



HAL
open science

Représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois. Partie 2, étude qualitative explorant les attitudes

Chloé Guennec

► **To cite this version:**

Chloé Guennec. Représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois. Partie 2, étude qualitative explorant les attitudes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02557175

HAL Id: dumas-02557175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02557175v1>

Submitted on 10 May 2021

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

Chloé GUENNEC

Née le 31/08/1991 à Ploemeur

Représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois.

Partie 2 : étude qualitative explorant les attitudes

Thèse soutenue à Rennes :

Le mercredi 26 Juin 2019 à 14h

devant le jury composé de :

Pr Patrick PLADYS

PU-PH Pédiatrie, CHU Rennes, président

Pr Alain BEUCHEE

PU-PH Pédiatrie, CHU Rennes, juge

Pr Claude BENDAVID

PU-PH Biochimie et biologie moléculaire, juge

Dr Sylvie JAILLARD

MCU-PH Histo-embryologie et cytogénétique, juge

Dr Alain CAUBET

MCU-PH Médecine et Santé au travail, juge

Mme Catherine PLESSE

Sage-femme, réseau périnatal 35, juge

Dr Sidonie CHHOR

MCA, DMG de Rennes, juge et directrice de thèse



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

Chloé GUENNEC

Née le 31/08/1991 à Ploemeur

Représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois.

Partie 2 : étude qualitative explorant les attitudes

Thèse soutenue à Rennes :

Le mercredi 26 Juin 2019 à 14h

devant le jury composé de :

Pr Patrick PLADYS

PU-PH Pédiatrie, CHU Rennes, président

Pr Alain BEUCHEE

PU-PH Pédiatrie, CHU Rennes, juge

Pr Claude BENDAVID

PU-PH Biochimie et biologie moléculaire, juge

Dr Sylvie JAILLARD

MCU-PH Histo-embryologie et cytogénétique, juge

Dr Alain CAUBET

MCU-PH Médecine et Santé au travail, juge

Mme Catherine PLESSE

Sage-femme, réseau périnatal 35, juge

Dr Sidonie CHHOR

MCA, DMG de Rennes, juge et directrice de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Pédopsychiatrie ; Addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie

TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick PLADYS, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier dans le service de Pédiatrie du CHU de RENNES. Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect. Nous vous remercions sincèrement pour vos conseils bienveillants et appréciés durant ce travail.

A Monsieur le Professeur Alain BEUCHEE, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier dans le service de Pédiatrie du CHU de RENNES. Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous tenons à vous remercier sincèrement pour votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Claude BENDAVID, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier dans le service de Biochimie et biologie moléculaire du CHU RENNES. Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur Sylvie JAILLARD, Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier dans le service d'Histologie, embryologie et cytogénétique du CHU de RENNES. Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Recevez à cette occasion nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET, Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier dans le service de la Médecine et santé au travail du CHU de RENNES. Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de juger ce travail. Nous sommes ravies de clore nos études en vous comptant parmi les membres de ce jury, elles ont agréablement débuté avec votre enseignement.

A Madame Catherine PLESSE, Sage-femme au centre périnatal d'Ille-et-Vilaine. Nous vous remercions pour votre participation à ce jury de thèse. Merci de nous avoir fait part de votre expérience afin d'étayer ce travail.

A Madame le Docteur Sidonie CHHOR, Maître de Conférence Associé, Médecin généraliste à RENNES et Directrice de Thèse. Merci de nous avoir guidées tout au long de ce travail. Nous te remercions sincèrement pour ta disponibilité, ton expertise et tes encouragements.

A Monsieur le Professeur Hugues PATURAL, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier dans le service de Pédiatrie du CHU de SAINT-ETIENNE. Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce travail de recherche en nous apportant votre expertise. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Madame le Docteur Béatrice KUGENER, Pédiatre responsable du centre de Référence de Morts Inattendues du Nourrisson du CHU de LYON et Pédiatre libérale à LYON. Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce travail de recherche et de nous apporter votre expertise. Recevez le témoignage de notre profonde gratitude.

A tous les soignants interrogés d'Ille-Et-Vilaine, des Côtes d'Armor et du Morbihan.

Vous nous avez fait l'honneur de participer aux entretiens nécessaires à ce travail de recherche. Nous vous en sommes sincèrement reconnaissantes et nous vous en remercions.

A Laurine LE CORFF, Professeur d'anglais à Paris.

Nous te remercions sincèrement pour ton aide précieuse en tant que traductrice.

A Ellie DUVAL, Médecin généraliste.

Nous te remercions sincèrement pour tes conseils et ta relecture percutante.

A ma famille et mes amis

A Xavier, tu m'as toujours soutenue depuis que nous nous connaissons, nous franchissons chaque étape ensemble et notre complicité est essentielle. Merci pour ton amour, ta patience et ton attention.

A mes chers parents, Maman, Papa, je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour et votre soutien tout au long de ces années d'étude.

Maman, tu as toujours été présente auprès de moi, dans les instants de bonheur comme dans les moments plus difficiles, merci d'être toi.

Papa, pour la fierté que tu me portes et pour ton soutien inestimable dans tout ce que j'entreprends, merci mille fois.

A ma grande sœur, Typhaine, sans qui je ne serais jamais allée aussi loin. Merci pour ton soutien pendant toutes ces années et merci de m'avoir permis de grandir, de m'épanouir et de prendre un peu plus confiance en moi chaque jour. Je ne te remercierai jamais assez pour tout.

Merci à Enora, qui comble sa marraine de bonheur depuis 1 an.

A mon grand frère, Julien, sans qui je n'aurais jamais pu obtenir la première année de médecine. Ton humour et ton soutien m'ont permis de franchir cette étape difficile du premier coup, tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer et me redonner confiance, je te remercie pour tout.

A mes grands-parents, Mamie Christiane, Mamie Lisa et Papy Gus, merci pour vos encouragements tout au long de mes études.

A Papy Pierrot, je ne t'oublie pas... J'aurais tant aimé t'avoir à mes côtés pendant toutes ces années.

A Panida, merci pour ton soutien, tes conseils, nos moments à deux nécessaires pour grandir dans cette profession. Merci également pour ton aide précieuse dans le déroulement de la fin de mes études. Merci de me faire l'honneur d'être bientôt une deuxième fois tata.

A mes beaux-frères, Gaël et Julien, merci pour votre soutien et vos conseils.

A mes beaux-parents, Isabelle et Gwenaël, un grand merci pour votre accueil pendant toutes ces années de travail, pour votre soutien et pour votre compréhension.

A mes amies de toujours, Aurélia, Sandrine, Laurine, pour votre amitié irremplaçable, pour toutes les émotions et instants inoubliables vécus avec vous ainsi que pour votre soutien depuis le tout début, un grand merci.

À Hélène, Séverine, et Anne, merci pour tous les moments de fous-rires pendant nos études, merci pour votre présence, vos conseils et vos encouragements.

Aux CDL, aux Melting Potes, à mes amis internes du CUR, pleins de beaux souvenirs partagés pendant ces années d'études, je vous en remercie.

Au Basket Club Hennebontais, cette passion du basket m'a permis de trouver l'équilibre nécessaire à la poursuite de mes études, plus qu'un club... merci pour toutes ces années.

A Cindy, merci pour tes précieux conseils et tes encouragements.

A tous les médecins généralistes du cabinet de Plouay, merci pour votre accueil chaleureux.

Enfin, un grand merci à Aude, ma partenaire de thèse. Une très belle rencontre dans le cadre de ce travail, je te remercie pour ta rigueur, ton travail et ta patience. J'admire le médecin et la maman formidables que tu es, je n'ai plus qu'à suivre ton exemple.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
MATÉRIEL ET MÉTHODE	11
I. Type d'étude.....	11
II. Constitution des échantillons	11
III. Le guide d'entretien.....	11
IV. Le recueil des données	11
V. Analyse des données	12
RÉSULTATS.....	13
I. Présentation de l'échantillon	13
II. Analyse thématique	13
A. Exploration par les soignants des lieux et des modalités de couchage	14
1. Lieux de couchage	14
2. Modalités de couchage.....	14
3. Les motivations du soignant à explorer le mode de couchage.....	16
B. Représentations des soignants sur le partage du lit parental.....	19
1. Représentations positives	19
2. Représentations négatives.....	21
C. Attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental	23
1. L'influence des expériences des soignants	23
2. Influence du contexte	24
3. Postures des soignants.....	26
4. Discours des soignants interrogés.....	27
D. Etat de la pratique clinique actuelle.....	30
1. Les ressources guidant les soignants.....	30
2. Les attentes des soignants	31
3. Réflexion sur la pratique	31
DISCUSSION	33
I. Forces et limites de l'étude.....	33
A. Les forces	33
B. Les biais.....	33
C. Les faiblesses.....	33
II. Partage de la chambre parentale avec un nourrisson : conditions et enjeux.....	34
III. Partage du lit parental.....	35
A. Liens avec l'allaitement maternel et les pleurs	35
B. Les représentations des soignants.....	36
C. Réponse à apporter aux parents	37
D. Posture des soignants et avis d'expert	39
E. Dangers des objets de puériculture	40
F. Outils d'information	40
IV. Les influences des expériences personnelles et professionnelles.....	41
V. Les influences culturelles	41
A. La communauté des gens du voyage	41
B. Partage du lit parental dans le monde.....	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
GLOSSAIRE	47
ANNEXE 1- CARACTERISTIQUES DES SOIGNANTS INTERROGES.....	48
ANNEXE 2 - GUIDE D'ENTRETIEN	49
ANNEXE 3 – AUTORISATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	50

INTRODUCTION

Le taux de mortalité infantile en France stagne depuis 2005 après avoir baissé très fortement durant le vingtième siècle.(1). La mort inattendue du nourrisson (MIN) reste en France la première cause de mortalité entre 1 et 12 mois de vie. Elle touche chaque année près de 450 enfants dans notre pays, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique.(2)(3)(4)

La MIN est définie comme une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir.(5) Elle est d'origine multifactorielle, et survient dans 90% des cas au cours des 6 premiers mois de vie.(6)

Les MIN peuvent être d'origine accidentelle, être liées à une maladie précise (infectieuse ou malformative) ou rarement, à un cas de maltraitance.(4) La mort subite du nourrisson désigne quant à elle, un décès qui reste inexplicable par les explorations post-mortem réalisées.

En baisse régulière, les MIN sont passées de 2,3 à 0,3 pour 1000 naissances en 20 ans, en particulier depuis l'instauration du couchage en décubitus dorsal des nourrissons.(7)

Le partage de la chambre parentale est considéré comme un facteur protecteur contre la MIN(4) et est recommandé par l'Académie Américaine de Pédiatrie(8). La société française de pédiatrie s'appuie sur ces recommandations pour encadrer l'environnement du couchage du nourrisson.

L'allaitement maternel est recommandé les 6 premiers mois de vie d'un nourrisson (9) et est également un facteur protecteur de la MIN (10).

Par ailleurs, la pratique du partage du lit parental semble fréquente en cas d'allaitement maternel.(11)(12)

L'une des causes évitables de la MIN est le couchage inadapté, dont le partage du lit parental avec un nourrisson. Les opinions divergent concernant les enjeux et les risques liés à la pratique du lit parental partagé. Certains auteurs estiment que cette dernière est favorable au bon déroulement de l'allaitement et favorise sa longévité.(13)(14)(15)(16)(17)

Notre travail de thèse s'intègre dans un travail de recherche mené sur le thème du sommeil partagé et soutenu par le Département de Médecine Générale à Rennes.

Ce terme de sommeil partagé sous-entend plusieurs modalités de couchage du nourrisson. Il s'agit tout d'abord du partage de la chambre parentale (deux lits distincts), puis du partage de lit, mais avec là encore une sous-distinction entre le partage du lit parental (désignant une seule surface de couchage) et le cododo (deux surfaces de couchages distinctes).(18)

Par ailleurs, ce travail fait suite à celui du Docteur Pauline RENON(19) qui avait étudié les conseils dispensés par des médecins généralistes à leurs patients sur les lieux et les modalités de couchage des nourrissons.

L'objectif principal de notre thèse commune est de recueillir les représentations et les attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois, en dépit des recommandations officielles en vigueur en France.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative commune(20) (Chloé GUENNEC-Aude BERGER), avec des entretiens semi-dirigés individuels.

II. Constitution des échantillons

Les statuts des professionnels de santé interrogés dans cette étude étaient les suivants : médecins généralistes, pédiatres, infirmières-puéricultrices et sages-femmes. En effet, ces derniers apparaissaient être les principaux acteurs des prises en charge des nourrissons lors des premiers mois de leur vie.

Les interrogés exerçaient dans des structures libérales ou salariales, en milieu urbain ou rural dans les départements suivants : Ille-et-Vilaine, Morbihan et Côtes d'Armor.

Le recrutement initial des participants s'est fait avec nos connaissances respectives, à la fois personnelles et professionnelles, et par des suggestions de notre directrice de thèse.

Le contact a été établi par appels téléphoniques et par courriels. Ensuite, l'effet « boule de neige » attendu a permis de compléter le recrutement par les suggestions des soignants rencontrés.

Un échantillon raisonné a été obtenu grâce à ce recrutement.

III. Le guide d'entretien

La préparation du guide d'entretien a débuté par une phase exploratoire. Elle a permis d'enrichir le contenu du guide. Un seul des entretiens de la phase exploratoire n'a pas été inclus limitant toute perte de données.

Le guide d'entretien final est intégré en annexe.

IV. Le recueil des données

L'accord du comité d'éthique du CHU de Rennes a été obtenu, le document est annexé en fin de thèse.

Les entretiens ont débuté le 18 octobre 2018 et se sont achevés le 15 février 2019.

Nous en avons réalisés 40 au total. Tous les entretiens programmés ont été réalisés.

Les soignants interrogés choisissaient à leur convenance la date, l'horaire et le lieu de rendez-vous pour l'entretien, dans des endroits calmes souvent sur le lieu d'exercice dans les bureaux ou en salle de consultation.

Avant de débiter l'entretien, le consentement oral à la participation à ce projet de thèse ainsi qu'à l'enregistrement de leurs propos avec un dictaphone a été recueilli.

Les personnes rencontrées pouvaient à tout moment faire part de leurs réticences à répondre à certaines questions au cours de l'entretien. La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes. Le plus rapide a été réalisé en 6 minutes et le plus long en 46 minutes.

Les propos enregistrés lors des entretiens ont été retranscrits littéralement et dans leur intégralité.

Le travail a été rendu anonyme après cette étape de retranscription. Cette manipulation assurait un anonymat au moment de la triangulation des données.

V. Analyse des données

Nous avons entamé l'analyse de l'ensemble des données obtenues lors des entretiens en mettant en place un regroupement par thèmes puis par sous-thèmes des différents verbatims que nous avons extraits des données pour leur pertinence.

Chacune de nous a réalisé cette même tâche individuellement, à la fois avec ses propres entretiens puis avec ceux de l'autre afin de permettre une triangulation des données.

RÉSULTATS

I. Présentation de l'échantillon

17 médecins généralistes, 8 pédiatres, 9 infirmières-puéricultrices et 6 sages-femmes ont été recrutés. L'âge variait entre 25 et 64 ans. La répartition était de 31 femmes pour 9 hommes, il y avait 15 soignants exerçant en milieu rural contre 25 en milieu urbain.

21 soignants avaient déjà pratiqué personnellement le partage du lit parental, que ce soit fréquemment ou accidentellement.

Les caractéristiques de l'échantillon des interrogés sont illustrées dans le tableau en annexe.

II. Analyse thématique

Le plan des résultats qui suit, est issu de l'analyse croisée du recueil des propos des soignants interrogés.

La première partie a été rédigée par Aude BERGER. D'abord, nous nous sommes attachées à étudier la manière dont les soignants abordaient le sommeil et plus largement les modalités de couchage des nourrissons. Puis nous avons recueilli les représentations des soignants face à la pratique du partage du lit parental.

La deuxième partie a été rédigée par Chloé GUENNEC. Ensuite, nous avons étudié les attitudes des soignants en réponse à cette pratique de couchage tout en analysant les différentes influences qui guident les soignants.

Partie 1 rédigée par Aude BERGER

A. Exploration par les soignants des lieux et des modalités de couchage

1. Lieux de couchage

Le sommeil était une question centrale de l'examen et du soin porté au nourrisson de moins de 6 mois.

Quelques professionnels ont précisé s'intéresser au lieu de couchage du nourrisson sans aller plus loin.

« Dans la chambre des parents oui, mais le partage du lit parental, alors là, j'avoue ne pas avoir creusé ça. » (E11)

Ensuite, en ce qui concernait le lieu de couchage, la question était de savoir si les parents partageaient ou non leur chambre avec leur enfant.

« Je questionne toujours les parents sur le couchage. Comment vous le couchez ? Dans quelle chambre ? » (E33)

Les professionnels avaient majoritairement l'impression que le partage de la chambre parentale était en augmentation par rapport aux années passées, en particulier en cas d'allaitement durant les premières semaines de vie.

« Avant, peu dormaient avec leur bébé, et maintenant, la plupart des gens disent : « le bébé dormira près de nous ». » (E7)

Par ailleurs, certains professionnels ont cherché à savoir s'il arrivait que le nourrisson partage le lit parental.

« Je pose la question de comment se passent les nuits pour savoir comment elles le font quand elles dorment avec le bébé » (E24)

D'autres professionnels, essentiellement les infirmières-puéricultrices, s'intéressaient au type de support où dormait l'enfant (une nacelle ou un lit à barreaux, usage d'un lit cododo ou encore dans un cocoonababy).

« Oui ! Tout le temps on demande où dort le bébé et dans quoi il dort c'est important. » (E5)

2. Modalités de couchage

2.1 Exploration systématique par les soignants

Certains professionnels, par exemple les infirmières-puéricultrices, les pédiatres a fortiori s'ils travaillaient en maternité et les sages-femmes, interrogeaient les parents de façon systématique sur le couchage.

« J'aborde forcément tout le temps le couchage, moi j'ai une check-list, je leur dis à chaque fois les recommandations officielles de l'OMS. » (E7)

De plus, quelques professionnels de santé évoquaient être devenus plus systématiques dans le questionnement sur le couchage depuis l'ajout d'un item dans le carnet de santé ou depuis leur propre parentalité.

« C'est récent mais c'est noté dans le carnet de santé, donc je leur pose la question. » (E29)

« C'est à titre systématique, je ne sais pas si je les posais avant d'être papa par exemple. » (E38)

Exploration non systématique

D'autres professionnels, majoritairement les médecins généralistes et certains pédiatres, n'abordaient pas systématiquement la question du couchage.

« Systématiquement les consignes de couchage, savoir comment il dort ? Honnêtement, non. » (E27)

L'exploration du couchage était conditionnée dans ce cas de figure, par l'existence de facteurs de vulnérabilité identifiés par le professionnel soignant.

Facteurs de vulnérabilité d'origine maternelle : la quasi-totalité des soignants a déclaré être vigilante lors d'une fatigue ou d'un stress maternel. D'autres ont déclaré être attentifs dans des situations de déficience cognitive maternelle, de trouble thymique ou encore lors de l'existence d'une dépendance à des substances psychotropes (médicamenteuse, tabagique ou à des substances illicites). Par ailleurs, les professionnels ont rapporté être plus précautionneux dans un contexte de précarité sociale, avec comme exemple le cas de la monoparentalité, en présence d'une maman seule dépourvue de soutien.

Facteurs de vulnérabilité concernant le nourrisson : les professionnels ont déclaré être particulièrement alertes lorsqu'ils avaient connaissance d'une prématurité, d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU), ou bien dans un contexte de gémellité, ou encore d'épisodes de pleurs incompris par les parents.

« Dans les situations de précarité, ce sont les femmes qui n'ont pas de berceau, ce n'est pas le premier achat qu'elles font vis-à-vis de leur bébé donc c'est souvent du partage de lit. » (E24)

De plus, plusieurs professionnels ont mentionné que l'évocation des pleurs était une opportunité pour discuter du sommeil ainsi que du mode de couchage du nourrisson.

« On y arrive assez facilement à parler du couchage au travers des pleurs des bébés et la fatigue de la maman. » (E5)

« Le cododo ce n'est pas forcément pour l'allaitement mais c'est pour les pleurs. » (E26)

2.2 Exploration inexistante

Dans cette étude, quelques de soignants ont confié ne pas explorer le mode de couchage.

« La façon dont cela se passe pour le couchage, où le bébé dort, je zappe un peu la question. Au début de ma carrière, j'ai été très attentive au coucher parce qu'on était au début du coucher sur le dos et tout ça mais maintenant je ne pose plus trop la question. » (E4)

Parmi les professionnels n'explorant pas ou peu cette question du couchage, certains étaient rassurés par l'existence de facteurs dits de confiance envers les mamans ou les parents ayant l'expérience de la maternité ou devant des parents qui ne manifestaient pas de difficulté.

« Je n'ai pas posé la question parce que c'est la numéro 3 et numéro 4 et que tout se passe super bien, que la maman ne rencontre aucune difficulté. » (E1)

« Quand c'était une maman assez cool, que tout va bien. Et puis quand ça va bah oui moi je ne creuse pas trop. » (E8)

2.3 Exploration suggérée par les parents

Parfois même, il est apparu que ce sont les parents qui verbalisaient spontanément une difficulté concernant le sommeil de leur enfant au professionnel qui abordait alors cette problématique. D'après les propos des soignants, les parents semblaient se confier plus volontiers aux sages-femmes ou aux infirmières-puéricultrices et peu, voire pas du tout au corps médical.

« Mais elle me dit aussi qu'elle partage le lit avec sa fille. » (E6)

En effet, ce sont les sages-femmes et les infirmières-puéricultrices qui rapportaient le plus d'exemples de cette pratique, tandis que la majorité des médecins généralistes n'interrogeait pas les parents sur cette pratique et pensait ne pas avoir de patient pratiquant le partage du lit parental.

« Non je n'ai pas vu et je ne pense pas que ce soit un défaut d'aveux. » (E11)

3. Les motivations du soignant à explorer le mode de couchage

3.1 Les risques liés au couchage inadapté

Beaucoup de professionnels de santé interrogés s'assuraient que le partage de la chambre était respecté, et certains interrogeaient sur la pratique du partage de lit avec les parents.

3.1.1 Les risques pour le nourrisson

Cette étude a montré l'intérêt porté à l'acte de prévention contre le risque de MIN. En effet, ce risque de mort subite du nourrisson était l'argument majoritairement évoqué pour répondre à la question des raisons pour lesquelles les soignants s'intéressaient au sommeil et au mode de couchage du nourrisson.

« Moi, je pense à la prévention de la mort subite du nourrisson et je redonne les conseils de couchage (E2). »

De plus, les soignants ont évoqué les risques de chute, d'étouffement, d'écrasement par les parents tout en rappelant que la literie des adultes n'était pas adaptée à l'accueil d'un nourrisson.

« Ce n'est pas idéal de dormir avec son bébé parce que le risque est que justement il y a des choses qui viennent couvrir la tête du bébé ou que l'un des parents écrase le bébé ou ce genre de choses, qu'il puisse tomber du lit. » (E20)

De même, certains professionnels jugeaient important de dépister les signes de fatigue maternelle en vue de prévenir du risque de maltraitance parentale avec comme exemple, le syndrome du bébé secoué.

« Pour la détection des mamans fatiguées qui sont un peu trop stressées et à risque de coups, enfin des bébés secoués. » (E18)

Certains soignants ont confié leur méfiance face à un risque de dérive incestueuse envers le nourrisson.

« Essayer de repérer les attitudes non adaptées, s'il y a quelque chose qui me paraît bizarre, j'explore. » (E13)

3.1.2 Les risques pour la maman

Les interrogés exploraient la qualité du sommeil du nourrisson afin d'évaluer l'état de santé de la maman.

« Je pense que c'est une porte ouverte pour parler de l'état psychique de la maman. » (E14)

Selon les soignants, le rythme du sommeil du nourrisson semblait conditionner l'état de fatigue.

« Je pose la question du sommeil car cela peut avoir une influence sur la fatigue maternelle. » (E18)

Par ailleurs, les soignants étaient sensibles au dépistage de conflits conjugaux pouvant être mis en lumière par ces questions sur le sommeil et le couchage.

« Ça en dit aussi sur ce que les gens font, parfois ils ne dorment pas plus parce qu'ils dorment avec l'enfant et que c'est une période compliquée, et cela permet aussi d'identifier des problèmes au niveau des parents. » (E38)

3.1.3 Les risques pour le lien mère-enfant

Beaucoup de professionnels ont verbalisé l'importance qu'ils attachaient à discuter du sommeil afin de pouvoir se faire une idée de la qualité du lien mère-enfant se mettant en place.

« Cela me permet de voir un peu au niveau du lien, s'il n'y a aucun repas la nuit, quand c'est un tout petit et qu'il est mis tout seul dans sa chambre, cela m'interroge aussi, je me dis bon il y en a qui le prennent avec eux dans le lit mais il y en a d'autres qui l'éloignent donc c'est pareil, cela me permet de juger un peu du lien et de l'attitude parentale. Cela me questionne souvent, laisser un tout petit bébé dans une grande chambre, seul, ça me questionne. » (E33)

3.2 Les bénéfices à attendre du partage du lit parental

3.2.1 Les bénéfices attendus pour le nourrisson

Certains professionnels de santé ont mis en avant les bienfaits du partage de lit pour le bien-être du bébé et le respect de son rythme et de ses besoins.

« C'est plutôt une approche globale du bien-être de l'enfant, on ne va pas laisser le bébé hurler. » (E16)

« Je pense que lorsque l'enfant est proche de la maman, cela simplifie pour l'endormissement par la suite à la fois de la maman et du bébé. » (E18)

3.2.2 Les bénéfices attendus pour la maman

Selon certains soignants, cette pratique du lit partagé permettait de favoriser l'allaitement maternel la nuit dans la mesure où il simplifiait sa réalisation afin de réduire l'épuisement maternel à l'origine de l'arrêt précoce de l'allaitement.

« J'avoue qu'une maman qui me dit qu'elle est épuisée, qui me dit qu'elle n'en peut plus, qu'elle a besoin de dormir... et bien je me vois encore lui dire papa au salon et maman au milieu du lit avec son bébé, on enlève la

couette vous dormez avec un gilet, vous enlevez les oreillers du lit, je l'ai dit... et je me dis bah plutôt que la maman le jette par la fenêtre parce qu'elle n'en peut plus et bien je préfère lui dire de prendre toutes ces précautions et qu'elle dorme. Enfin, pour ne pas laisser la maman s'épuiser. » (E5)

« Ne pas laisser la maman s'épuiser sinon c'est un échec programmé de l'allaitement. » (E3)

« C'est plus confortable, plus pratique la nuit car on est dans l'environnement. » (E2)

Ils ont également déclaré que certaines mamans ressentaient le besoin d'être proche de leur enfant afin d'anticiper leurs attentes, les surveiller et y voyaient une façon de créer positivement ce lien mère-enfant.

« C'est plus rassurant pour la maman, si l'enfant pleure, elle l'entend facilement. » (E18)

3.2.3 Les bénéfices à attendre pour le lien mère-enfant

Certains soignants interrogés exploraient le sommeil du nourrisson et l'attitude parentale afin d'évaluer le lien parent-enfant naissant.

« Ça dit beaucoup sur comment se passe le contact avec l'enfant. » (E18)

Beaucoup de professionnels ont évoqué le besoin des nourrissons en termes de contact et de promiscuité comme un élément de réassurance et de sécurité pour ce dernier.

« Voilà dans un premier temps, un bébé il a besoin de ses parents et on sait qu'au début plus un bébé est sécurisé et plus on a un attachement sécuritaire au départ et plus il va être serein et autonome et plus ses connexions vont se faire, moins il va sécréter du cortisol, c'est même de la prévention au long terme, moins il va avoir de risque d'addiction, de syndrome dépressif donc moins de médicaments c'est même une économie financière pour la sécu. » (E7)

« Le lien mère-enfant est tellement fort les premiers mois que je peux comprendre qu'une maman ait envie de garder son bébé contre elle pour dormir. » (E34)

3.3 Les freins à l'exploration du mode de couchage

Certains soignants, majoritairement les médecins généralistes, ont évoqué ne pas avoir constaté ce phénomène en clinique courante. Ces mêmes soignants s'interrogeaient même sur les raisons de cette pratique jugée dangereuse.

« Je m'interroge sur le pourquoi, qu'est-ce que ça apporte de plus qu'un enfant auprès de sa mère dans un petit lit » ? (E11)

« Je ne vois pas trop les avantages finalement. » (E19)

Pour certains, l'information sur cette question du couchage et de son encadrement était enseignée lors du séjour à la maternité et donc était connue.

« C'est censé être acquis à la sortie de la maternité. » (E27)

Certains allaient même plus loin, préférant ne pas l'évoquer afin de ne pas s'opposer à leurs collègues de la maternité pour protéger leurs patients du doute face à des discours médicaux contraires.

« Je n'aime pas contredire ce que dit la maternité, il ne faut pas avoir des discours discordants. Ils ne nous font plus confiance après. » (E15)

Néanmoins, certains soignants considéraient que l'absence de conseil délivré aux parents pouvait les conduire vers des sources d'informations non adaptées.

« Parfois, ils essayent de trouver comment faire auprès des soignants qui évitent le sujet donc ils vont aller parler sur les forums. Et sur les forums, il n'y a pas toujours des informations pertinentes ». (E23)

Pour d'autres professionnels de santé, en particulier certains médecins généralistes, la question du couchage appartenait à la sphère intime de la famille et ce n'était en rien une question d'ordre médicale.

« Non ce n'est pas systématique, ce sont les parents qui me racontent, je pense que les gens sont libres, c'est leur vie, ce n'est pas pour moi une question médicale, je trouve que c'est leur intimité ... la médecine est intrusive et normative ça me déplaît » (E13)

B. Représentations des soignants sur le partage du lit parental

1. Représentations positives

1.1 L'allaitement et l'attachement

Certains professionnels de santé mettaient en avant le lien fort entre l'allaitement maternel et la pratique du partage de lit.

« A partir du moment où l'on donne des informations aux parents, après on sait que quasiment toutes les mamans qui allaitent dorment avec leurs enfants. Et c'est quelque chose qu'on ne veut pas voir mais sauf que c'est la réalité. » (E23)

D'après eux, cette pratique permettait à la fois une proximité mère-enfant bénéfique à l'allaitement ainsi que la possibilité pour la maman de répondre plus aisément aux besoins de son bébé. De plus, ils constataient que cette pratique réduisait également les pleurs du nourrisson. Ils évoquaient le partage du lit parental sous condition de respecter des règles de sécurité.

« On sait qu'être proche de son bébé, cela va favoriser l'allaitement et aussi la durée de l'allaitement, ça va diminuer les pleurs, cela va favoriser l'attachement. Voilà favoriser le partage de la chambre c'est essentiel, évident mais le partage du lit ; oui mais dans certaines conditions. » (E7)

« Quand c'est un allaitement, je suis complètement pour et surtout que l'on peut constater l'efficacité sur l'allaitement. » (E17)

« Je pense que c'est quelque chose qui peut permettre à un allaitement de bien fonctionner, de s'autoriser à prendre le bébé avec soi dans le lit. » (E30)

De même, le fait de partager le lit parental avec un nourrisson allaité était source de bien-être pour la maman et son enfant. Quelques professionnels de santé ont évoqué ce besoin de contact entre ces derniers, qui pourrait expliquer la pratique du partage du lit parental.

« Le bébé est demandeur, la maman aussi, ils en avaient besoin tous les deux, c'est un besoin mutuel, la construction d'un lien mère-enfant. » (E12)

« Parce que plus on donne la tétée et que l'allaitement se passe bien, on est détendu, on est dans une plénitude, un bien-être et du coup si on est dans le lit avec son bébé on va forcément s'endormir. » (E21)

« Nous, on les rassure (quand les mamans évoquent s'être endormies avec leurs nourrissons) en leur disant que de toute façon le bébé a besoin d'autant de contact avec sa maman que possible et elles sont rassurées par la suite. » (E30)

1.2 Notion d'hyper-vigilance lors d'un allaitement

Selon certains soignants, l'allaitement maternel et la promiscuité avec son bébé apparaissaient favoriser l'endormissement de la maman et du nourrisson dans le lit parental. La décharge hormonale a été avancée comme un argument de justification.

« La nuit, avec des réveils multiples, on peut comprendre que la maman soit fatiguée, et puis en plus l'allaitement sécrète des hormones qui facilitent l'endormissement. » (E25)

Plusieurs professionnels évoquaient l'état d'hyper-vigilance maternel, lors d'un allaitement, protégeant ainsi le nourrisson. D'après beaucoup de soignants, cet état d'hyper-vigilance était ambivalent car il permettait à la fois une surveillance optimale du nourrisson pendant la nuit mais favorisait également l'installation d'une fatigue maternelle.

« Dans les situations d'allaitement, il semblerait que les mamans soient plus sensibles et plus vigilantes à leur enfant. » (E27)

1.3 Le besoin physiologique de dormir

Certains soignants confortaient les parents dans l'idée qu'ils devaient dormir pour rester de bons parents.

« Tu le prends, il est épuisé, toi aussi, il s'endort et toi aussi, tu dors et à un moment si tu veux être un bon parent, disponible et tout, tu dois dormir. » (E12)

1.4 Partage de lit sans risque ?

« Je voulais savoir si cette impression que ça pouvait être dangereux, que j'avais de pouvoir l'étouffer, il y a des études ? Ça arrive ? » (E4)

« On peut se demander si vraiment cela arrive (mort inattendue dans le lit parental) car je pense que les parents sont en mode extrême vigilance quand même. » (E40)

Ces propos étaient extraits de questionnements de médecins généralistes n'ayant pas eu dans leur pratique clinique d'exemples d'accident de couchage avec un nourrisson.

Dès lors, ils s'interrogeaient quant à l'existence même de ce lien entre la mort inattendue lors d'un accident lié au couchage et le partage de lit parental.

2. Représentations négatives

2.1 Dangersité et crainte inspirée

La grande majorité des soignants a évoqué sa forte réserve quant à cette pratique qu'elle juge dangereuse, confortée par les recommandations en vigueur.

« Ce n'est pas idéal, voire dangereux pour le bébé, dans un premier temps, je pense au danger effectivement il faut faire attention à la chute et au risque d'étouffement (E5) »

« Cela m'avait plus interrogée car j'avais peur du risque de mort subite ou qu'elle le blesse. » (E15)

2.2 Frein à l'autonomisation du nourrisson

Beaucoup de professionnels ont jugé cette pratique contraire à l'autonomisation du nourrisson du fait, selon eux, d'une incapacité à prendre une distance suffisante avec sa maman.

« Il faut que l'enfant apprenne que c'est une personne différente de sa maman et il faut qu'il gagne une certaine autonomie dans son lit, dans l'endormissement pour son bien à lui. » (E25)

« Pour amener le bébé à avoir une certaine indépendance aussi. » (E33)

2.3 Le caprice et la malice du nourrisson

Plusieurs soignants ont déclaré que cette pratique favorisait les caprices du nourrisson.

« Elle n'est pas idiote la petite, après elle savait que si elle pleurait, elle irait dans le lit des parents. » (E26)

« Il y a des parents qui n'arrivent pas à couper le cordon, ils le gardent à côté et puis après il le transforme en enfant qui est exigeant. » (E29)

2.4 Les dérives incestueuses

Le mot « inceste » n'a jamais été cité. Le sujet a été abordé par le biais de périphrases.

« Je trouve cela malsain, je trouve que ce n'est pas bon pour l'enfant. » (E29)

« Garder les enfants dans son lit... on est à la limite. » (E40)

« Si on est devant des gens avec un comportement correct, on n'a pas de raison de s'interroger sur les intentions des gens... avec leur enfant. » (E13)

2.5 L'intimité du couple

Pour certains soignants, le partage du lit conjugal avec un nourrisson entravait l'épanouissement et la bonne santé du couple.

« Un lien très proche entre la mère et l'enfant, c'est sûr mais c'est limite l'exclusion du couple. » (E29)

Certains étaient même allés plus loin en invoquant l'éventualité d'une volonté maternelle de mise à distance de son compagnon.

« En partageant le lit, l'enfant a une fonction autre, c'est à dire mettre à distance le compagnon pour être entre les parents dans le lit. » (E11)

2.6 Notion d'une attitude maternelle inadaptée

« Ce sont des mamans qui sont tellement dans leur rôle de maman, elles sont vraiment dans la proximité avec leur enfant et elles n'ont pas coupé le cordon, elles ont un autre rôle que d'être que maman et pour l'enfant ce n'est pas sa place. » (E25)

Certains professionnels ont analysé cette pratique comme une « pathologie » ou une attitude inadaptée de la maman qui nourrit un lien fusionnel non adéquat pour l'enfant.

« Cela va donner une mère hyper inquiète, qui ne dormira plus, qui sera fatiguée, psychologiquement je trouve que ce n'est pas bon. » (E29)

« J'ai un souvenir du cododo mais bon il avait 4 ans et c'était le doudou de la maman, elle avait un problème de comportement, un problème psy bon là il y a d'autres enjeux. » (E8)

2.7 Notion d'effet de mode

Chez plusieurs professionnels, cette pratique de partage de lit évoquait une tendance du moment voire un effet de mode avec une pratique moins stricte et moins réglementaire assumée.

« C'est vrai qu'il y a une tendance un peu 'baba cool'. » (E32)

« Après c'est la mouvance actuelle. » (E35)

Une jeune sage-femme évoquait également une différence de point de vue générationnel avec un encadrement, voire une proposition de pratique du partage de lit par des jeunes professionnelles sages-femmes alors que les plus anciennes étaient globalement contres.

« La nouvelle génération, on est plus « pour » que mes collègues plus âgées. » (E17)

2.8 Besoin de mise à distance du nourrisson

Certains soignants considéraient que les parents devaient précocement éloigner le nourrisson pour le bien de la famille.

« Moi j'essaye de privilégier un sommeil en chambre seul pour l'enfant parce que je pense que niveau relation parent-enfant c'est mieux y compris pour l'enfant. » (E37)

« J'aurais tendance à dire qu'il faut débiter la séparation mais je n'ai pas trop lu les recommandations donc... » (E39)

« Et si cela arrive (le partage de lit), j'essaye de trouver des solutions pour que cela ne se reproduise pas, et aider la famille pour se reposer, même s'il faut laisser un peu pleurer le bébé... » (E15)

Partie 2 rédigée par Chloé GUENNEC

C. Attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental

1. L'influence des expériences des soignants

1.1 Expérience personnelle

L'expérience personnelle des soignants a pu s'avérer déterminante sur leur pratique professionnelle comme nous avons pu le constater au cours des différents entretiens de cette étude.

Pour certains, la pratique du partage du lit parental n'étant pas recommandée, elle n'était pas envisageable dans leur vie personnelle.

« Je rappelais les recommandations : « on ne doit pas dormir avec son enfant » [...] Moi, j'ai l'impression d'avoir un sommeil très profond et j'avais peur de l'écraser, on ne l'a jamais pratiqué. » (E14)

D'autres soignants étaient plus tolérants sur ce mode de couchage malgré le fait qu'ils n'aient pas eu recours à cette pratique dans leur vie personnelle.

« J'ai l'impression que toutes celles qui m'ont « avoué », c'était celles qui allaitaient, et du coup je ne vais pas dire grand chose de plus ; [...] à partir du moment où je les ai alertées...; Non, nous n'avons pas fait. Ma fille a dormi un peu dans notre chambre. » (E38)

D'autres professionnels ayant pratiqué le partage du lit ne le recommandaient pas d'emblée mais accompagnaient les parents sans les culpabiliser.

« Je le déconseille, après moi je l'ai fait parce que j'étais épuisée et je peux comprendre qu'on le fasse. » (E28)

Toutefois, certains soignants ont considéré difficile de tenir un discours professionnel contraire à leur pratique personnelle.

« C'est difficile d'avoir un avis personnel et professionnel très différent, enfin je crois » (E12).

1.2 Expérience professionnelle

Concernant l'expérience professionnelle, plusieurs attitudes ont été observées allant de l'accompagnement jusqu'à la condamnation de la pratique du partage du lit parental.

Une soignante contre-indiquait formellement le partage du lit parental puisqu'elle a été confrontée à la MIN dans sa pratique professionnelle, qu'elle a vécue comme traumatisante.

« J'ai 23 ans de boutique, avant je travaillais dans un centre de référence de mort subite, c'est pour ça que j'ai vraiment à cœur de dire aux mamans de faire attention. Quand tu vois un nouveau-né décédé, c'est horrible, et encore plus quand tu dois faire les prélèvements, mais si tu n'as pas vécu cela une fois, tu ne peux pas savoir ce que c'est. Une mort subite rattrapée, c'est une catastrophe. C'est pour cela je leur dis méchamment exprès car il ne faut pas que cela se produise. » (E26)

Les recommandations sur les modalités de couchage en rapport avec les facteurs de risque de la MIN justifiaient pour beaucoup de soignants l'opposition à cette pratique.

« Parce que j'ai la notion que c'est un facteur de risque de la mort subite du nourrisson. » (E37)

Au contraire, certains soignants ont eu tendance à encadrer le partage de lit pour sécuriser d'après eux, sa mise en pratique.

« Je revois avec elle comment ils étaient installés dans le lit, quelles étaient les positions, est-ce que le monsieur est allé dormir dans un autre lit où est-ce qu'il était toujours présent. C'est rare que je leur propose des recettes toutes faites, j'essaye plutôt d'écouter la maman, ses envies et ses besoins et de la conforter dans les choix qu'elle a faits. Donner des conseils sur le partage du lit. » (E30)

De plus, une soignante a évoqué ses interrogations face aux risques de cette pratique du partage du lit devant l'absence d'exemples péjoratifs durant son expérience professionnelle.

« On parle souvent de l'étouffement des bébés. Moi dans ma pratique, je n'ai jamais vu, c'est quelque chose, je ne sais pas si ça existe vraiment, dans les études, je ne me suis pas vraiment posée sur la question. » (E2)

2. Influence du contexte

2.1 Le contexte familial

Dans le cadre de l'exploration du couchage, les facteurs de vulnérabilité de la maman et du nourrisson avaient une incidence sur l'attitude des soignants.

Certains ont révélé qu'ils étaient plus prudents lorsqu'ils étaient face à une maman qui semblait très fatiguée. Par ailleurs, l'implication du papa dans le sommeil du bébé pouvait parfois également influencer l'attitude du soignant. En effet, la place du papa dans l'allaitement pouvait être bénéfique s'il se déplaçait pour amener l'enfant à la maman et ainsi diminuer la fatigue maternelle en évitant des déplacements répétés qui pourraient favoriser le partage du lit.

« Je lui dis de le prendre à côté et lui propose d'impliquer le papa qui peut le prendre, le changer, ou aller faire le biberon. » (E13)

« Je dis : pourquoi ne pas impliquer le papa ? Et là elles ne comprennent pas comment impliquer le papa alors qu'elles allaitent. Je leur dis une nuit c'est votre tour, et l'autre nuit, c'est le tour de papa, donc quand c'est votre nuit si vous pouvez faire l'effort de passer cette nuit dans la chambre du bébé, de le mettre aux seins, ensuite de le recoucher dans son lit. » (E3)

Au contraire, certains soignants préféraient exclure le papa du lit conjugal lors du partage du lit devant la crainte de l'écrasement.

« Je pense que je lui demande d'exclure son mari parce que j'ai peur des pères, j'ai moins peur des mères par rapport au bébé. » (E37)

2.2 Le contexte médical

En fonction des comorbidités des parents, le professionnel de santé pouvait être amené à être plus vigilant voire dirigeant sur le respect d'avoir deux surfaces de couchage distinctes.

« On s'adapte aux parents, à leur fatigue et aussi aux difficultés, déficiences cognitives du parent et maladie mentale alors on fait attention et on sera plus stricte, dans ces cas là, j'insisterais plus pour qu'elle remette le bébé dans son lit et j'insisterais sur les gestes de sécurité. » (E6)

L'obésité maternelle était également l'un des critères cités par certains professionnels de santé contre-indiquant le partage du lit parental du fait du risque d'étouffement lors ce mode de couchage.

« Après sur le partage du lit, attention au risque de chute et d'étouffement donc il faut qu'il soit dans les mêmes conditions que dans son berceau avec sa turbulette, ses propres vêtements, il ne faut pas que la maman soit obèse, il ne faut pas qu'il soit nourri au biberon, il ne faut pas que la maman prenne des médicaments qui puissent altérer son état de vigilance. » (E35)

Par ailleurs, concernant les nourrissons prématurés, ou atteints de retard de croissance intra-utérin, la contre-indication au partage du lit parental était formelle.

« Un prématuré ou RCIU il faut vraiment éviter. » (E7)

2.3 Le contexte culturel

Certains professionnels de santé s'adaptaient à la pratique culturelle afin d'accompagner tout en poursuivant la prévention.

« Ici, il y a pas mal de cultures différentes, et dans certaines cultures, je sais que c'est fait donc je pose la question même si je sais que malgré tout, mon discours ne modifiera pas la conduite parentale. Je fais quand même l'information. » (E33)

Quelques professionnels rencontrés exerçant en milieu urbain travaillaient auprès de personnes dont les origines culturelles étaient très variées et pour lesquelles le partage du lit était la norme.

« En ville, on est en présence de populations très diversifiées, pour qui faire du cododo c'est naturel, c'est normal, il n'y a pas de risque à priori. C'est mal vu, ce n'est pas vraiment culturel en tout cas en France. » (E6)

De même, certains soignants nous ont fait part de leurs difficultés pour dissuader les parents dont la coutume était de partager le lit avec leur nourrisson.

« Quand on leur dit : méfiez-vous c'est dangereux, et bien non pour elle non, c'est comme ça, au pays, c'est comme ça donc... et il n'y a pas d'accident spécialement, donc c'est dur de faire comprendre que le bébé doit être à côté. » (E34)

Enfin, l'une des soignantes a fait part de son expérience auprès des gens du voyage. Elle rappelait souvent les recommandations aux mamans qui ne les suivaient pas pour autant.

« Alors chez les voyageurs, j'ai de tout ! Certains nourrissons dorment bien dans leurs berceaux, certains ont acheté le lit cododo, pas la majorité, et pour d'autres, ils dorment dans le lit des parents. Enfin, l'immense majorité du temps, les nourrissons dorment dans le lit de leurs parents longtemps car après ils dorment dans la caravane des enfants. Ils dorment dans le lit des parents jusqu'à facilement 2 ans. » (E14)

2.4 Le contexte social

Certains professionnels estimaient que l'environnement social défavorisé pouvait être à l'origine de situations de couchages inadaptées.

« Elle partage sa chambre avec sa fille du fait de l'organisation du logement mais elle me dit aussi qu'elle partage le lit avec sa fille. » (E6)

Par ailleurs, les soignants rapportaient être attentifs face à des mamans consommatrices de substances illicites pour lesquelles le partage du lit est contre-indiqué.

« Pour des situations compliquées, si la maman a des problèmes de drogues, je n'aborde même pas le sujet. » (E17)

3. Postures des soignants

3.1 Valorisation des parents

Certains soignants attachaient une importance à soutenir les parents en les rassurant dans leur capacité à être de bons parents.

« Il faut essayer d'être le moins jugeant, éviter de dire il faudrait faire ça... c'est-à-dire par principe les parents font bien, les rassurer sur les compétences. » (E11)

3.2 Déculpabilisation des parents

Selon les soignants interrogés, ne pas culpabiliser les parents semblait être une autre manière de les accompagner.

« Il faut les déculpabiliser sur le fait qu'ils ne fassent pas comme c'est marqué... » (E40)

« J'ai envie de dire, de culpabiliser les gens en leur disant ça, ça ne change rien, que les femmes continueront à le pratiquer peu importe ce que vous leur racontez. » (E1)

3.3 Choix confié aux parents

D'autres soignants considéraient que le sommeil devait rester une décision parentale et ne devait pas être médicalisé.

« Je n'ai pas le sentiment en tous les cas qu'il faille médicaliser cette décision parentale sauf corriger quelques erreurs de bon sens. » (E38)

Pour certains même, il n'était pas envisageable d'imposer un mode de couchage.

« Si cette maman a été informée des risques en maternité, c'est son enfant j'ai envie de dire, donc les risques, elle les connaît et c'est son enfant donc on ne pas imposer quelque chose. » (E25)

L'un des soignants considérait que le partage du lit était acceptable si cette pratique de couchage satisfaisait la famille.

« Je m'inquiérais de savoir comment le vivent les parents, c'est-à-dire que si pour eux cela se passe bien, qu'ils le vivent vachement bien, que cela leur facilite la vie et que ça rend la vie agréable à tout le monde : pas de problème. » (E40)

3.4 Accompagnement des parents

Souvent, les soignants étaient à l'écoute, accompagnaient le patient dans sa prise de décision et parfois même confortaient leur choix.

« Je pense que nous, sages-femmes, on est là pour aider les parents à cheminer, et à se poser les questions pendant la grossesse, et des questions qu'ils ne seront pas amenés à se poser tout seul donc on est là pour amener ces questions là, pour les aider à cheminer et qu'ils puissent avoir accès à l'information et qu'après, ce soit vraiment leur choix. Qu'ils ne fassent pas un choix par défaut, c'est pour les aider à se positionner comme parents et trouver ce qui leur convient le mieux et à leur bébé. » (E30)

3.5 Encadrement des parents

Les soignants avaient également à cœur de prévenir les parents des risques encourus s'ils ne respectaient pas les recommandations.

« On parle du risque de mort subite du nourrisson, on l'aborde clairement avec les parents, on donne les conseils, les choses qui peuvent être faites à la maison ou pas. » (E20)

Tandis que d'autres alertaient sans toutefois être trop importuns dans leur questionnement sur le couchage.

« Je ne suis pas très interventionniste là-dessus, à partir du moment où je les ai alertés sur la façon de faire et je leur ai un peu parlé des possibilités. » (E38)

D'autres soignants estimaient qu'il était important que les parents soient sereins avec leur décision tout en rappelant les règles de sécurité.

« Je leur dis qu'il n'a quand même pas vocation à dormir dans le lit des parents et souvent mon discours c'est de dire que le bébé doit toujours savoir où est-ce que l'on veut qu'il aille c'est-à-dire en général, dans son lit. Je ne la culpabilise pas mais par contre je l'incite toujours à sécuriser au maximum. » (E24)

3.6 Désapprobation du partage du lit

Il existait également des attitudes de rejet complet du partage du lit parental du fait de sa dangerosité.

« Les parents me disent, on l'a mis dans notre lit et là je dis : « Pardon ? Ah non ne me parlez pas comme ça ! » Au risque de les choquer..., enfin je dis : « ne me faites pas peur, ne me dites pas ça » et je leur dis d'arrêter cela ! » (E26)

4. Discours des soignants interrogés

Selon le statut des soignants interrogés, les discours divergeaient.

4.1 Les sages-femmes

Concernant les sages-femmes interrogées, aucune dans notre échantillon, n'était totalement contre la pratique du partage du lit parental. Elles considéraient qu'il était nécessaire d'accompagner les parents qui le pratiquaient mais elles ne validaient pas sans condition le partage du lit parental.

« Et c'est quelque chose qu'on ne veut pas voir mais sauf que c'est la réalité. Donc c'est bien qu'elle puisse en parler avec quelqu'un sans jugement, comme ça on peut essayer d'optimiser justement la sécurité » (E23)

Une partie des sages-femmes interrogées validait le partage du lit parental dans le but de favoriser l'attachement et l'allaitement maternel.

« Cela peut aider à passer des nuits parfois moins fatigantes, tout ce qui peut favoriser le lien mère-enfant et à se sentir moins fatiguée et plus disponible pour donner toutes les chances à un allaitement de réussir » (E30)

Elles avaient conscience que cela était pratiqué et elles insistaient sur le fait qu'il était nécessaire de rappeler les règles de prudence mais surtout d'encadrer au mieux pour optimiser ce mode de couchage.

« C'est quelque chose qui se pratique, que les femmes font et dont les bébés ont besoin et en même temps on ne sait pas où on en est non plus en termes de sécurité. » (E24)

4.2 Les infirmière-puéricultrices

La majorité des infirmières-puéricultrices interrogées déconseillait la pratique du partage du lit parental sans forcément la condamner.

« Moi, par rapport au partage du lit, c'est une chose que je déconseille dans la mesure du possible. » (E20)

Elles présentaient ce mode couchage en mettant en évidence la balance bénéfices-risques. D'un côté, l'impact favorable sur l'allaitement et le lien mère-enfant et de l'autre, le risque d'étouffement, d'écrasement, de chute et de mort subite du nourrisson.

Beaucoup d'entre elles ont cité l'alternative du cododo pour éviter le lit partagé car elles étaient inquiètes quant à la vigilance de la maman et la présence du papa dans le lit.

« Je préfère le cododo, j'avoue que lorsque chacun a son espace, je trouve cela plus sûr, par contre qu'il soit à côté de sa mère, au contraire c'est bien mais que chacun ait son espace je trouve cela mieux. » (E22)

Toutes les infirmières-puéricultrices interrogées restaient inquiètes par ce mode de couchage. Cependant, elles évoquaient le partage de lit comme une pratique répandue justifiant un accompagnement par un discours de prévention.

« Ça arrive même sur un premier rendez-vous qu'on nous dise oui mais là le bébé ne dort pas donc il dort avec moi dans le lit... C'est vrai que du coup l'ayant fait... je sais ce que les mamans ressentent mais ça ne m'empêche pas de faire de la prévention parce que je sais que c'est dangereux et que ce n'est pas l'idéal » (E5)

4.3 Les pédiatres

Le discours des pédiatres était globalement contre le partage du lit parental avec pour certains la condamnation et pour d'autres la tolérance du fait de l'avoir déjà pratiqué à titre personnel.

« Je ne suis pas sûre que ce soit un obstacle pour l'allaitement maternel de ne pas partager son lit et du coup je ne vois pas d'avantage. Je ne vois que le côté dangereux. » (E19)

« Quand on discute avec les collègues le midi, il n'y en a pas un qui dit ne pas s'être endormi avec son bébé, à chaque fois c'est vers 4h du matin, on n'est pas connecté pareil. » (E7)

L'un des pédiatres était favorable à la pratique, l'ayant lui-même expérimentée et appréciée.

« Moi je trouve ça hyper agréable de dormir avec son bébé, j'ai adoré cette période-là, que le bébé s'endorme sur soi, alors je ne peux que le conseiller mais il faut que cela soit fait en toute sécurité. » (E31)

Parfois, le discours pouvait être strict et catégorique pour les pédiatres ayant une expérience professionnelle marquante de la mort subite du nourrisson.

« Ça me met hors de moi, j'ai vécu ça, faire les prélèvements, et je ne souhaite pas cela, à n'importe qui. » (E26)

D'autres restaient quand même prudents quant à leurs discours pour maintenir une relation de confiance, pour ne pas culpabiliser et ne pas mettre en échec la maman face à l'allaitement notamment.

« Alors déjà, si on est plusieurs professionnels à tenir le même discours, les parents vont plus se confier à nous et pour moi, c'est un axe essentiel de prévention principal pour éviter la mort subite. » (E7)

L'une des pédiatres qui proposait l'alternative du cododo aux parents, relevait le coût parfois inabordable de ce mode de couchage.

« Le cododo, il faut acheter un lit en plus et je crois que c'est assez coûteux » (E28)

4.4 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont eu des discours très variés d'une personne à l'autre. Finalement, leurs avis sur cette question divergeaient et au sein de ce groupe de soignants, il n'y a pas eu un discours qui prédominait.

Certains n'étaient ni contre, ni pour mais l'acceptaient.

« Donc après c'est à chacun de trouver le compromis et à chacune de faire sa part. » (E1)

« Dire que je suis contre, oui c'est un peu agressif mais bon en tout cas je le déconseillerais plutôt » (E4)

« Ah je ne le conseille pas à tout le monde, il faut être rigoureux à mon avis, pour ne pas prendre le risque. » (E13)

D'après eux, l'importance était d'adapter leur discours aux parents en consultation. En effet, ils préféraient respecter le désir du patient à qui la décision finale incombe tout en l'accompagnant afin de sécuriser l'environnement.

« Je pense que l'idéal c'est de l'avoir à côté dans son lit à lui, moi au niveau sécurité. Je vais encourager ça, si la maman est vraiment déterminée à le faire je verrai si elle le fait de façon sécuritaire, qu'elle ne soit pas sous médicament, alcool, drogues, pas de risque de baisse de vigilance par rapport au bébé. » (E8)

« Moi personnellement ça ne me pose pas de difficulté à partir du moment où les parents ont bien conscience qu'il y a un enfant dans le lit, voilà après certains posent la question de le remettre après dans son propre lit ou de le garder ou pas. Pas de préjugé. » (E2)

Pour d'autres, cela était trop dangereux et donc ils déconseillaient fortement cette pratique.

« Cela m'inquiète, je ne suis pas pour que le bébé dorme dans le même lit que ses parents » (E15)

Beaucoup de médecins généralistes évoquaient facilement une alternative à cette pratique aux parents.

« Du coup, la chose toute bête, c'est de mettre le lit à côté ou bien le lit cododo. C'est pratique car le lit est plus petit, sur le même plan du lit donc la maman ne peut pas aller dessus » (E32)

« Je recommande de plus en plus souvent le lit cododo, on commence à en avoir à des prix plus intéressants. » (E36)

Enfin, l'un des médecins généralistes n'y étant pas exposé professionnellement ni personnellement, ne s'est pas posé la question, mais a eu de façon spontanée un discours plutôt en défaveur de la pratique.

« Je ne me suis jamais posé la question, je n'ai pas non plus été confronté à la question d'un point de vue personnel donc je n'ai pas eu à me pencher dessus, je pense que ce n'est pas quelque chose que j'aurais tendance à faire. » (E39).

D. Etat de la pratique clinique actuelle

1. Les ressources guidant les soignants

1.1 Les recommandations françaises

La plupart des soignants interrogés connaissait les recommandations de couchage : « Les nourrissons de moins de 6 mois doivent dormir dans la chambre parentale ».

« Oui je connais les recommandations de l'OMS. » (E14)

1.2 Les conseils UNICEF

Par ailleurs, les entretiens des soignants ont mis en évidence, que beaucoup d'entre eux ne connaissaient pas les conseils de l'UNICEF sur le partage du lit parental.

L'une des soignantes pensait que la brochure pouvait inciter la pratique du partage du lit.

« Pour moi cette brochure incite à cette pratique, oui elle ne culpabilise pas les mamans qui la pratiquent, quand on lit ça, on se dit bah oui, il faut dormir avec le bébé » (E10)

1.3 Le carnet de santé

Certains d'entre eux utilisaient fréquemment le carnet de santé comme support à l'information de leurs patients. En effet, le nouveau carnet de santé met d'avantage l'accent sur la prévention de la mort subite du nourrisson.

« On sait orienter, on retrouve ces documents dans le carnet de santé... » (E5)

« Il faut qu'on prenne le temps d'ouvrir le carnet de santé avec les parents, de vraiment reprendre tous les conseils qui sont mis dedans et notamment de prendre le temps sur les recommandations sur le sommeil du bébé, et maintenant on est incité car on doit normalement cocher que l'on a donné le conseil. » (E21)

1.4 Les données scientifiques

Les données statistiques disponibles sur la mort subite du nourrisson ont parfois appuyé les propos tenus aux parents.

« Il y a 5 fois plus de risque de MIN si on dort avec son bébé, je veux le transmettre et puis après chacun fait comme il veut. » (E10)

2. Les attentes des soignants

Finalement, au travers de la dernière question du guide, les soignants ont pu exprimer leurs attentes.

Certains d'entre eux étaient satisfaits du fait que des médecins généralistes se soient intéressés au mode de couchage des nourrissons.

« Je trouve cela extrêmement intéressant que des médecins s'intéressent à cela. » (E30)

D'autres ont souligné qu'il était important que les parents puissent en parler avec tous les soignants.

« J'ai l'impression que des fois c'est une espèce de non-dit ; c'est-à-dire qu'on le fait mais comme il y a eu des critiques de cela, on le fait sans le dire. Mais c'est dans ce cas qu'il peut y avoir des problèmes car on n'en parle pas, on ne peut pas donner les consignes qui vont permettre de le faire dans des bonnes conditions de sécurité. » (E31)

L'une des demandes des soignants était de faire évoluer les préconisations et l'information sur le mode de couchage.

« Je trouve cela bien que vous traitiez ce sujet-là car c'est bien de se poser la question, peut-être que ça peut tranquillement faire bouger les choses. » (E35)

3. Réflexion sur la pratique

Certains professionnels rencontrés, particulièrement des médecins généralistes, nous ont confié, que le questionnement autour de ce sujet allait leur permettre de réévaluer leurs pratiques et de s'intéresser davantage aux modalités de couchage des nourrissons qu'ils examinent.

« Et bien, je ne faisais pas jusqu'à ce que tu me parles de ta thèse. » (E36)

Par ailleurs, cela a fait naître l'envie de se renseigner sur le sujet et de poser davantage les questions.

« Oui j'ai une autre question, la cellule de prévention de la MIN ne préconise pas le sommeil dans la nacelle or, nous oui. Savez-vous quelque chose à ce sujet ? » (E6)

« Il faudrait que je me documente un peu comme toujours. C'est vrai que je ne suis pas confronté donc on se pose moins les questions après c'est toujours intéressant. » (E39)

Certains ont relevé l'importance de s'intéresser au couchage du bébé car cela permettait de dépister les facteurs de risque de MIN mais aussi le risque de syndrome du bébé secoué.

« Je me dis que tout est lié, la théorie de l'attachement, le sommeil, les pleurs et le bébé secoué. Tout va ensemble et récemment, j'ai fait une formation avec un psychologue qui disait que parler des pleurs, du sommeil, c'est aussi faire de la prévention sur le syndrome des bébés secoués. » (E7)

Enfin, l'une des soignantes a rapporté que dans d'autres pays, le partage du lit parental se pratiquait et qu'en France, les données sur la sécurité concernant ce mode de couchage n'étaient pas aussi claires.

« C'est quelque chose qui se pratique [...] et on ne sait pas où on en est non plus en termes de sécurité. Les américains sont à fond pour le co-sleeping. Le massachusetts breastfeeding society a fait toute une plaquette là-dessus aussi. » (E24)

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Les forces

Les forces de l'étude sont : le nombre d'entretiens, la limitation du biais d'interprétation grâce au double codage des résultats obtenus (thèse commune), le recrutement varié des professionnels en termes de lieu d'exercice, d'étendue géographique (3 départements bretons) et des statuts des soignants interrogés.

Nous avons réalisé des entretiens exploratoires afin d'étayer notre recherche.

Le guide d'entretien a été validé par le comité d'éthique du CHU de Rennes.

B. Les biais

Dans cette étude, on retrouve les biais suivants : le biais d'inexpérience des chercheurs, le biais de recrutement (le recrutement initial s'est fait grâce à nos connaissances personnelles avec des soignants interrogés intéressés par le sujet), le biais de mémorisation des soignants interrogés, le biais de représentation (se traduisant par des réponses que l'interrogé considère comme bonnes).

C. Les faiblesses

La durée moyenne de certains entretiens est courte.

Ce travail de thèse explore la pratique controversée et non recommandée du partage du lit parental avec un nourrisson de moins de 6 mois, dans le cadre d'un allaitement maternel, à travers le regard puis les attitudes des soignants confrontés à ce phénomène.

Rédaction par Aude BERGER

II. Partage de la chambre parentale avec un nourrisson : conditions et enjeux

Le partage de la chambre parentale avec un nourrisson de moins de 6 mois est recommandé par la société française de pédiatrie afin de diminuer le risque de MIN. (5)(8)(21)(22)

En effet, le sommeil comme le couchage du nourrisson s'intègre dans la prise en charge de la plupart des soignants interrogés dans cette étude. Plusieurs soignants ont le sentiment qu'à ce jour, il s'agit d'une pratique plus répandue que par le passé. Ils rappellent néanmoins que dans l'immense majorité des cas, elle a lieu lors d'un allaitement maternel au cours des premières semaines de vie du nourrisson.

Cette impression clinique d'une progression du partage de la chambre parentale est confortée par une enquête nationale menée par Streicher et al. parue en 2004 sur la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Dans ce travail, le sommeil partagé était défini par un partage de la chambre parentale voire du lit parental ; l'âge moyen des enfants était de 13 semaines. Au total, 62% des enfants de 0 à 6 mois avaient régulièrement dormi dans la chambre parentale, mais seuls 36% des nourrissons partageaient la chambre parentale de façon constante.(23)

Les résultats obtenus dans notre étude suggèrent que bien qu'il soit plus répandu, le partage de la chambre parentale est encore insuffisamment promu et encouragé par certains soignants. En effet, il semble que les enjeux en termes de réduction du risque de MIN lors d'un partage de la chambre parentale avec un nourrisson de moins de 6 mois, restent insuffisamment expliqués aux parents par certains soignants. Selon les propos des soignants, il apparaît qu'il existe plusieurs facteurs à cela, notamment la volonté de respecter le choix des parents. Par ailleurs, le manque de conviction de certains soignants quant au bienfait apporté par le partage de la chambre parentale a également été pointé. Quelques soignants évoquent également le manque de temps imparti en consultation pour expliquer aux parents les enjeux de cette pratique et pour répondre à leurs différentes interrogations.

Actuellement, il est recommandé d'éviter d'isoler un nourrisson de jour comme de nuit car on sait que c'est l'un des facteurs pouvant conduire à un accident de MIN. En effet, malgré certaines croyances, le partage de la chambre parentale s'envisage indépendamment du mode d'allaitement et de l'acquisition du rythme du sommeil du nourrisson.(4) Ces notions concernant l'environnement propice au sommeil du nourrisson, pourraient être enseignées aux parents ainsi qu'à leur entourage car elles bousculent de nombreuses idées reçues. Par exemple, il existe davantage de cas de MIN si un nourrisson est gardé chez une assistante maternelle qu'en collectivité comme en crèche.(4) L'hypothèse principale est que les enfants gardés par une assistante maternelle dorment plus volontiers seul dans une chambre silencieuse avec le souhait de les préserver du bruit. A l'inverse, au sein des crèches, les enfants ne sont pas isolés.

Par ailleurs, une solution au manque de temps des professionnels de santé pourrait être d'imaginer le financement d'auxiliaires de santé dont le rôle serait de faire de l'éducation à la parentalité sur ces questions

fondamentales autour du nourrisson, dans un contexte où l'on constate une diminution du temps passé à la maternité. En réalité, il existe déjà les infirmières-puéricultrices dans certaines Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui effectuent volontiers de la guidance parentale autour du nourrisson au domicile. Ces structures semblent insuffisamment connues et sollicitées.

III. Partage du lit parental

A. Liens avec l'allaitement maternel et les pleurs

L'allaitement maternel est l'alimentation recommandée pour un nourrisson car il protège ces derniers des maladies infantiles courantes et des risques de développer des allergies.(24)(25)

L'allaitement maternel est encouragé dans le monde entier, avec au mois d'août 1990 « la déclaration d'Innocenti » à Rome, signée par 32 gouvernements, des organisations non-gouvernementales, l'OMS et l'Unicef. En effet, il est question de promouvoir l'allaitement maternel au travers d'actions définies à cette occasion.(26)

Sa pratique au sein des familles a progressé en France depuis les années 1990, restant toutefois à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins de la France. Les résultats de l'étude Elfe publiée en 2015 confirment l'augmentation de la durée de l'allaitement en France depuis les années 1990.(27)

En parallèle, on assiste au développement de la formation sur l'allaitement maternel destinée aux professionnels de santé, ainsi qu'à la création de mesures sociales, telles que l'allongement du congé maternité ou la possibilité de tirer son lait au travail.

D'après certaines publications scientifiques et les propos de certains soignants interrogés dans cette étude, il semble exister un lien entre l'allaitement maternel et la pratique du partage du lit parental notamment pour des raisons de commodité mais également car elle assure un environnement favorable à la réussite de l'allaitement maternel par la proximité entre la maman et le nourrisson.(13) Pour exemple, le Professeur James McKenna professeur de philosophie et anthropologue, fervent défenseur du sommeil partagé a mené des études comportementales permettant d'observer les différences entre un sommeil solitaire chez le nourrisson et un sommeil partagé avec sa maman.(28) En effet, il a écrit de nombreux articles en faveur du sommeil partagé, tant en termes de partage de chambre que de partage du lit parental, dont il prône le bienfondé à la fois pour le nourrisson et sa famille. Pour lui, ce n'est pas le sommeil partagé qui est dangereux mais les conditions dans lesquelles il peut être parfois pratiqué.(15)(29)(30)

Certains soignants interrogés pensent que cette pratique du partage de lit avec le nourrisson s'explique par l'augmentation de l'allaitement maternel. De plus, certains soignants soupçonnent que cette pratique de couchage soit en lien avec une mouvance en vogue et un souhait assumé de certains parents d'échapper aux règles de bonnes pratiques.

Le Docteur Béatrice KUGENER, pédiatre libéral, de maternité et responsable du centre de référence de mort inattendue du nourrisson (CRMIN) du CHU de Lyon depuis 2002, est l'une des experts interrogés pour ce travail. Elle indique que les morts inattendues du nourrisson en lien avec un partage du lit étaient une notion récente et peu connue avant les années 2000 avec une augmentation des cas depuis 2004-2005 au niveau du CRMIN régional. De plus, cette étude a également mis en lumière, au travers des propos des soignants

interrogés, l'existence d'un rapport étroit entre cette pratique non conventionnelle de couchage et les pleurs nocturnes des nourrissons. En effet, certains parents initient un partage de lit afin de calmer les pleurs de leur nourrisson durant la nuit, et cela quel que soit leur mode d'alimentation. Pour beaucoup de soignants, le sommeil est une question centrale de l'examen du nourrisson car il permet de discuter des difficultés rencontrées par les parents, notamment celles des pleurs. Il apparaît que ce sont des thématiques intimement liées et dont l'évocation permet le dépistage de la fatigue maternelle voire parentale qui peut favoriser des actes de maltraitance comme celui observé dans le syndrome du bébé secoué.(31)(32)

B. Les représentations des soignants

Plusieurs professionnels, sur la base de données scientifiques, considèrent la possibilité de mettre en place un partage du lit parental dans un cadre jugé sécurisé afin de favoriser la mise en œuvre et le maintien à plus long terme de l'allaitement maternel. (14)(30)(33) (34) Certains soignants ne vont pas à l'encontre des parents qui ont fait le choix de partager leur lit avec leur nourrisson dans le cadre d'un allaitement maternel. Pour ceux-ci, la représentation positive de cette pratique suggère un facteur facilitant l'allaitement maternel car le partage du lit implique une proximité estimée nécessaire à la longévité de l'allaitement maternel ainsi que pour favoriser la construction du lien mère-enfant en vue d'un attachement de qualité du nourrisson pour sa maman.(13)

Les représentations négatives de cette pratique sont diverses avec notamment la crainte de survenue de traumatismes en tout genre pour le nourrisson mais également des réticences pour le développement psycho-affectif de l'enfant en devenir. En parallèle de cela, plusieurs professionnels font part de leur inquiétude lorsqu'ils sont confrontés à cette habitude de sommeil. Ils évoquent alors un risque de trouble du développement pour l'enfant car cette pratique leur semble freiner l'acquisition de leur autonomie. D'autres y voient une défaillance éducative menant à un comportement capricieux de l'enfant, tandis que certains témoignent de leurs suspicions quant aux raisons de cette pratique, craignant des dérives incestueuses. Pour eux, la pratique du partage du lit parental ne peut être la solution aux difficultés rencontrées face à des pleurs nocturnes du nourrisson ou à la fatigue parentale qui en découle. Le caractère incestueux suspecté par certains soignants devant cette pratique semble être nourri par l'influence de la théorie freudienne du complexe d'Œdipe portant à confusion, tant au niveau de l'âge de l'enfant, que du contexte familial dans lequel évolue l'enfant.

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby décrit la création du lien entre la mère et son enfant naissant grâce à la satisfaction de ses besoins de sécurité et de contact avec sa maman. En effet, le nourrisson est dépendant de ses parents et a besoin de sa maman à proximité pour répondre au mieux à ses besoins primaires. Les pleurs du nourrisson lui permettent de communiquer avec son entourage. La qualité de la réponse maternelle conditionne la mise en place d'un attachement dit « secure », qui s'acquiert durant les premières années de vie et qui protégera l'enfant d'une certaine vulnérabilité de survenue de trouble de l'attachement dans l'avenir.(35)(36) Le propos tenu ici ne prône pas le partage du lit parental comme source d'attachement « secure » ni comme réponse légitime aux pleurs nocturnes du nourrisson. Cependant, d'après la théorie suscitée, il apparaît que la position visant à laisser pleurer un nourrisson, tout comme celle de favoriser son éloignement de la maman dans le but qu'il accède à l'autonomie et à un caractère docile semble vaine.

Pour d'autres soignants, le sommeil et plus précisément le mode de couchage du nourrisson sont de l'ordre de l'intimité des familles où les injonctions soignantes n'ont pas lieu d'être. Cependant, on peut se demander si une telle posture ne peut pas alors conduire à un défaut de prévention primaire concernant les risques liés à la MIN. En effet, il semble que la prise en charge des nourrissons nécessite un accompagnement des familles et une certaine guidance sécuritaire de la part des soignants.

De nombreux soignants verbalisent l'importance qu'ils attachent à respecter les choix des parents afin d'entretenir avec eux une relation de confiance. Ainsi, certains soignants ne s'estiment pas légitimes pour guider les parents dans la question du sommeil et du couchage du nourrisson considérant qu'il s'agit d'une problématique personnelle, sociale et non médicale.

C. Réponse à apporter aux parents

Cette étude souligne la divergence des prises en charge des patients, en termes d'investigations du sommeil et de réponses apportées aux parents, selon la discipline du soignant interrogé. En effet, il apparaît dans cette étude que les infirmières-puéricultrices, les sages-femmes ainsi que certains pédiatres de maternité portent une attention particulière à l'interrogatoire des lieux, conditions et supports de couchage du nourrisson. D'ailleurs, il semble que les parents évoquent plus volontiers, avec ces soignants, la pratique du lit partagé avec un nourrisson au sein de leur foyer.

La prise en charge pluridisciplinaire et complémentaire du nourrisson et de ses parents se doit d'être harmonieuse et systématique pour être efficace. Pour cela, nous nous devons de respecter les règles officielles. Quelle que soit la position du soignant, il apparaît primordial d'entendre les raisons qui peuvent pousser certains parents à tenter un partage de lit avec leur enfant malgré les mises en garde et les recommandations en vigueur.(22) La compréhension de leurs motivations pourrait permettre d'adapter notre discours de prévention et de pouvoir les prendre en charge de façon optimale.

Certains soignants interrogés n'explorent les conditions de couchage que devant des facteurs de vulnérabilité repérés. Cette posture inhérente aux médecins généralistes essentiellement, semble venir de leur connaissance du patient et de son environnement psycho-social. Ainsi, ils adaptent leur prise en charge en fonction du patient vu en consultation. Cependant, on peut se demander là encore, si cette attitude influencée par leurs représentations ne peut potentiellement pas conduire à un défaut de prévention sur les modalités de couchage.

Par ailleurs, certains soignants éludent la question du partage du lit parental car tout d'abord certains n'imaginent pas que cette pratique existe, tandis que pour d'autres, les réponses à apporter les mettent en difficulté. En effet, certains soignants interrogés déclarent ne pas être tout à fait en phase avec les recommandations en vigueur. Ces derniers considèrent que, dans certaines situations, le partage du lit parental peut être envisagé voire même être bénéfique lors d'un allaitement maternel si cela est fait dans des conditions de sécurité suffisantes.

Par ailleurs, nous avons été surprises d'observer que quelques soignants s'interrogeaient quant à la réalité du risque de mort subite dans le cadre d'un partage du lit parental avec un nourrisson.

Il semble important de bénéficier d'une formation initiale solide, qui par la suite sera actualisée à l'occasion de formations dédiées.

De même, parmi les propos recueillis des soignants prenant en charge moins spécifiquement les nourrissons, il semble que la référence en termes de couchage « idéal » se résume en un couchage dorsal strict. Cela illustre l'importance en termes d'impact de la dernière campagne de prévention à l'échelle nationale lancée au mois d'octobre 1994 et reconduite les années suivantes par le Docteur P. Douste Blazy qui visait à promouvoir le mode de couchage en décubitus dorsal strict.(37)

Rédaction par Chloé GUENNEC

D. Posture des soignants et avis d'expert

Certains soignants s'interrogent sur la conduite à tenir face à des mamans qui pratiquent le partage du lit parental, conscients néanmoins que la décision finale de respecter ou non les recommandations leur revient. Certains professionnels proposent de suivre les indications données dans la brochure de l'Unicef concernant le couchage afin de dispenser des conseils jugés sécuritaires.(14)

En effet, ils s'attachent à sécuriser au mieux la pratique pour le bien de leurs patients. Cependant, nous pouvons nous interroger sur leur responsabilité qui pourrait être engagée, dans ce contexte de promotion du partage du lit parental, s'il survenait un accident lié à un couchage inadapté.

Le Professeur Hugues Patural, exerçant dans le service de néonatalogie et des soins intensifs du CHU de Saint-Etienne, affirme que la question du mode de couchage en France ne fait pas débat. En effet, des recommandations validées existent et nous savons aujourd'hui que le partage de lit est un facteur de sur-risque de MIN. Selon l'étude dirigée par le Professeur Bob CARPENTER, la pratique du partage de lit multiplie par 5 le risque de MIN.(38).

Par ailleurs, le Professeur PATURAL, ajoute que la brochure de l'Unicef s'adresse aux parents de tous les pays du monde. En effet, il considère que ce document se destine davantage aux pays en voie de développement dont les enjeux sont de favoriser l'allaitement maternel les premiers mois de la vie afin de prévenir le risque de malnutrition prédominant sur le risque de mort inattendue dans ces pays. Pour autant, il considère que la prévention de la MIN n'est pas un problème pris en charge à sa juste mesure dans les pays moins développés. Il conclue donc que les conseils de l'Unicef ne peuvent pas être adaptés au monde occidental et donc en France.

Il existe un décalage entre les recommandations de l'AAP concernant le couchage des nourrissons et les conseils rédigés par l'Unicef sur le partage du lit parental. Cette discordance met les soignants en difficulté. Par ailleurs, certaines maternités délivrent aux parents ces documents rédigés par l'Unicef. Certains y voient une posture incitative auprès des mamans à la pratique du partage du lit, qui spontanément n'y auraient pas pensé.

D'autres soignants préfèrent encadrer le partage du lit parental, à l'aide de cette brochure de l'Unicef, afin de ne pas laisser leurs patients en proie aux doutes et tenter de sécuriser au mieux sa réalisation.

Par ailleurs, d'après les propos des soignants prenant en charge les familles, la pratique du partage du lit parental s'observe parfois dans un contexte d'épuisement parental. Quelques soignants reconnaissent avoir proposé à certains parents le partage du lit comme solution à l'asthénie parentale. Le bénéfice de cette pratique dans le cadre de l'allaitement maternel était secondairement évoqué. Or, dans le document rédigé par l'Unicef, il est stipulé clairement que cette pratique s'envisage dans le cas où la maman qui allaite n'est pas fatiguée, ce qui est rarement le cas en post-partum.

E. Dangers des objets de puériculture

Lors d'un entretien, une soignante évoque le lit cododo comme alternative au partage du lit parental tout en signalant son coût onéreux. Elle relève que les autres objets de puériculture, tels que les tours de lit, les peluches, les couettes sont souvent moins chers et pourtant à risque.

Cette réflexion est reprise par le Docteur Elisabeth BRIAND-HUCHET, pédiatre et responsable du centre de référence de MIN à l'hôpital Antoine Bécère à Clamart, dans un article paru dans le magazine L'Obs. Elle signale que le marché du secteur de la puériculture ne favorise pas la prévention du risque de MIN en commercialisant ces objets dangereux.(39)

Ainsi, l'axe d'information sur les recommandations actuelles devrait à la fois s'orienter vers les soignants mais également atteindre les professionnels de la vente.

F. Outils d'information

Il n'existe pas d'étude évaluant les risques de survenue de MIN en lien avec le partage du lit parental, prenant en considération les conseils de l'Unicef.

Dans le cadre de ce travail, nous avons interrogé l'Observatoire National de la Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN) du CHU de Nantes, afin d'avoir une idée plus précise du nombre de décès par MIN imputable à un accident de couchage lors d'un partage de lit parental. Actuellement, le centre n'est pas en mesure de nous répondre. Cependant une étude statistique est en cours et devrait être publiée courant 2019. Ces résultats devraient pouvoir conforter les recommandations actuelles en termes de couchage du nourrisson.

Par ailleurs, le nouveau carnet de santé de l'enfant a été publié par le ministère des Solidarités et de la Santé en avril 2018.(40) Les principales évolutions de cette nouvelle édition comprennent des messages de prévention visant à alerter les parents sur les risques de survenue du syndrome du bébé secoué. Concernant le couchage, il est indiqué qu'il faut utiliser un lit à barreaux sans tour de lit et faire dormir l'enfant dans la chambre de ses parents pendant les 6 premiers mois de vie au minimum. Néanmoins, la question du couchage n'est abordée que pour les premiers mois de vie et est absente par la suite. Par exemple, la notion de couchage n'est pas évoquée dans le carnet de santé à la visite systématique du 9^{ème} mois, or le risque de MIN concerne tous les nourrissons de moins de 24 mois. De plus, dans cet outil de suivi, le couchage est envisagé sous le terme de position de couchage et non de condition de couchage. Cependant, le couchage du nourrisson en position dorsale stricte est une règle absolue mais ne résume pas l'ensemble du cadre sécuritaire du couchage du nourrisson : position décubitus dorsale stricte, dans la chambre parentale à température adaptée (18-20°), en turbulette, dans un lit à barreaux avec un matelas ferme, sans oreiller ni couverture ni peluche pouvant recouvrir le visage de l'enfant, sans tour de lit et tabagisme familial proscrit.(4)

Cependant, dans cette étude, certains professionnels ont clairement fait état de leur changement de pratique avec un intérêt particulier porté à l'exploration du couchage des nourrissons depuis cette nouvelle version du carnet de santé. Cela rappelle l'importance de la diffusion de messages préventifs par cet outil d'information et de suivi de l'enfant.

IV. Les influences des expériences personnelles et professionnelles

Au travers des divers entretiens, il a été souvent constaté que la pratique professionnelle est le reflet de l'expérience personnelle. En effet, les soignants qui ont pratiqué le partage du lit parental, sont plus tolérants envers les parents qui dorment avec leur bébé. Indépendamment du fait que cette conduite survienne par accident ou de façon volontaire, l'idée de l'avoir vécu permet de comprendre la pratique des patients. Ces soignants rappellent néanmoins que cette pratique n'est pas dénuée de risque. Ces conseils guidés par l'expérience personnelle s'expliquent probablement par le fait que les soignants sont embarrassés face à la pratique du partage du lit parental. Cela peut générer chez certains, une grande ambivalence face à leurs patients qui dorment avec leur bébé.

De même, l'expérience professionnelle peut influencer la pratique du soignant confronté à un cas de mort subite du nourrisson. Dans ce cas, il semble être plus intransigeant sur les règles de couchage, au risque parfois de rompre la relation de confiance en culpabilisant les familles.

V. Les influences culturelles

A. La communauté des gens du voyage

D'après un article paru sur le site de l'INPES Santé, la communauté des gens du voyage a des difficultés d'accès à la prévention en termes de santé se traduisant par une espérance de vie inférieure de quinze ans à la moyenne nationale.(41)(42)

Une soignante interrogée, travaillant auprès des gens du voyage, nous a confié que la majorité d'entre eux pratiquait le partage du lit parental. Cette habitude de sommeil ancrée dans la culture des "voyageurs" est difficile à changer dans cette communauté.

Nous pouvons donc nous demander si, dans ces populations où même les enfants en âge pré-scolaire partagent le lit avec les parents et les nourrissons, il existe un nombre plus élevé de MIN.

B. Partage du lit parental dans le monde

La revue de la littérature scientifique illustre une divergence d'opinions concernant la pratique du partage du lit parental, bien au-delà de nos frontières.

Plusieurs études ont montré que le partage du lit parental existe dans certains pays étrangers tels qu'en Corée(43), en Chine(44), au Japon(45), aux Royaume-Unis(16) ainsi qu'aux Etats-Unis.(46)(47)

Le partage du lit est courant dans certaines cultures où la prévalence de la MIN est faible, comme dans les communautés asiatiques (Japon, Hong Kong et Bangladesh), les îles du Pacifique, ainsi qu'en Nouvelle-Zélande.(16)(45)(48)

D'ailleurs, une autre enquête interculturelle réalisée par Nelson et al. dans 17 pays sur la relation entre l'environnement du sommeil et les taux de MIN attestent également que le partage du lit parental est pratiqué dans plusieurs pays où le taux de MIN n'est pas plus élevé. De plus, cette étude évalue aussi les méthodes envisagées pour ce mode de couchage afin de les comparer aux taux de syndrome de mort inattendue dans ces pays. Cependant, les auteurs concluent qu'il est difficile de dresser une description précise des pratiques au vu des différences selon les cultures. (45)

Dans ces cultures, où l'allaitement maternel est courant et le tabagisme maternel rare, le partage du lit parental semble être une pratique moins à risque, contrairement aux habitudes des sociétés occidentales. (29)(28)(45)(48) Ces résultats contrastent avec une étude réalisée en Écosse en juillet 2005, qui montre que le risque de MIN est accru chez les bébés âgés de moins de 11 semaines et subsiste même si la mère ne fume pas ou si le nourrisson est allaité au sein.(49)

Ces études qui s'opposent suggèrent que la MIN, en France ou dans le monde, est d'origine multifactorielle et dépend de l'environnement socio-culturel. Le partage du lit parental persiste dans ces différentes populations du fait de multiples influences qu'elles soient culturelles ou réactionnelles aux pleurs du nourrisson.(45)(44) Ces résultats renforcent l'importance d'adapter les prises en charge selon les particularités de chaque patient.

CONCLUSION

La crainte de la MIN reste la principale raison pour laquelle les soignants abordent le thème du sommeil lors d'une consultation.

Ce travail a mis en lumière l'embarras de certains soignants devant le non-respect des recommandations actuelles du couchage du nourrisson, notamment devant la pratique du partage du lit parental.

En effet, cette étude souligne l'existence de discordances dans les messages des soignants concernant le couchage des nourrissons, ayant parfois comme conséquence un manque d'adhésion ou de compréhension par les parents vis-à-vis des messages de prévention luttant contre la MIN.

Ainsi, afin d'éviter toute confusion auprès des parents, devant des propos divers tenus par les soignants, il apparaît nécessaire d'harmoniser nos discours.

Dans un contexte où le taux de MIN ne diminue plus en France depuis 2005, cette étude renforce l'idée qu'il serait bénéfique de réaliser un nouveau programme officiel de prévention et de sensibilisation à l'échelle nationale sur les conditions de couchage des nourrissons pour tous les professionnels de santé concernés ainsi que pour les parents. Pour cela, il pourrait être proposé de délivrer des informations précises et didactiques destinées à la fois aux professionnels de santé et à leurs patients. Les supports d'information seraient accessibles dans toutes les maternités, des lettres d'informations seraient adressées à tous les professionnels de santé en formation et installés. De même, il pourrait être intéressant d'imaginer une diffusion de spots publicitaires à la fois télévisuels et par les interfaces numériques.

La dernière campagne nationale de prévention sur le couchage du nourrisson datant du mois d'octobre 1994, avait obtenu des résultats très favorables avec une nette diminution de la prévalence de la MIN.(37)

Depuis, certaines associations comme Naître et Vivre avec la participation de réseaux de santé en périnatalité ont tout de même réalisé des spots de prévention actualisés aux données récentes.(50)

Pour conclure, il semble intéressant de lire les résultats de ce travail en miroir avec ceux de la thèse qualitative menée auprès des patientes sur ce thème de la pratique du sommeil partagé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mortalité infantile [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/mortalite-infantile/>
2. K. Levieux, C. Gras Le GUEN et ANCRéMIN. Observatoire Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN) Valorisation via cohorte [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.girci-go.org/PUBLICATIONS/documents/journee%20annuelle/206%20Reseaux/OMINDrGRASLEGUENetLEVIEUX.pdf>
3. Bri E, -Huchet. Données statistiques MSN [Internet]. Naître et Vivre. 2013 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <http://naître-et-vivre.org/donnees-statistiques-epidemiologie/>
4. Juliette Bloch, Pierre Denis, Delphine Jezewski-serra et le comité de pilotage. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009 [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2007. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
5. HAS. Haute Autorité de Santé : Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf
6. La mort inattendue du nourrisson - association Naître et vivre [Internet]. Naître et Vivre. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <http://naître-et-vivre.org/mort-inattendue-nourrisson/>
7. MIN, le sommeil et la Mort Inattendue du Nourrisson [Internet]. MPEDIA.fr. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/257-min-mort-inattendue-nourrisson.html>
8. American academy of pediatrics. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016. Recommendations for a safe sleeping environment. Pediatrics [Internet]. 5 nov 2016;138. Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/25/peds.2016-2938.full.pdf>
9. ANAES. Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
10. OMS | Allaitement [Internet]. WHO. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
11. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. Arch Dis Child. déc 2004;89(12):1106-10.
12. Buswell SD, Spatz DL. Parent-Infant Co-sleeping and Its Relationship to Breastfeeding. J Pediatr Health Care. 1 janv 2007;21(1):22-8.
13. Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? Rev Médecine Périnatale. 1 mars 2011;3(1):25-33.
14. UNICEF. Partager un lit avec son bébé, UNICEF [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.coordination-allaitement.org/images/informer/sharingbedleaflet_french.pdf
15. McKenna JJ, Israël, Jacky, Didierjean-jouveau, Claude Suzanne. Comment dorment les bébés. Pour ou contre le sommeil partagé. Belin. Humensis; 2014. 273 p. (Naïte, Grandir, Devenir).
16. Fleming P, Blair, P. New knowledge, new insights, and new recommendations. Arch Dis Child. oct 2006;91(10):799-801.
17. Ball HL. The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. Recommendations on Cosleeping and Bed-Sharing. J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc. nov 2017;33(4):765-9.
18. Lequien P, Carpentier C. Cosleeping et mort subite du nourrisson. Arch Pédiatrie. 1 juin 2000;7(6):680-3.
19. Pauline Renon. Lieu de couchage des nourrissons: exploration des pratiques des médecins généralistes en Bretagne concernat les conseils donnés aux parents. [Internet]. [Université de RENNES 1]; 2017. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/0564e5ad-5c5e-4944-97a0-94a375a9e975?inline>
20. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):145.
21. Bien coucher un bébé [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/bebe/coucher-bebe>
22. Société Française de pédiatrie. Conseils de prévention, dans quelle position coucher votre bébé? [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/pdf/Nouveautés_du_site/2005/Octobre-Novembre-December2005/conseils_de_prevention.pdf

23. Streicher MP et al. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. *P10. Arch Ped* 2004;11(6):741.
24. OMS | 10 faits sur l'allaitement maternel [Internet]. WHO. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>
25. Turck, Dominique, Razanamahefa, Landy, Dazelle, Cécile, Gelbert, Nathalie, Gremmo-Féger, Gisèle, Manela, Alfred, et al. Plan d'action: allaitement maternel. *Médecine Nutr.* 2010;46(3-4):25-47.
26. Christelle. Promotion et protection de l'allaitement : chronologie des événements et actions [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/939-chronologie-evenements-actions>
27. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bull Epidémiologique Hebd - BEH.* 2015;(27):522-32.
28. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev.* 1 juin 2005;6(2):134-52.
29. McKenna JJ, Gettler LT. Mother-Infant Cosleeping with Breastfeeding in the Western Industrialized Context. In 2010.
30. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics.* août 1997;100(2 Pt 1):214-9.
31. Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. *Paediatr Child Health.* nov 2001;6(9):673-7.
32. HAS. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf
33. CoFam. Argumentaire sur le sommeil partagé et l'allaitement. [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/argumentairesommeilpartagé.pdf>
34. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth Berkeley Calif.* sept 2003;30(3):181-8.
35. Jean Labbé. La théorie de l'attachement [Internet]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20\(10%20Pages%20-%2037%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20ATTACHEMENT%20EST%20UN%20MODELE%20(10%20Pages%20-%2037%20Ko).pdf)
36. Nicole Guedeney, pédopsychiatre et responsable du service de psychiatrie infantojuvénile à l'institut Mutualiste Montsouris de Paris. Conférence de la pédopsychiatre Nicole Guedeney à propos de la théorie de l'attachement. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=8RfVJdY2DFo>
37. Ministère de la santé. Bilan de la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson 11e législature [Internet]. SENAT; 1999. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/1998/qSEQ980910827.html>
38. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* [Internet]. 23 mai 2013 [cité 27 juin 2018];3(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3657670/>
39. Mort subite du nourrisson : « Dans le lit, le thorax écrasé » [Internet]. *L'Obs.* [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-sante/20130528.RUE6545/mort-subite-du-nourrisson-dans-le-lit-le-thorax-ecrase.html>
40. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>
41. M.Le Roux, J-C.Guiraud, D.Botton. Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent [Internet]. *La santé de l'homme.* 2007. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/390/07.htm>
42. Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. LA SANTÉ DES GENS DU VOYAGE Comprendre et agir [Internet]. Disponible sur: https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=230
43. Chung S, An H. Cultural Issues of Co-Sleeping in Korea. *Sleep Med Res.* 30 déc 2014;5(2):37-42.
44. Luijk MPCM, Mileva-Seitz VR, Jansen PW, van IJzendoorn MH, Jaddoe VWV, Raat H, et al. Ethnic differences in prevalence and determinants of mother-child bed-sharing in early childhood. *Sleep Med.* 1 nov 2013;14(11):1092-9.
45. Nelson EA, Taylor BJ, Jenik A, Vance J, Walmsley K, Pollard K, et al. International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. *Early Hum Dev.* avr 2001;62(1):43-55.
46. 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.* mai 2007;11(3):277-86.

47. Blabey MH, Gessner BD. Infant Bed-Sharing Practices and Associated Risk Factors Among Births and Infant Deaths in Alaska. *Public Health Rep.* 2009;124(4):527-34.
48. Das RR, Sankar MJ, Agarwal R, Paul VK. Is « Bed Sharing » Beneficial and Safe during Infancy? A Systematic Review. *Int J Pediatr* [Internet]. 2014 [cité 27 juin 2018];2014. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941230/>
49. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr.* juill 2005;147(1):32-7.
50. redaction. Spot de prévention de la mort subite du nourrisson [Internet]. Naître et Vivre. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://naitre-et-vivre.org/ressource-min/spot-prevention-mort-subite-nourrisson/>

GLOSSAIRE

AAP	Académie Américaine de Pédiatrie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Cododo	Lit avec deux surfaces de couchages distinctes
Cocoonababy	Cocon ergonomique pour le nouveau-né
CRMIN	Centre de référence de mort inattendue du nourrisson
(E1)	Entretien 1
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MIN	Mort Inattendue du Nourrisson
MSN	Mort Subite du Nourrisson
OMIN	Observatoire National de la Mort Inattendue du Nourrisson
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Partage chambre parentale	Deux lits distincts
Partage lit parental	Une seule surface de couchage
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
Taux de mortalité infantile	Nombre de décès avant 1 an pour 1000 naissances vivantes
Triangulation	Procédure visant la validité des savoirs produits par la recherche grâce à la superposition et à la combinaison de plusieurs perspectives.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ANNEXE 1- CARACTERISTIQUES DES SOIGNANTS INTERROGES

Entretien	Sexe	Age (ans)	Milieu d'exercice	Statut du professionnel	Mode d'exercice	Durée de l'entretien (minutes)
E1	F	33	rural	Médecin généraliste	libéral	12
E2	F	42	rural	Médecin généraliste	libéral	10
E3	F	45	ville	Pédiatre	salarial	18
E4	F	48	rural	Médecin généraliste	libéral	13
E5	F	45	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	19
E6	F	25	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	23
E7	F	42	ville	Pédiatre	salarial	17
E8	F	49	ville	Médecin généraliste	mixte	28
E9	F	49	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	18
E10	F	45	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	43
E11	H	60	rural	Médecin généraliste	libéral	32
E12	H	34	rural	Médecin généraliste	libéral	25
E13	F	64	rural	Médecin généraliste	libéral	26
E14	F	35	ville	Sage-femme	salarial	46
E15	F	37	rural	Médecin généraliste	libéral	7
E16	F	44	ville	Pédiatre	mixte	9
E17	F	26	ville	Sage-femme	salarial	12
E18	F	49	rural	Médecin généraliste	libéral	12
E19	F	32	ville	Pédiatre	salarial	14
E20	F	30	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	12
E21	F	58	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	16
E22	F	40	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	11
E23	F	55	ville	Sage-femme	salarial	15
E24	F	43	ville	Sage-femme	salarial	13
E25	F	38	ville	Infirmière-puéricultrice	salarial	11
E26	F	55	ville	Pédiatre	salarial	30
E27	F	59	ville	Pédiatre	salarial	9
E28	F	34	ville	Pédiatre	salarial	8
E29	H	64	rural	Médecin généraliste	libéral	17
E30	F	44	ville	Sage-femme	salarial	11
E31	H	39	ville	Pédiatre	salarial	12
E32	H	40	rural	Médecin généraliste	libéral	8
E33	F	55	ville	Médecin de PMI	salarial	15
E34	F	47	ville	Infirmière-puéricultrice de PMI	salarial	7
E35	F	38	ville	Sage-femme	salarial	12
E36	F	38	rural	Médecin généraliste	libéral	6
E37	H	37	rural	Médecin généraliste	libéral	8
E38	H	34	rural	Médecin généraliste	libéral	10
E39	H	37	rural	Médecin généraliste	libéral	6
E40	H	61	rural	Médecin généraliste	libéral	10
		Age moyen : 43,75	Urbain : 25 Rural : 15	17 Médecins généralistes 9 Infirmières-puéricultures 8 Pédiatres 6 Sages-femmes	Salariés : 23 Libéraux : 15 Mixtes : 2	Durée moyenne: 24 min

ANNEXE 2 - GUIDE D'ENTRETIEN

Ce travail de thèse de médecine générale s'intègre dans un projet global mené sur le sommeil partagé à Rennes.

Ce terme sous-entend plusieurs modalités de couchage du nourrisson : le partage de la chambre parentale (roomsharing avec deux lits distincts), mais aussi le partage de lit mais avec là encore une sous-distinction entre le partage du lit parental (bedsharing avec une seule surface de couchage) et le cododo (Side car crib avec deux surfaces de couchages distincts).

Notre travail s'intéresse aux représentations des soignants puis à leurs attitudes en consultation face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson de moins de 6 mois allaité.

RECUEIL du consentement oral des participants.

1) Vous souvenez-vous de la dernière consultation avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois ? Comment organisez-vous ce type de consultation habituellement ?

2) Est-ce qu'il vous arrive d'interroger les parents sur le couchage de leur nourrisson ?

Si oui : Dans quel(s) contexte(s) vous-explorez les modalités de couchage du nourrisson de moins de 6 mois allaité avec les parents ?

Si non : pourquoi ?

3) Comment et pourquoi explorez-vous cette question du couchage (lieu et des modalités de couchage) du nourrisson de moins de 6 mois allaité ?

4) Que feriez-vous en consultation face à une maman ou à des parents qui avouent pratiquer le partage du lit parental ? Si vous ne recommandez pas cette pratique, que proposez-vous comme alternative ?

5) Que pensez-vous du fait de partager son lit avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois ?

6) Etes-vous vous même parents ? Si oui, à titre personnel avez-vous pratiqué le partage du lit parental ? Si non dans votre entourage personnel connaissez-vous un exemple de partage du lit parental ?

7) Connaissez-vous des recommandations sur le lieu et modalités de couchage ?

8) Voulez-vous ajouter quelque chose à ce sujet, y-a-t-il des choses que nous n'avons pas évoquées et qui vous semble importantes ?

9) Questions administratives : sexe, âge, mode d'exercice (urbain/rural), mode d'activité (salariale/libérale/mixte), professionnel, durée de l'entretien

GUENNEC Chloé. Représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois.

51 pages, 1 tableau - Thèse : Médecine générale ; Rennes 1; 2019 ;

Introduction : La mort inattendue du nourrisson (MIN) reste en France, la première cause de mortalité entre 1 et 12 mois de vie. L'une des causes évitables est désignée par un couchage inadapté, dont le partage du lit parental avec un nourrisson. L'objectif principal de ce travail est de recueillir les représentations et attitudes des soignants face à la pratique du partage du lit parental avec un nourrisson allaité de moins de 6 mois, en dépit des recommandations officielles en vigueur en France. **Méthodologie** : Cette étude qualitative commune a été réalisée par des entretiens semi-dirigés individuels. Divers professionnels de santé ont été interrogés : médecins généralistes, pédiatres, infirmières-puéricultrices et sages-femmes. Les 40 entretiens ont été réalisés du 18 octobre 2018 au 15 février 2019 et enregistrés sur dictaphone. Le consentement oral a été obtenu. L'anonymat était conservé après l'étape de retranscription. L'analyse a bénéficié d'un double codage des données. **Résultats** : L'exploration par les soignants des lieux et modalités de couchage du nourrisson de moins de 6 mois allaité est variable. Elle peut être systématique, conditionnée par le contexte voire inexistante. Cette exploration se justifie par la prévention des risques liés à un couchage inadapté pouvant conduire à une MIN. Elle permet d'apprécier l'état de fatigue des parents et la qualité du lien mère-enfant. Cette étude précise les représentations positives et négatives des soignants sur le partage du lit parental qui s'avèrent influencer leurs attitudes en pratique. De plus, les expériences professionnelles et personnelles peuvent entraîner des postures et des discours différents d'un professionnel de santé à l'autre. Enfin, ils s'appuient sur différentes ressources pour accompagner et conseiller les parents. **Conclusion** : Pour éviter la multiplication des informations délivrées aux patients, il serait judicieux d'uniformiser les conseils des soignants dans toutes les maternités. Les résultats de cette étude pourraient suggérer l'organisation d'une campagne nationale de prévention concernant le couchage recommandé du nourrisson.

Introduction : The sudden infant death syndrome (SIDS) remains the first cause for mortality between 1 and 12 months of life in France. One of the preventable causes is inadequate bedding, such as bed-sharing with an infant. The key objective of this work is to collect the representations and attitudes of caregivers towards the practice of bed-sharing with a breastfed infant under 6 months of age regardless of official recommendations in effect in France. **Methodology**: This joint qualitative research was carried out through individual semi-structured interviews. Various health professionals were questioned: general practitioners, pediatricians, pediatric nurses and mid-wives. The 40 interviews were completed between 18 October 2018 and 15 February 2019 and were recorded on a dictaphone. Oral consent was given. Anonymity was kept after the transcription process. The analysis benefited from a double coding of the data. **Results**: Caregivers' exploration of places and modalities of bedding of breastfed infants under 6 months of age is variable. It can be systematic, determined by the context or even nonexistent. This exploration is justified by the prevention of risks linked to inadequate bedding and resulting in a SIDS. It allows to evaluate the state of tiredness of parents and the quality of the mother-child bond. This research details caregivers' positive and negative representations on bed-sharing which turns out to influence their attitudes in practice. In addition, professional and personal experiences can result in different positions and ideas from one health professional to another. Finally, they rely on different resources to support and advise parents. **Conclusion**: To avoid the accumulation of information given to patients, it would be wise to harmonize the advices provided by caregivers in maternities. The results of this research could point to the organization of a national prevention campaign regarding the advisable bedding of infants.

Rubrique de classement : Etude qualitative commune de médecine générale

Mots-clés : partage du lit parental, mort inattendue du nourrisson, allaitement maternel, représentations, attitudes

Mots-clés anglais MeSH : Bedsharing, SIDS, Breastfeeding, representations, attitudes

JURY : Président : Professeur Patrick PLADYS
 Assesseurs : Professeur Alain BEUCHEE, Professeur Claude BENDAVID
 Docteur Alain CAUBET, Docteur Sylvie JAILLARD
 Docteur Sidonie CHHOR
 Madame Catherine PLESSE