous permettra de percevoir ses petits signes de réveil.

*Vous pouvez installer le lit de bébé tout près du votre pour pouvoir le prendre et le poser sans avoir à vous lever.
A vous de trouver l'arrangement qui vous convient,*

Dès que vous vous réveillez, recouchez votre bébé dans son lit !


Il n'est pas possible de prendre votre bébé dans votre lit si vous (ou une autre personne dans le lit) :

- Avez fumé quel que soit l'endroit et le moment,
- Avez consommé des boissons alcoolisées,
- Avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre somnolent(e),
- Etes anormalement fatigué(e), à tel point qu'il vous est difficile de répondre aux besoins de votre bébé.

Si votre bébé est au biberon, ne le gardez pas dans votre lit, remettez le dans son lit

Ne laissez pas son frère ou sa sœur dormir près de bébé – Dès que vous vous réveillez, recouchez le dans son lit

Le non-respect de ces règles augmente beaucoup les risques de Mort Inattendue ou d'étouffement



Annexe 4 : Prospectus du réseau de Périnatalité sur les recommandations de couchage

Recommandations pour le couchage
(Valable jusqu'à l'âge de 1 an)

1 Je dors sur le dos
jamais sur le ventre

2 Je dors à plat
sans oreiller

3 Mon matelas est ferme et
adapté aux dimensions de
mon lit

4 Je n'ai ni couverture ni
couette

5 Je n'ai besoin de rien dans
mon lit ; doudou, tour de lit,
cale bébé, cale tête, cocoon
peuvent être dangereux
pour moi

6 Pour ma sécurité je ne
porte rien autour du cou

7 Je dors seul dans mon lit

8 Jusqu'à 6 mois je suis plus
en sécurité si mon lit est
dans la chambre de mes
parents

9 La température de ma
chambre doit se situer
entre 18 et 20°C

10 Pas de tabac dans ma
maison



Annexe 5: Questionnaire

1) Quel âge avez-vous ?

2) Vivez-vous ?

- Seul(e)
- En couple

3) Quel diplôme avez-vous ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- BEP/CAP
- Bac
- Etudes supérieures .
- Je ne sais pas

4) Avez-vous d'autres enfants ?

- Oui
- Non
- Si oui , vous êtes-vous déjà endormi avec lui/eux ?

5) Allaitiez-vous ?

- Oui
- Non

6) Qui va assurer le suivi de votre enfant?

- Médecin Généraliste Pédiatre

7) Connaissez-vous les différentes méthodes de sommeil partagée?

- Cododo (lit partagé avec les parents)
- Side bed (lit attaché au lit parental)
- Lit dans la chambre parentale mais non attaché

8) Avez-vous reçu des informations/des conseils sur la pratique du sommeil partagé ?

- Oui
- Non

- Si oui, comment ? (plusieurs réponses possibles)

Par un professionnel de santé :

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Pédiatre
- Infirmière/puéricultrice
- Sage-femme
- Autre :

Par une personne de votre entourage (famille, amis...)

Sur internet

Autre :

- Si oui, cela vous a-t-il paru intéressant?

Oui Non

Pourquoi?

9) Souhaiterez-vous recevoir des informations sur le sommeil partagé par votre médecin traitant ?

Oui Non

- Si non: pourquoi?

- Si oui, a quel moment seriez-vous plus réceptif et prêt à recevoir ces informations? (plusieurs réponses possibles)

Avant la grossesse

Pendant la grossesse

Lors du suivi de votre bébé

10) D'après vous, quel est le lieu de couchage idéal et recommandé pour un bébé au cours de ses six premiers mois ?

Dans son lit, dans sa chambre

Dans son lit, dans votre chambre

Dans votre lit

11) D'après vous, y-a-t-il des bénéfices pour votre bébé à pratiquer le sommeil partagé ?

Oui

Non

- Si oui, lesquels ?

12) D'après-vous, y-a-t-il des risques pour votre bébé à pratiquer le sommeil partagé ?

Oui

Non

- Si oui, lesquels ?

13) D'après vous, quelles sont les situations dans lesquelles il faut éviter de pratiquer le sommeil partagé ?

- Situations concernant les parents :

- Situations concernant le bébé :

- Situations concernant le lieu de couchage/ l'environnement :

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : MICHEL Coralie

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Le sommeil partagé : état des lieux des connaissances des mamans dans les maternités du Calvados. Sont-elles suffisamment informées?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Le sommeil partagé, pratique en augmentation en France avec l'essor du «maternage proximal» fait débat et est très controversé. Le partage de la chambre parentale jusqu'à l'âge de 6 mois est recommandé. Partager son lit avec son bébé, favorise la durée et la pérennité de l'allaitement, et accroît le lien d'attachement. Il est aussi un facteur de risque de MIN. Pour certains, ce n'est pas le partage du lit qui est un facteur de risque mais la façon dont il serait réalisé (tabac, alcool, médicaments, fatigue, prématuré, petit poids, lieu de couchage inadapté...). Si le sommeil partagé est le choix des parents, il existe des recommandations pour le pratiquer de la façon la plus sécuritaire possible.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer les connaissances des mères sur le sommeil partagé, ainsi que les modalités d'informations de celles-ci. Une étude quantitative a été réalisée au sein des quatre maternités du Calvados du 21 Août au 4 Septembre 2019. 77 questionnaires ont été analysés.

36,36% ont reçues une information sur le sommeil partagé par un professionnel de santé. Les mères (66,32%) souhaiteraient en recevoir, par leur médecin traitant, pendant la grossesse et pendant le suivi de leur bébé. La recommandation « partage de la chambre jusqu'à l'âge de six mois » est bien connue (83,12%). Les risques et les situations dangereuses ne sont pas connus.

Les mères ne sont pas suffisamment informées sur le sommeil partagé et particulièrement sur le risque de MIN en cas de partage du lit. La prévention par les professionnels de santé (médecin généraliste, pédiatre, sages-femmes) et les campagnes de prévention doivent être renforcées et réitérées.

MOTS-CLÉS : Sommeil partagé, partage du lit, co-dodo, partage de la chambre, bénéfiques, risques, situations à risques, MIN

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Shared sleep: state of the art of mothers' knowledge in Calvados maternity hospitals. Are they sufficiently informed?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Shared sleep, practice increasing in France with the rise of "proximal mothering" is debated and is very controversial. International institutions recommend sharing the parental room until the age of six months. Sharing his bed with his baby, promotes the duration and durability of breastfeeding, and increases the attachment link. But, he is also a risk factor for SIDS. For some, it is not the sharing of the bed that is a risk factor but the way whose it would be realized (tobacco, alcohol, drugs, tiredness, prematurity, small weight, inappropriate sleeping place ...). If shared sleep is parent's choice, there are recommendations to practice it as safely as possible.

Our studie's purpose were to assess the mothers' knowledge of sharing sleep, as well as their information modalities. A quantitative study was carried out in the four maternity hospitals in Calvados in 2019. 77 questionnaire were analyzed.

36.36% received a information about sharing sleep by a healthcare professional. Mothers (66.32%) would like to receive, by their general practicionner, during pregnancy and during follow-up of their baby. The recommendation "sharing the room until the age of six months" is well known (83.12%). Risks and dangerous situations are not known.

Mothers are not enough informed about shared sleep and especially about the risk of MIN in case of bed sharing. Prevention by health professionals (general practicionner, pediatrician, midwives) and prevention campaigns must be strengthened and reiterated.

KEY WORDS : Shared sleep, bed sharing, co-sleeping, room sharing, benefices, risks, risk situations, SIDS