



HAL
open science

État des lieux au sein d'un échantillon de femmes allaitantes en Ile-et-Vilaine concernant la prévalence et les modalités du sommeil partagé : modalités du sommeil partagé

Mathilde Renault

► To cite this version:

Mathilde Renault. État des lieux au sein d'un échantillon de femmes allaitantes en Ile-et-Vilaine concernant la prévalence et les modalités du sommeil partagé : modalités du sommeil partagé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02557925

HAL Id: dumas-02557925

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02557925v1>

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

Mathilde RENAULT

Née le 12/06/1991 à St Maurice (94)

**Etat des lieux au sein
d'un échantillon de
femmes allaitantes en
Ille-et-Vilaine
concernant la
prévalence et les
modalités du sommeil
partagé**

Modalités du sommeil partagé

**Thèse soutenue à Rennes
le 26 juin 2019**

devant le jury composé de :

Professeur Patrick PLADYS

PU-PH. Chef du pôle Pédiatrie, CHU de RENNES,
Président du jury

Professeur Alain BEUCHEE

PU-PH. Chef de service de Réanimation Néonatale,
CHU de RENNES, *juge*

Docteur Sylvie JAILLARD

MCU-PH. Histo-embryologie et cytogénétique, CHU
de RENNES, *juge*

Docteur Alain CAUBET

MCU-PH. Médecine et santé au travail, CHU de
RENNES, *juge*

Docteur Sidonie CHHOR

Médecin généraliste, MCA, *Directrice de thèse*

Docteur Laure FIQUET

Médecin généraliste, MCA, *juge*

Docteur Elodie CATIER-GUENNEC

Médecin généraliste, *juge*

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

Mathilde RENAULT

Née le 12/06/1991 à St Maurice (94)

**Etat des lieux au sein
 d'un échantillon de
 femmes allaitantes en
 Ille-et-Vilaine
 concernant la
 prévalence et les
 modalités du sommeil
 partagé**

Modalités du sommeil partagé

**Thèse soutenue à Rennes
 le 26 juin 2019**

devant le jury composé de :

Professeur Patrick PLADYS

PU-PH. Chef du pôle Pédiatrie, CHU de RENNES,
Président du jury

Professeur Alain BEUCHEE

PU-PH. Chef de service de Réanimation Néonatale,
 CHU de RENNES, *juge*

Docteur Sylvie JAILLARD

MCU-PH. Histo-embryologie et cytogénétique, CHU
 de RENNES, *juge*

Docteur Alain CAUBET

MCU-PH. Médecine et santé au travail, CHU de
 RENNES, *juge*

Docteur Sidonie CHHOR

Médecin généraliste, MCA, *Directrice de thèse*

Docteur Laure FIQUET

Médecin généraliste, MCA, *juge*

Docteur Elodie CATIER-GUENNEC

Médecin généraliste, *juge*

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	Pédopsychiatre ; 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 vieillessement ; 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 vieillessement ; 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
ANSEMI	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	Benoît	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-Praticien hospitalier et chef de service de pédiatrie du CHU de Rennes.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain BEUCHEE, Professeur des Universités-Praticien hospitalier et chef de service de Réanimation Néonatale du CHU de Rennes.

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

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET, Maître de conférences des universités - Praticien Hospitalier, Médecin du travail au CHU de RENNES.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sylvie JAILLARD, Maître de conférences des universités - Praticien Hospitalier, Service de cytogénétique au CHU de Rennes.

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez mon profond respect.

A Madame le Docteur Sidonie CHHOR, médecin généraliste à RENNES.

Merci pour ton accompagnement, ta bienveillance et tes encouragements tout au long de cette année de travail. T'avoir comme directrice de thèse a été une grande chance.

A Madame le Docteur Laure FIQUET, médecin généraliste à BRETEIL.

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et merci de m'avoir redonné le goût de la médecine générale.

A Madame le Docteur Elodie CATIER-GUENNEC, médecin généraliste.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements.

A Maxime ESVAN, Biostatisticien au CHU de RENNES.

Merci pour votre aide et pour votre disponibilité pour les analyses statistiques des résultats.

A tous les professionnels de santé qui ont contribué à la distribution de ce questionnaire merci de votre aide si précieuse.

A Morgane BODENES, merci pour cette excellente année de travail passée à tes côtés, cela a été un réel plaisir. Nos échanges vont me manquer.

A Arthur merci pour ton amour qui m'a permis de terminer ce long parcours. Ce n'est que le début d'une belle vie à deux.

A mes parents et mes frères, merci de votre soutien indéfectible dans les bons comme dans les mauvais moments de ces études médicales.

A mon papa, merci de supporter quand je ne répons pas à tes questions médicales, promis je ferai des efforts.

A ma maman, merci de tout ce temps passé à s'occuper de moi pour que je puisse réussir. Sans toi cela n'aurait pas été possible.

A Jean-Baptiste, merci pour ces après-midis passés ensemble pour que je puisse rédiger ma thèse, Nous avons retrouvé une vraie relation fraternelle pour mon plus grand plaisir.

A Bertrand, merci pour ta patience pendant mes révisions. Si tu décides de faire médecine je serai ton premier soutien.

A Aurélie, ma future belle-sœur, je serai toujours là si tu as besoin de conseils médicaux.

A mes deux grands-pères, merci de m'avoir transmis la vocation de faire médecine.

A mes deux grands-mères, merci de m'avoir transmis votre force de caractère et l'envie de réussir.

A Taty, merci pour toutes ces discussions qui m'ont permis de savoir qui j'étais vraiment.

A ma marraine Sophie, merci pour tous les bons moments passés ensemble et merci pour ta bienveillance et ton écoute qui m'ont fait grandir.

A ma tante Babeth, merci pour ton soutien et tous nos échanges médicaux qui m'ont fait avancer en tant que médecin.

A ma cousine Claire, merci de me pousser dans mes retranchements pour me faire avancer et merci pour ta joie de vivre communicative. Ne change rien.

A mes amies rennaises : Stéphanie, Claire, Marylou, Ombeline, Oriane et Anne-Clémence merci pour ces folles années étudiantes passées à vos côtés et qui n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A mon binôme de toujours, ma Stephy, merci pour toutes ces heures de révisions qui ont été moins difficiles à tes côtés.

A mes amies tourangelles Laura, Emilie et Diane merci pour cet internat passé à vos côtés.

A Clément mon co-externe de toujours merci pour tous ces stages d'externe passés dans la bonne humeur.

A Delphine et ses parents, merci pour vos encouragements tout au long de mes études.

A Marion mon amie luzienne, merci pour tous nos échanges qui m'ont permis de faire les bons choix

A Claude, merci pour toutes nos discussions médicales qui m'ont beaucoup apportée.

Au Dr Négaret merci de m'avoir redonné confiance en moi et surtout de m'avoir redonné le goût pour la médecine générale. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

Au Dr Boyer merci pour votre écoute et votre bienveillance qui m'ont permis d'avancer.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
METHODE	12
RESULTATS	13
I. Description de la population de l'échantillon	13
II. Lieu habituel de couchage	15
III. Prévalence du partage du lit dans les 15 jours précédant la consultation	16
IV. Modalités du partage du lit	17
V. Raison principale du partage de lit dans les 15 derniers jours	18
DISCUSSION	19
I. Partie commune : forces et limites de l'étude	19
A. <i>Forces de l'étude</i>	19
B. <i>Limites de l'étude</i>	19
C. <i>Biais de l'étude</i>	19
II. Partie rédigée par Morgane BODENES : Prévalence du sommeil partagé.....	20
III. Partie rédigée par Mathilde RENAULT : Modalités du sommeil partagé.....	22
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
ABREVIATIONS	29
ANNEXES	30
Annexe 1 : Questionnaire	30
Annexe 2 : Avis du comité d'éthique	33
Annexe 3 : Lieu habituel de couchage le jour	34
Annexe 4 : Croisements en fonction des principaux lieux habituels de couchage la nuit.....	35
Annexe 5 : Croisements en fonction du partage du lit dans les 15 derniers jours	36
Annexe 6 : Conditions de sécurité en cas de partage du lit dans les 15 derniers jours	37
ILLUSTRATIONS	
Figure 1 : Population analysée.....	13
Figure 2 : Lieux de recueil des questionnaires.....	13
Figure 3 : Raisons principales du partage du lit	18
Tableau 1 : Description de la population	14
Tableau 2 : Lieu habituel de couchage la nuit.....	15
Tableau 3 : Partage du lit dans les 15 derniers jours	16
Tableau 4 : Lieu habituel de couchage le jour.....	34
Tableau 5 : Croisements en fonction des principaux lieux habituels de couchage la nuit.....	35
Tableau 6 : Croisements en fonction du partage du lit dans les 15 derniers jours	36
Tableau 7 : Conditions de sécurité en cas de partage du lit dans les 15 derniers jours.....	37

INTRODUCTION

Le sommeil partagé dans le cadre de l'allaitement maternel est un sujet très controversé en France ainsi que dans le reste du monde et ne bénéficie pas de recommandations claires.

Il existe trois types de sommeil partagé ou « cosleeping ».

- Le partage du lit : l'enfant dort dans le même lit que ses parents.
- Le lit cododo : l'enfant dort dans un lit à trois côtés, fixé au lit des parents, à même hauteur, le quatrième côté étant ouvert sur le lit des parents (la surface n'est pas considérée comme commune).
- Et enfin le partage de la chambre parentale : l'enfant dort dans un berceau dans la même chambre que ses parents (1).

D'après l'enquête nationale de l'institut de veille sanitaire (2007-2009) (2), la première cause de décès des nourrissons entre l'âge d'un mois et un an est la Mort Subite du Nourrisson (MSN). Elle surviendrait dans 90% des cas avant six mois, le plus souvent chez les nourrissons de sexe masculin avec un pic entre 2 et 4 mois. L'une de ses définitions les plus récentes, établie en 2004 par un groupe d'experts composé de médecins légistes et de pédiatres, la caractérise comme « un décès inexplicable d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexplicable après des investigations post-mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique » (3).

Or, on constate que l'allaitement maternel a un effet protecteur contre la MSN (4). Il est recommandé de façon exclusive jusqu'à l'âge de 6 mois (5,6). Afin de permettre un allaitement optimal et de réduire la survenue de MSN, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (6) ainsi que l'American Academy of Pediatrics (AAP) (5) recommandent que le nourrisson dorme dans la chambre parentale, près du lit parental mais sur une surface séparée, idéalement la première année de vie, ou au minimum jusqu'à l'âge de six mois. Cette préconisation est également signalée par l'Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du nourrisson (ANCRReMIN) et le site Naître et Vivre qui a même réalisé une brochure d'information à l'intention des parents en 2016 (7). C'est également ce que recommande le réseau Bien Naître en Ille et Vilaine. Le partage du lit est plus répandu chez les femmes allaitantes (8) et il favoriserait l'allaitement maternel (9,10). D'ailleurs, l'OMS préconise un maternage de proximité et des tétées fréquentes, diurnes et nocturnes (6). En effet, la durée d'un allaitement maternel serait doublée en cas de partage du lit (11). Ce phénomène s'expliquerait par une fréquence des tétées nocturnes plus importante ainsi que par une durée plus longue des tétées en cas de partage du lit (12).

En 2015, la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) et son comité scientifique (composé de différents professionnels de santé) ont proposé des recommandations de bonnes pratiques sur le sommeil partagé en cas d'allaitement maternel. Ces recommandations concernaient les trois situations de sommeil partagé afin de permettre une sécurité optimale de l'enfant (13,14). En 2005, l'UNICEF UK baby, agence de l'organisation des Nations Unies consacrée à l'amélioration et à

la promotion de la condition des enfants, a également élaboré un document pour les parents en cas d'allaitement et de partage du lit afin d'optimiser cette pratique et de réduire le risque d'accident (15).

D'après deux études américaines (réalisées entre 1995 et 1997 et entre 1993 et 2000), le partage du lit est une pratique courante (16), sa prévalence est en augmentation (17,18) et il est fortement corrélé à l'allaitement maternel. Une autre étude américaine datant de 2008 a observé une augmentation croissante de la prévalence du partage du lit en ne respectant pas les consignes de sécurité (19). En France la dernière étude concernant le sommeil partagé date de 2004 et a été réalisée par le Pr Messer, chef de Néonatalogie du CHU de Strasbourg. Ce travail étudiait, la veille de leur consultation de pédiatrie, le lieu de couchage de nourrissons de moins de six mois, qu'ils soient allaités ou non. Sur un échantillon de 1789 questionnaires, il avait été observé que 32% des enfants avaient partagé le lit parental et que cette pratique n'était pas exceptionnelle (20).

Cette thèse est menée en binôme avec Morgane Bodénès. Ce travail fait suite à celui du Dr Pauline Renon 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 de cette étude est de faire un état des lieux plus récent au sein d'un échantillon de femmes allaitantes en Ille-et-Vilaine concernant la prévalence et les modalités du sommeil partagé et, plus précisément, du partage du lit lors d'un allaitement maternel (exclusif ou mixte).

METHODE

Il s'agit d'une étude quantitative épidémiologique, observationnelle, transversale et descriptive, par questionnaire papier anonyme (**Annexe 1**). Le critère d'inclusion était d'être une mère allaitant un nourrisson de six mois ou moins, en Ille-et-Vilaine (allaitement mixte ou exclusif). Le questionnaire comportait une série de questions à choix multiples ou unique et une question ouverte. Le recueil des données s'est effectué du 25 juillet 2018 au 8 décembre 2018. Le questionnaire a été distribué directement dans dix cabinets de médecine générale et quatre cabinets de pédiatrie sélectionnés par randomisation aléatoire ainsi qu'à huit cabinets de sages-femmes. Il a également été distribué par courriel aux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du département. Afin d'augmenter le recrutement, la distribution a été élargie par la suite : consultations dédiées à l'allaitement et UHTCD pédiatrie du CHU de Rennes ; consultations de pédiatrie et maison de naissance de la clinique de la Sagesse ; consultations de pédiatrie et dédiées à l'allaitement de la clinique Saint-Grégoire ; consultations dédiées à l'allaitement à l'hôpital de Vitré. Les questionnaires ont été remis aux patientes soit par les secrétaires médicales, soit par les professionnels de santé (médecin, sage-femme, puéricultrice). Des affiches ont également été exposées en salle d'attente afin de recruter un plus grand nombre de patientes. Les questionnaires ont été récupérés en main propre.

Le critère de jugement principal était le partage du lit des mères avec leur nourrisson dans les 15 jours précédant la consultation.

408 questionnaires ont été récupérés et 400 ont pu être analysés. 7 ont été exclus car l'âge de l'enfant ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Un autre a été exclu au regard d'un nombre de réponses insuffisantes. Les questionnaires étant au format papier, ils ont été saisis sur le logiciel Limesurvey afin d'éviter les biais de saisie et faciliter l'extraction des données.

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne +/- écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max) et les variables qualitatives en effectifs (%). Pour la comparaison entre les différents groupes, les tests de Student, de Kruskal Wallis ou des ANOVA ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives, et le test de Chi² ou le test exact de Fisher si nécessaire a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Le seuil de significativité retenu est de 5% ($p < 0,05$).

Pour cette étude le nombre de sujets nécessaires était $n=350$ avec un risque alpha de 5% et un pourcentage attendu de 35%. Ce dernier a été calculé à partir des prévalences retrouvées dans l'étude du Pr Messer (20). La précision était de 5% (résultat significatif si $p < 0,05$).

Le projet a reçu l'aval du comité d'éthique du CHU de Rennes (Annexe n°2).

RESULTATS

I. Description de la population de l'échantillon

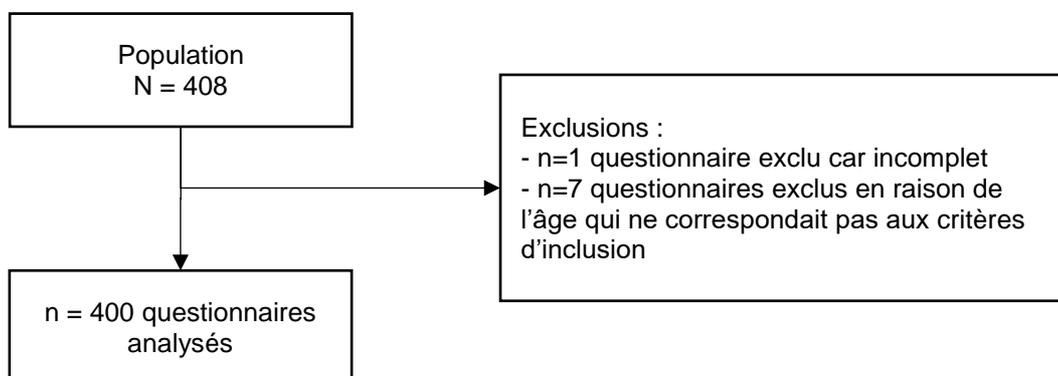


Figure 1 : Population analysée

400 questionnaires ont été analysés. Ils ont été principalement récupérés dans des cabinets de pédiatrie (23,3%), des cabinets de sages-femmes (22,8%), des cabinets de médecine générale (17,3%), des centres de PMI (16,5%) et des consultations dédiées à l'allaitement (14,0%).

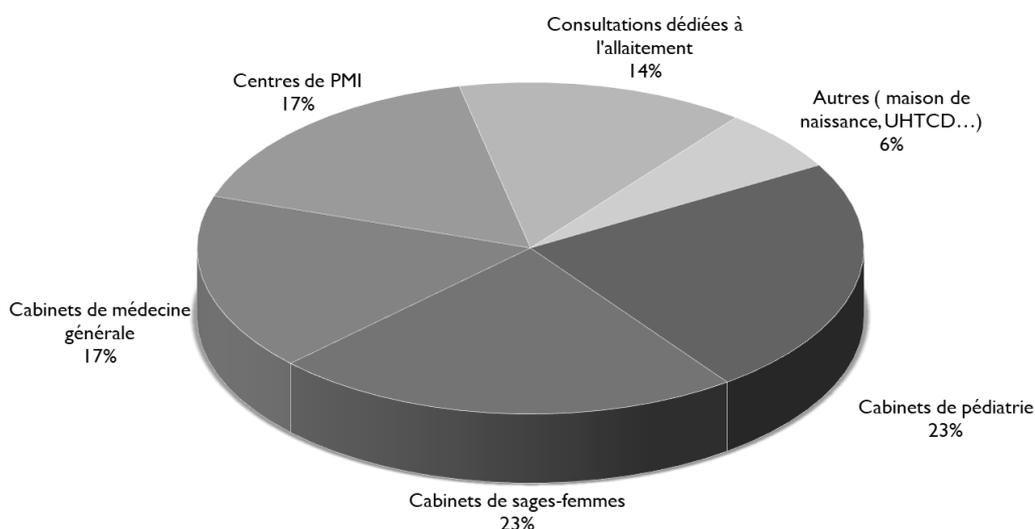


Figure 2 : Lieux de recueil des questionnaires

En moyenne, les mères allaitantes avaient 32 ans (32,2+/- 4,6). Elles étaient majoritairement employées (37,5%), cadres et professions intellectuelles supérieures (36,3%), ou sans activité professionnelle (15,1%). Les nourrissons avaient en moyenne 2 mois (2,3+/-1.6 et âges extrêmes de 4 jours à 6 mois et 10 jours). 8% des nourrissons étaient nés prématurément.

L'allaitement exclusif était majoritaire (82,8%) et pour 49,3% des mères il s'agissait d'un premier allaitement. 44,3% étaient primipares. Elles avaient principalement un (43,3%) ou deux (34,0%) enfants à charge. La taille moyenne des mères était de 165 cm et le poids moyen de 65,2 kg avec un IMC

moyen de 23,9. 6,8% déclaraient fumer, 0,8% consommer de l'alcool et 1,0% prendre des médicaments altérant la vigilance.

Tableau 1 : Description de la population

Age (années)	397 (3) 32.2 ± 4.6 (19.0 ; 30.0 ; 32.0 ; 35.0 ; 45.0)
Catégorie socio-professionnelle	397 (3)
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	12 (3.0%)
Cadre et professions intellectuelles supérieures	144 (36.3%)
Employés	149 (37.5%)
Etudiants ou en formation professionnelle	11 (2.8%)
Ouvriers	2 (0.5%)
Pas d'activité professionnelle	60 (15.1%)
Professions intermédiaires	19 (4.8%)
Premier enfant	400 (0)
Non	223 (55.8%)
Oui	177 (44.3%)
Prématurité	399 (1)
Non	367 (92.0%)
Oui	32 (8.0%)
Age de l'enfant (mois)	400 (0) 2.3 ± 1.6 (0.1 ; 1.0 ; 2.0 ; 3.2 ; 6.3)
Nombre d'enfants à charge	400 (0)
1	173 (43.3%)
2	136 (34.0%)
3	69 (17.3%)
4	12 (3.0%)
5 ou +	10 (2.5%)
Premier allaitement	400 (0)
Non	203 (50.8%)
Oui	197 (49.3%)
Type d'allaitement	400 (0)
Allaitement maternel exclusif	331 (82.8%)
Allaitement mixte	69 (17.3%)
Un autre adulte dort habituellement avec vous	396 (4)
Non	61 (15.4%)
Oui	335 (84.6%)
Taille	396 (4) 165.0 ± 6.3 (150.0 ; 160.0 ; 165.0 ; 170.0 ; 194.0)
Poids	394 (6) 65.2 ± 11.7 (42.0 ; 57.0 ; 63.0 ; 71.0 ; 115.0)
IMC	392 (8) 23.9 ± 3.8 (16.9 ; 21.3 ; 23.4 ; 26.0 ; 41.9)
IMC inférieur à 25	392 (8)
Non	125 (31.9%)
Oui	267 (68.1%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

II. Lieu habituel de couchage

Le lieu habituel de couchage des nourrissons le jour était majoritairement soit le salon ou la pièce de vie (39,0%), soit un berceau dans la chambre parentale (23.3%). 12,8% des nourrissons dormaient dans un berceau dans une chambre seul le jour (**Annexe 3**).

Le lieu habituel de couchage des nourrissons la nuit était principalement dans la chambre parentale, soit dans un berceau (47.0%), soit dans un lit cododo (19.8%). 8,8% des nourrissons dormaient dans un berceau dans une chambre seule et 6 % partageaient le lit parental.

Tableau 2 : Lieu habituel de couchage la nuit

Lieu habituel de couchage la nuit	400 (0)
Dans la chambre parentale, dans son berceau	188 (47.0%)
Dans la chambre parentale, dans un lit cododo	79 (19.8%)
Dans sa chambre, seul dans son berceau	35 (8.8%)
Dans la chambre parentale, dans le lit parental	24 (6.0%)
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec l'un des parents dormant sur un matelas	14 (3.5%)
Dans sa chambre, seul dans un grand lit	6 (1.5%)
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec d'autres enfants dormant dans la même chambre	2 (0.5%)
Dans sa chambre, partage d'un lit	2 (0.5%)
Autres	50 (12.5%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Le tableau 5 (**Annexe 4**) montre les caractéristiques des mères allaitantes en fonction du lieu habituel de couchage, la nuit, de leur nourrisson. Les nourrissons dormant habituellement dans la chambre parentale dans leur berceau avaient un âge moyen de 2 mois (2,0+/-1,4). Il s'agissait pour la majorité des cas, du premier enfant (51,1%) et d'un premier allaitement (56,9%), contrairement aux autres principaux lieux habituels de couchage (lit parental, lit cododo et seul dans sa chambre dans un berceau) où les mères étaient multipares (66,7% ; 58,2% ; 54,3%, $p=0.2838$) et avaient déjà une première expérience de l'allaitement (66,7% ; 51,9% ; 54,3%, $p=0.1021$). Concernant l'âge, les nourrissons dormant habituellement dans leur chambre, seuls dans leur berceau, étaient plus âgés avec un âge moyen de 3 mois (3,3 +/-1,6), contrairement aux nourrissons dormant dans la chambre parentale, soit dans un lit cododo, soit dans le lit parental avec un âge moyen de 2 mois (2,6 +/- 1,7 et 2,0+/- 1,7, $p<0.001$)

Concernant les mères des nourrissons dormant dans leur chambre, seuls dans leur berceau ou dans la chambre parentale, soit dans un berceau, soit dans un lit cododo, elles étaient principalement employées (31,4% ; 36,4% ; 40,5%) ou cadres et professions intellectuelles supérieurs (45,7% ; 44,4% ; 34,2%), contrairement aux mères des nourrissons dormant dans le lit parental qui étaient majoritairement sans activité professionnelle (29,2%) ou employées (25,0%).

III. Prévalence du partage du lit dans les 15 jours précédant la consultation

66.8% (267/400) des mères allaitantes de l'échantillon ont déclaré avoir dormi avec leur enfant dans les 15 jours précédant la consultation. Les lieux variaient, quant à eux : 89.9% dans le lit parental et 25.1% dans un canapé ou un fauteuil.

Le jour, le partage du lit était pratiqué majoritairement une à deux fois sur les 15 jours (34,3%), puis aucune fois (25,7%), et enfin entre trois et sept fois (23,8%). La nuit, le partage du lit était pratiqué majoritairement plus de sept fois sur les 15 jours (42,3%) puis entre trois et sept fois (23,6%) et enfin entre une et deux fois (21,7%). 69.7% des partages de lit ont eu lieu lors des tétées, 50.2% entre les tétées et 22.8% hors contexte d'allaitement (pleurs, enfant malade...) (Tableau 3).

Le tableau 6 (**Annexe 5**) compare les caractéristiques des mères allaitantes en fonction du partage du lit dans les 15 jours précédant la consultation. L'âge du nourrisson était semblable dans les deux groupes : moyenne de 2 mois (2,3 +/- 1,6 et 2,3 +/- 1,5, $p=0.8318$). On observait un pourcentage globalement équivalent d'employées (38,1% et 36,4%, $p=0.0112$) entre les deux groupes, contrairement aux cadres et professions intellectuelles supérieures qui étaient majoritaires dans le groupe n'ayant pas pratiqué de partage de lit (44,7% versus 32,1%) et aux mères sans activité professionnelle qui étaient majoritaires dans le groupe ayant partagé le lit (18,5% versus 8,3% avec $p=0.0112$).

En cas de partage lit, 57.7% étaient multipares, et 51,7% avaient une expérience de l'allaitement. 41,9% des mères de ce groupe déclaraient que le lieu habituel de couchage de leur nourrisson la nuit était dans la chambre parentale seul dans un berceau, 22,5% dans un lit cododo et 9% dans le lit parental. Les lieux de recueils étaient semblables dans les deux groupes.

Tableau 3 : Partage du lit dans les 15 derniers jours

Partage du lit dans les 15 derniers jours	400 (0)
Non	133 (33.3%)
Oui	267 (66.8%)
Fréquence le JOUR	265 (2)
Aucune fois	68 (25.7%)
Entre 3 et 7 fois sur les 15jours	63 (23.8%)
Plus de 7 fois sur les 15jours	43 (16.2%)
Une à 2 fois sur les 15jours	91 (34.3%)
Fréquence la NUIT	267 (0)
Aucune fois	33 (12.4%)
Entre 3 et 7 fois sur les 15jours	63 (23.6%)
Plus de 7 fois sur les 15jours	113 (42.3%)
Une à 2 fois sur les 15jours	58 (21.7%)
Circonstances : pendant les tétées	267 (0)
Non	81 (30.3%)
Oui	186 (69.7%)
Circonstances : entre les tétées	267 (0)
Non	133 (49.8%)
Oui	134 (50.2%)

Circonstances : hors contexte allaitement	267 (0)
Non	206 (77.2%)
Oui	61 (22.8%)
Lieu : lit parental	267 (0)
Non	27 (10.1%)
Oui	240 (89.9%)
Lieu : canapé ou fauteuil	267 (0)
Non	200 (74.9%)
Oui	67 (25.1%)
Lieu : matelas dans la chambre de l'enfant	267 (0)
Non	253 (94.8%)
Oui	14 (5.2%)

IV. Modalités du partage du lit

Parmi les mères ayant déclaré avoir partagé leur lit avec leur nourrisson, 2.2% dormaient également avec un autre enfant dans le lit et 3.7% avec un animal.

59,6% avaient un drap ou une couverture à proximité et 88,4% avaient un oreiller ou un coussin d'allaitement dans le lit. 7,9% des mères rapportaient fumer et 1,5% prendre des médicaments altérant la vigilance alors qu'aucune ne déclarait consommer de l'alcool ou d'autres toxiques. 80,5% des mères allaitantes dormaient avec un autre adulte dans le lit. Concernant la personne ayant partagé leur lit, 22,4% auraient consommé du tabac, 9,3% de l'alcool, 1,9% des médicaments altérant la vigilance et 0,9% d'autres toxiques. Au total, 73.7% des mères allaitantes et/ou la personne partageant leur lit auraient consommé des toxiques (tabac, alcool ou médicaments altérant la vigilance). 33% des mères avaient un IMC supérieur à 25. L'allaitement maternel était mixte pour 15,4% des mères. 7,1% des nourrissons partageant le lit avec leur mère étaient nés prématurément. En cas de partage de lit, 59.2% des nourrissons dormaient du côté de leur mère, 35,2% sur leur mère et 26,2% entre leur mère et la personne partageant le lit. Au total, toutes les conditions de couchage décrites par les recommandations de la CoFAM étaient remplies par 1,5% des mères allaitantes (Tableau 7, **Annexe 6**). Par ailleurs, 86,9% des mères déclaraient connaître les recommandations sur le partage de lit.

V. Raison principale du partage de lit dans les 15 derniers jours

Concernant la raison principale, il s'agissait d'une question ouverte. Les différentes réponses ont donc été regroupées en six catégories.

Selon les mères allaitantes les trois raisons principales retrouvées étaient les suivantes :

- L'allaitement (22,8%),
- La fatigue (22,0%),
- La proximité mère-enfant (19,5%).

Les autres raisons retrouvées étaient : l'endormissement pendant la tétée (12,9%), les pleurs (12,4%), l'enfant malade (5,8%).

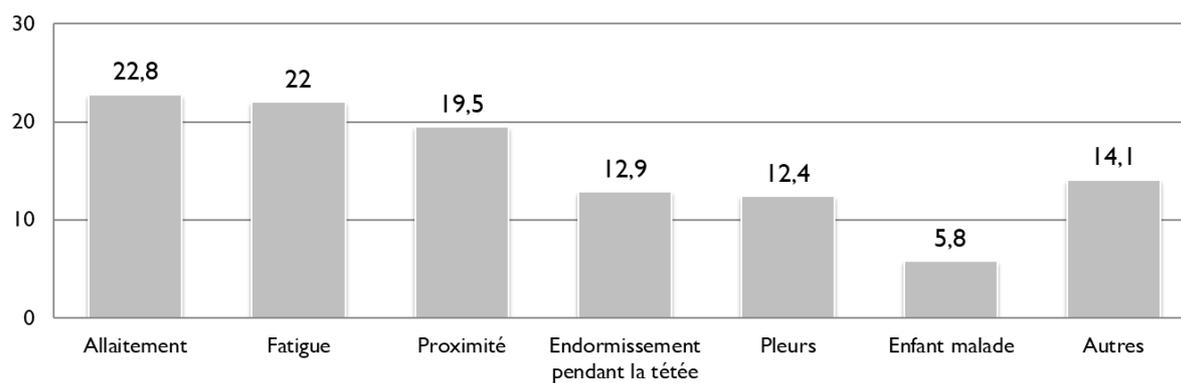


Figure 3 : Raisons principales du partage du lit

DISCUSSION

I. Partie commune : forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

La taille de l'échantillon était importante avec 408 questionnaires recueillis sur une période de 4 mois et seulement 8 questionnaires exclus. Le questionnaire était relativement long avec des questions précises afin de décrire les différents types de sommeil partagé, leur prévalence et leurs modalités. Malgré cela, il a été bien rempli dans la majorité des cas puisqu'un seul a été exclu pour un nombre de réponses insuffisantes. Les lieux de recrutement étaient variés alliant le libéral, l'hospitalier et les consultations de pédiatrie, de médecine générale, de PMI et les consultations dédiées à l'allaitement.

B. Limites de l'étude

Nous avons choisi d'étudier une population composée uniquement de mères allaitantes. Il serait intéressant de connaître la prévalence du partage du lit au sein de la population générale.

La durée du partage du lit et la position du nourrisson lors du partage du lit n'étaient pas précisées. Il serait pertinent de décrire ces facteurs dans une nouvelle étude. En effet, il a été largement démontré que pour réduire le risque de MSN, le nourrisson doit dormir sur le dos (5).

La température de la pièce n'était également pas recherchée. Des études ont montré un risque plus élevé de MSN en cas de chaleur excessive mais les températures imputées varient en fonction des études. C'est pourquoi l'AAP ne prévoit pas de recommandations concernant la température de la pièce, cependant il faut éviter de couvrir excessivement le nourrisson (5). De plus, pour des raisons éthiques, nous avons fait le choix de ne pas demander aux mères leur origine ethnique. Cependant, cette donnée aurait pu être intéressante car les pratiques de couchage varient selon les cultures (21).

C. Biais de l'étude

Les non-répondantes n'étaient pas quantifiées, ce qui ne permet pas de connaître le taux de participation à cette étude. De plus, le recueil n'était pas exhaustif au sein d'un même lieu.

Le questionnaire était anonyme pour limiter les biais de jugement. Néanmoins, le partage du lit étant une pratique déconseillée par les professionnels de santé, il paraît probable qu'elle ait été sous-estimée. On peut également supposer la présence d'un biais selon le type de professionnel qui a distribué le questionnaire.

Pour limiter les biais de recrutement, les cabinets de médecine générale et de pédiatrie ont été randomisés contrairement aux cabinets de sage-femme. Le questionnaire a également été distribué aux centres de PMI de l'Ille et Vilaine par mail. Le recrutement a été élargi par la suite à la clinique de la Sagesse, CHU de Rennes, Hôpital de Vitré et Clinique de Saint-Grégoire, ce qui peut constituer un biais de sélection. Néanmoins cet élargissement a permis le recueil d'un plus grand nombre de questionnaires.

Un biais déclaratif est probable, notamment concernant le poids déclaré des mères et la prise de toxiques qui peuvent être sous-estimés.

Il existe également des biais de formulation du questionnaire. Le choix de réponse "aucun toxique" n'étant pas proposé à la question 12a et 13, il était admis qu'en l'absence de réponse il n'y avait pas de consommation de toxiques. En effet, dans la majorité des cas, les mères annotaient le questionnaire en précisant "aucun toxique". La question 10d pouvait également être source de confusion, quant à sa formulation. Certaines mères ont pu comprendre que cette modalité incluait le fait de dormir sur un matelas au pied du berceau de leur enfant, ce qui ne constitue pas le partage d'une surface commune. Cependant, très peu de mères ont répondu positivement à cette question (5,2% de réponses positives). La question 9b a nécessité des ajustements. Un grand nombre de mères allaitantes a indiqué plusieurs lieux de couchage habituels le jour malgré la consigne de réponse unique. De plus, le nombre de réponses "autres" étant important, elles ont été classées en différentes catégories : salon ou pièce de vie, et/ou portage et/ou "autres" (incluant nacelle, transat, tapis d'éveil, berceau). Le lieu habituel de couchage des nourrissons le jour semblant varié et multiple, il paraît difficile de le sécuriser.

II. Partie rédigée par Morgane BODENES : Prévalence du sommeil partagé

La prévalence du sommeil partagé a été étudiée au sein d'un échantillon de femmes allaitantes. Selon les données publiées par la DREES en 2013, la prévalence des nourrissons allaités à la naissance s'élevait à 66 %. Elle n'était plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois (22).

Dans notre échantillon, l'âge moyen des mères allaitantes était de 32 ans et ces dernières étaient majoritairement employées, cadres et de professions intellectuelles supérieures. Il était représentatif de la population des femmes allaitantes en France. En effet, l'allaitement est plus fréquent parmi les femmes de 30 ans ou plus, diplômées et de catégorie socioprofessionnelle supérieure (22). Les femmes qui allaitent le plus longtemps sont souvent âgées de 30 ans ou plus, sont cadres ou inactives, avec plusieurs enfants au foyer. Ces données sont d'ailleurs globalement équivalentes aux résultats de l'étude Epifane de 2012 (23).

Il est recommandé que les nourrissons dorment dans la chambre parentale, sans partage de lit, au moins jusqu'à l'âge de six mois. En effet, ceci permet de réduire le risque de MSN d'au moins 50% (5,24,25). Dans cette présente étude, 72,8% des nourrissons allaités dormaient habituellement dans des conditions de sommeil partagé la nuit. 47% dormaient seuls dans un berceau dans la chambre parentale, 19,8% dans un lit cododo, et 6% dans le lit parental.

Le critère de jugement principal était le partage du lit des mères allaitantes avec leur nourrisson dans les 15 jours précédant la consultation. Le choix de la durée de 15 jours a été fait pour limiter les biais rétrospectifs et de mémorisation, tout en permettant un recul nécessaire pour estimer cette pratique. C'est d'ailleurs cette même durée qui avait été utilisée dans une étude américaine réalisée entre 1993 et 2000 (19).

66,8% des mères allaitantes de l'échantillon ont déclaré avoir dormi sur une surface commune avec leur nourrisson dans les 15 derniers jours. La nuit, 42,3% des partages de lit avaient lieu plus de 7 fois sur les 15 jours alors que seules 6% des mères affirmaient que le lieu habituel de couchage de leur

nourrisson était le lit parental. Le partage de lit apparaissait ne pas être programmé mais semblait fréquent au vu des résultats retrouvés par l'étude. Or, une méta-analyse, publiée en 2012, a rapporté un risque accru de MSN en cas de partage de lit non programmé (26). De plus, le partage de lit, au sein de l'échantillon, semblait fortement lié à l'allaitement maternel puisque près de 70% ont eu lieu pendant les tétées et/ou 50% entre les tétées. De nombreuses études rapportent un lien entre le partage du lit et l'allaitement maternel : en effet le partage de lit est plus fréquent chez les femmes allaitantes et il favoriserait l'allaitement maternel (9–11).

Dans cet échantillon, le partage du lit était plus fréquent chez les femmes allaitantes sans activité professionnelle, multipares, avec une expérience de l'allaitement et chez les nourrissons d'un âge moyen de deux mois. Peu de données équivalentes ont été publiées, cependant une étude américaine mettait en évidence que le partage du lit, pratiqué de façon habituelle, était souvent associé à des mères jeunes et à des nourrissons âgés de moins de huit semaines (17).

En France, une seule étude nationale concernant le sommeil partagé a été publiée en 2004 par Streicher et al (20). Elle permettait d'étudier la veille de la consultation de pédiatrie, le lieu de couchage des nourrissons, allaités ou non, de moins de 6 mois sur un échantillon de 1789 nourrissons. La prévalence du partage de la chambre était de 36 % et celle du partage du lit de 32% au moment de l'enquête.

La prévalence de partage de lit deux fois plus élevée au sein de notre étude, peut s'expliquer par la population exclusivement allaitante. De même, la question portait sur les 15 derniers jours et non uniquement sur la veille de la consultation.

Le sommeil partagé est une préoccupation mondiale. En effet, une étude internationale, publiée en 2000 par Nelson et Taylor a étudié les conditions de sommeil des nourrissons de 3 mois. La prévalence du partage du lit variait de 2 à 88% selon les pays. Elle était plus importante en Chine (88% à Chongqing), en Suède (65% à Stockholm) et au Chili (64% à Santiago) (27). De même, l'étude américaine réalisée entre 1993 et 2000 observait une prévalence de partage de lit des nourrissons de moins de 7 mois dans les 15 derniers jours de 45%. Le partage du lit, pratiqué de façon habituelle, était en augmentation, passant de 5.5 à 12.8% (17). D'ailleurs, une autre étude américaine publiée en 2003 observait que 48% des nourrissons entre 3 et 7 mois dormaient habituellement dans le lit parental (16). Une étude anglaise plus récente datant de 2016 observait une prévalence de partage de lit importante et fortement corrélée à l'allaitement maternel. Le partage du lit était soit rare ou nul (44%), intermittent (28%) ou régulier (28%) (10). Ces variations de prévalence de partage de lit en fonction des différentes zones géographiques peuvent s'expliquer par certaines différences culturelles. Des études ont observé une différence de prévalence selon l'origine ethnique : les populations noires et hispaniques pratiquaient bien plus le partage du lit que les populations blanches (21). Le partage du lit n'épargne donc aucune région du globe, sa prévalence est non négligeable et en augmentation.

Néanmoins, le partage du lit est fortement déconseillé par l'OMS et l'AAP en raison du risque de mort subite. Selon l'Observatoire National de la Mort Inattendue du Nourrisson (OMIN) (28), la France reste actuellement l'un des pays à fort taux de Morts Inattendues du Nourrisson (MIN) au sein de l'Europe avec 400 à 500 décès d'enfants par an. 50 à 70% des décès demeureraient inexpliqués (2). Il est important de distinguer la différence de définition entre MIN et MSN: une MIN se définit par un décès

survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir, alors qu'une MSN se définit par un décès inexplicable après investigations et autopsie post-mortem (2).

Depuis 2010, en France, le taux « officiel » de MSN dans la population générale se situe autour de 0,30 pour 1000 naissances vivantes, celui des MIN est évalué à 0,42 (29). Certaines conditions de couchage sont plus à risque de MSN et ont donc été observées dans cette étude.

III. Partie rédigée par Mathilde RENAULT : Modalités du sommeil partagé

Les conditions de couchage pour les enfants allaités décrites par la CoFAM pour minimiser le risque de mort subite sont les suivantes (13) :

- Pas de consommation de tabac ni d'alcool ni de médicaments altérant la vigilance ni d'autres toxiques dans l'environnement du nourrisson (ni pour la mère et ni pour son partenaire)
- Pas de fatigue anormale ni pour la mère ni pour son partenaire
- Pas d'obésité chez la mère
- Pas d'autres enfants ni d'animaux dans le lit des parents
- Pas de zone de vide entre le matelas et le bord du lit
- Ne pas couvrir excessivement l'enfant
- Le nourrisson doit dormir uniquement du côté maternel
- Pas d'oreiller ni de coussin d'allaitement à proximité de l'enfant
- Pas de draps ni de couverture
- Pas de partage de lit si l'enfant est fiévreux
- Pas de partage de lit avant 2-3 mois si l'enfant est né prématurément ou avec un petit poids de naissance
- Enfant couché uniquement sur le dos

Au sein de l'échantillon, 1,5% des mères ayant partagé le lit avec leur nourrisson dans les 15 jours précédant la consultation ont rempli ces conditions de couchage. En considérant que les réponses concernant la présence de drap, de coussin d'allaitement ou d'oreiller « à proximité » étaient subjectives, un nouveau résultat a été calculé en les supprimant : malgré cela, les conditions n'étaient respectées qu'à 14,6%. Ce résultat montre que dans la majorité des cas de l'étude, ces conditions de couchage ne sont pas respectées. Cela conforte les résultats retrouvés par une étude américaine publiée en 2008 qui retrouvait au sein de la cohorte qu'un tiers des femmes partageant le lit avec leur nourrisson ne respectaient pas les consignes de sécurité (19).

Cependant si certaines organisations comme la CoFAM ou l'UNICEF tolèrent le partage du lit « en respectant certaines conditions de sécurité » en cas d'allaitement maternel exclusif et ce pour favoriser un maternage de proximité et des tétées fréquentes diurnes et nocturnes, ce point reste un sujet très controversé. En effet, dans l'enquête nationale menée par l'InVS entre 2007 et 2009 sur les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans, le sommeil partagé et plus particulièrement le partage du lit est considéré comme un facteur de risque à part entière de mort subite du nourrisson. Dans cette

enquête, au moment du décès 18,4% des nourrissons partageaient le lit avec une autre personne (2). C'est également ce qu'affirme l'AAP (30).

De nombreuses études se sont accordées sur le fait que le risque de mort subite était accru dans un contexte de partage de lit quand les parents fumaient, consommaient de l'alcool ou des médicaments altérant la vigilance, que la mère présentait une fatigue anormale ou que ce partage avait lieu dans un canapé (24,25,31,32). En effet, l'exposition au tabac en période pré et post natale est la première cause de MIN (33) surtout dans les premières semaines de vie. Au sein de notre échantillon, 7,9% des femmes ayant partagé le lit avec leur enfant dans les 15 derniers jours affirmaient consommer du tabac et 22,4% des conjoints (personne ayant partagé leur lit) également. Contrairement à d'autres facteurs de risque comme le petit poids de naissance ou la prématurité, la consommation de tabac dans l'environnement est un facteur de risque externe modifiable, d'où l'importance de l'éducation thérapeutique des patientes.

Certains auteurs affirmaient que le partage du lit chez les jeunes nourrissons (de moins de huit semaines) constituait un facteur de risque, même si les mères n'étaient pas fumeuses (34–36). Cependant d'autres études sous-entendaient que le risque de MIN en cas de partage de lit en l'absence de facteurs de risques (tabac, alcool, canapé, couette) ne constituerait pas un risque accru (25,8). Une étude cas témoins multivariée de Blair et al publiée en 1999 retrouvait que le risque du partage du lit devenait non significatif si les parents ne fumaient pas, si la mère consommait moins de deux unités d'alcool, si l'enfant n'était pas trop couvert et si les parents n'étaient pas trop fatigués (25). De plus, cette étude sous-entendait que le fait d'interdire le partage du lit aux parents augmentait le risque d'endormissement sur un canapé (alors que les parents n'avaient pas l'intention de le faire), qu'il ne s'agissait pas d'une pratique inhabituelle alors que cela multipliait le risque de MSN par 50 (8,25). Une autre étude rapportait également une augmentation du taux de MSN alors que les nourrissons dormaient avec leur parents et cela à cause de l'augmentation du taux de sommeil partagé dans un canapé (37). De même, une étude anglaise cas-témoin observait, dans le cas du sommeil partagé dans un canapé, une augmentation de la prévalence de MSN de 6% (entre 1993 et 1996) à 16% (entre 2003 et 2006) (18). Une étude de Fleming constatait aussi que réduire le partage de lit diminuerait probablement la durée de l'allaitement maternel (32).

Cependant, une étude cas-témoin plus récente de Carpenter publiée en 2013 montrait que le partage du lit était un facteur de risque significatif pour les 15 premières semaines de vie, même en l'absence de tabac alcool, drogues illicites et autres facteurs de risque. Le risque de mort subite serait cinq fois plus élevé en cas de partage de lit, y compris lors d'un allaitement maternel, et y compris, en l'absence de consommation de tabac et d'alcool par les parents (35). Cette étude estimait également que 88% des décès en cas de partage de lit lui étaient imputables et que le risque de MSN était d'autant plus grand que le nourrisson était jeune. L'AAP affirme également que le risque de MSN est plus élevé avant l'âge de 4 mois (5). C'est également ce que rapporte Mitchell dans un article publié en 2010 (38). En effet, ce dernier a affirmé que les conditions proposées pour partager le lit avec son nourrisson en toute sécurité ne permettaient pas d'éviter un risque accru de MSN. Il a également constaté que seul un groupe restreint de nourrissons n'avait pas de risque majoré de MSN en cas de partage de lit : enfants allaités de plus de trois mois dont les parents ne fumaient pas, ne consommaient pas d'alcool ni de drogues et ne dormaient pas sur un canapé. Au sein de notre échantillon, les trois raisons principales

rapportées par les mères, en cas de partage de lit, étaient l'allaitement maternel puis la fatigue et enfin la proximité mère-enfant. Cependant la fatigue maternelle est une contre-indication au partage du lit et augmente fortement le risque de MSN (31); il est donc essentiel d'en informer les mères. L'AAP rappelle dans ses recommandations de 2016 qu'il n'a pas été suffisamment démontré que les conditions de couchage (proposées par la CoFAM et l'UNICEF UK Baby) réduisent le risque de MSN (5). Concernant l'allaitement et la proximité mère-enfant, l'utilisation d'un lit cododo (ou side-car) semblerait être un compromis acceptable afin de favoriser un maternage de proximité et de permettre un allaitement optimal et de limiter le risque de MSN. Néanmoins, la barrière entre l'utilisation du lit cododo et le partage du lit est ténue : en effet certaines mères s'endorment avant de bien remettre le nourrisson dans leur lit cododo. D'ailleurs, aucune étude étudiant l'association du lit cododo et de la MSN n'a encore été publiée (5).

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux du sommeil partagé au sein d'un échantillon de femmes allaitant des nourrissons de six mois ou moins en Ille-et-Vilaine. Deux tiers des mères de l'échantillon ont déclaré avoir dormi dans le lit parental avec leur nourrisson dans les 15 jours précédant la consultation. 42.3% des partages de lit avaient lieu plus de 7 fois sur les 15 jours. Les conditions de couchage décrites par la CoFAM pour minimiser le risque de mort subite en cas de partage de lit n'étaient pas respectées dans la grande majorité des cas. Il n'a pas été suffisamment démontré que ces conditions de couchage diminuaient le risque de MSN. Le lit cododo semblerait être un compromis acceptable, cependant aucune étude n'a étudié son association avec la MSN. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude nationale pour déterminer la prévalence du partage du lit en France chez les femmes allaitantes ou non, ainsi que de réaliser une étude pour évaluer le risque de MSN en cas d'utilisation d'un lit cododo.

BIBLIOGRAPHIE

1. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother–infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol.* 2007;134(S45):133-61.
2. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. :59.
3. Krous HF. Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. *PEDIATRICS.* 1 juill 2004;114(1):234-8.
4. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 1 juill 2011;128(1):103-10.
5. TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics.* nov 2016;138(5):e20162938.
6. WHO_CHD_98.9_fre.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO_CHD_98.9_fre.pdf;jsessionid=8EB97009BFDC53ED64C33DDBAFE73502?sequence=1
7. Bri E, -Huchet. Dans la chambre des parents, mais pas dans leur lit! [Internet]. Naître et Vivre. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://naître-et-vivre.org/ressource-min/actualisation-prevention-min/>
8. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. *PLOS ONE.* 2014;9(9):1-7.
9. Buswell SD, Spatz DL. Parent-Infant Co-sleeping and Its Relationship to Breastfeeding. *J Pediatr Health Care.* janv 2007;21(1):22-8.
10. Ball HL, Howel D, Bryant A, Best E, Russell C, Ward-Platt M. Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr.* 2016;105(6):628-34.
11. Ball HL. Breastfeeding, Bed-Sharing, and Infant Sleep. *Birth.* 2003;30(3):181-8.
12. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing Promotes Breastfeeding. *PEDIATRICS.* 1 août 1997;100(2):214-9.
13. sommeilpartagé.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/sommeilpartagé%C3%A9.pdf>
14. argumentairesommeilpartagé.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/argumentairesommeilpartagé%C3%A9.pdf>
15. sharingbedleaflet_french.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://www.coordination-allaitement.org/images/informer/sharingbedleaflet_french.pdf
16. Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, Revenis M, Das A, Clemens JD. Infant-parent bed sharing in an inner-city population. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 janv 2003;157(1):33-9.
17. Willinger M, Ko C, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the united states, 1993-2000: The national infant sleep position study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 janv 2003;157(1):43-9.
18. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ.* 19 avr 2010;339(oct13 1):b3666-b3666.
19. Hauck FR, Signore C, Fein SB, Raju TNK. Infant Sleeping Arrangements and Practices During

the First Year of Life. *Pediatrics*. 1 oct 2008;122(Supplement 2):S113-20.

20. Streicher MP, Undreiner F, Escande B, Langlet C, Messer J. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Congrès National de la Société Française de Pédiatrie, Lille, 2-5 juin 2004
21. Klonoff-Cohen H, Edelstein SL. Bed sharing and the sudden infant death syndrome. *BMJ*. 11 nov 1995;311(7015):1269-72.
22. er958.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>
23. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. sept 2014;62:S182.
24. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet*. janv 2004;363(9404):185-91.
25. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. 1999;319:6.
26. Vennemann MM, Hense H-W, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, et al. Bed Sharing and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: Can We Resolve the Debate? *J Pediatr*. janv 2012;160(1):44-48.e2.
27. Nelson EA., Taylor B., Jenik A, Vance J, Walmsley K, Pollard K, et al. International Child Care Practices Study: infant sleeping environment. *Early Hum Dev*. mai 2001;62(1):43-55.
28. Wester P. Observatoire national de la mort inattendue du nourrisson (OMIN) [Internet]. CHU de Nantes. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/observatoire-national-de-la-mort-inattendue-du-nourrisson-omin--60183.kjsp?RH=1442586693326>
29. Bri E, -Huchet. Données statistiques MSN [Internet]. Naître et Vivre. 2013 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <http://naître-et-vivre.org/donnees-statistiques-epidemiologie/>
30. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *PEDIATRICS*. 1 nov 2005;116(5):1245-55.
31. Moon RY, Fu LY. Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatr Rev*. 1 juin 2007;28(6):209-14.
32. Fleming P. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child*. 1 oct 2006;91(10):799-801.
33. mortsubite.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.docvadis.fr/files/all/XRAG26WfjXShzUZN0gwZEg/mortsubite.pdf>
34. 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.
35. 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*. mai 2013;3(5):e002299.
36. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA, et al. Sleep Environment Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome: The German Sudden Infant Death Syndrome Study. *PEDIATRICS*. 1 avr 2009;123(4):1162-70.
37. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. 2006;367:6.
38. A. Mitchell E. Bed Sharing and the Risk of Sudden Infant Death: Parents Need Clear Information. *Curr Pediatr Rev*. 1 févr 2010;6(1):63-6.

ABREVIATIONS

AAP	American Academy of Pediatrics
ANCRéMIN	Association Nationale des Centres de Référence de la Mort Inattendue du Nourrisson
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CoFAM	Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
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
ONU	Organisation des Nations unies
PMI	Protection Maternelle et Infantile
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UNICEF UK	United Nations International Children's Emergency Fund United Kingdom
SAS	Statistical Analysis System

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Madame,

Ce questionnaire s'adresse à vous si vous êtes une **maman allaitant son bébé de moins de 6 mois**.

Nous sommes deux internes en médecine à Rennes et nous réalisons une thèse pour connaître les conditions dans lesquelles dorment les bébés allaités, afin de pouvoir accompagner au mieux les mamans dans leur allaitement tout en permettant le bien être de leur enfant.

Il s'agit d'un Projet d'étude validé par le Département de médecine générale de l'Université de Rennes 1.

Vos réponses sont anonymes et ne seront pas communiquées à votre médecin. 5 minutes suffisent à remplir ce questionnaire. Nous vous remercions de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps.

1) Quel âge avez-vous ? ans.

2) Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Professions intermédiaires
- Etudiants ou en formation professionnelle
- Pas d'activité professionnelle

Vous allaitez actuellement un enfant de moins de six mois. Si vous allaitez plusieurs enfants en même temps merci de remplir un questionnaire par enfant.

3) Est-ce votre premier enfant ?

- Oui
- Non

4) Quel âge à votre enfant ? mois et jours.

5) Votre enfant est-il né prématuré (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée)

- Oui
- Non

6) Combien d'enfants à charge avez-vous au total?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou +

7) Est-ce la première fois que vous allaitez ?

- Oui
- Non

8) Quel est le type de votre allaitement ?

- Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement)
- Allaitement mixte (biberons de lait artificiel et allaitement maternel)

9)a Depuis sa naissance, où dort votre enfant la plupart du temps durant LA NUIT ? (Une seule réponse

possible)

- Dans sa chambre

- Seul dans son berceau, seul dans sa chambre
- Seul dans son berceau, avec d'autres enfants dormant dans la même chambre
- Seul dans son berceau avec un des parents dormant sur un matelas au pied du berceau
- Seul dans un grand lit
- Partage d'un lit ou matelas avec parents ou frères et sœurs

- OU dans la chambre parentale

- Dans son berceau
- Dans un lit cododo (matelas du berceau accolé au matelas du lit parental)
- Dans le lit parental

- OU autre :

9)b Depuis sa naissance, où dort votre enfant la plupart du temps durant LE JOUR ? (Une seule réponse possible)

- Dans sa chambre

- Seul dans son berceau, seul dans sa chambre
- Seul dans son berceau, avec d'autres enfants dormant dans la même chambre
- Seul dans son berceau avec un des parents dormant sur un matelas au pied du berceau
- Seul dans un grand lit
- Partage d'un lit ou matelas avec parents ou frères et sœurs

- OU dans la chambre parentale

- Dans son berceau
- Dans un lit cododo (matelas du berceau accolé au matelas du lit parental)
- Dans le lit parental

- OU autre :

10) Dans les 15 jours précédant la consultation, avez-vous dormi avec votre enfant ? (Quelque soit le contexte et les modalités)

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non, passez directement à la question 12

Si vous avez répondu oui, merci de répondre aux questions suivantes

a) LE JOUR, combien de fois avez-vous dormi avec votre enfant ?

- Aucune fois
- Une à 2 fois sur les 15j
- Entre 3 et 7 fois sur les 15j
- Plus de 7 fois sur les 15j

b) LA NUIT, combien de fois avez-vous dormi avec votre enfant ?

- Aucune fois
- Une à 2 fois sur les 15j
- Entre 3 et 7 fois sur les 15j
- Plus de 7 fois sur les 15j

c) Dans quelles circonstances ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pendant les tétées
- Entre les tétées
- Hors contexte d'allaitement: enfant malade, pleurs nocturnes, etc.

d) Dans quel lieu ?

- Dans le lit parental
- Dans un canapé ou un fauteuil
- Sur un matelas dans la chambre de votre enfant

e) Pour quelle raison principale avez-vous partagé votre lit avec votre enfant ?

Réponse :

11) Généralement lorsque vous dormez avec votre enfant,**a) Où dort-il ?**

- Sur vous
- Entre vous et la personne qui partage votre lit
- De votre côté uniquement
- Uniquement du côté de la personne qui partage votre lit

b) Un autre de vos enfants était-il dans le lit ?

- Oui
- Non

c) Un animal dormait-il sur le lit ?

- Oui
- Non

d) Y-a-t-il un coussin d'allaitement ou un oreiller dans votre lit ?

- Oui
- Non

e) Est ce qu'il y a une couverture ou un drap dans votre lit, à proximité de votre enfant ?

- Oui
- Non

12) Un autre adulte dort-il habituellement avec vous dans votre lit ?

- Oui
- Non

a) Si oui, consomme-t-il les produits suivants ?

- Tabac
- Alcool
- Médicaments altérant la vigilance (somnifères, sédatifs, médicaments antidépresseurs...)
- Autres toxiques (cannabis, héroïne, cocaïne...)

13) De votre côté, consommez-vous les produits suivants ?

- Tabac
- Alcool
- Médicaments altérant la vigilance (somnifères, sédatifs, médicaments antidépresseurs...)
- Autres toxiques (cannabis, héroïne, cocaïne...)

14) Quelle est votre taille ? cm.**15) Quel est votre poids ? kg.****16) Savez-vous qu'il existe des recommandations sur le partage du lit avec votre enfant ?**

- Oui
- Non

17) Dans quel cadre avez-vous rempli ce questionnaire ?

- En PMI
- En cabinet de médecine générale
- En cabinet de pédiatrie
- Associations de femmes allaitant
- Consultation dédiées à l'allaitement
- Autres :

Merci de votre participation.

Annexe 3 : Lieu habituel de couchage le jour

Tableau 4 : Lieu habituel de couchage le jour

Variable	
Dans sa chambre, seul dans son berceau	400 (0)
Non	349 (87.3%)
Oui	51 (12.8%)
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec d'autres enfants dormant dans la même chambre	400 (0)
Non	397 (99.3%)
Oui	3 (0.8%)
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec l'un des parents dormant sur un matelas au pied du berce	400 (0)
Non	393 (98.3%)
Oui	7 (1.8%)
Dans sa chambre, seul dans un grand lit	400 (0)
Non	389 (97.3%)
Oui	11 (2.8%)
Dans sa chambre, partage d'un lit	400 (0)
Non	397 (99.3%)
Oui	3 (0.8%)
Dans la chambre parentale, dans son berceau	400 (0)
Non	307 (76.8%)
Oui	93 (23.3%)
Dans la chambre parentale, dans un lit cododo	400 (0)
Non	370 (92.5%)
Oui	30 (7.5%)
Dans la chambre parentale, dans le lit parental	400 (0)
Non	387 (96.8%)
Oui	13 (3.3%)
En écharpe ou en portage	400 (0)
Non	367 (91.8%)
Oui	33 (8.3%)
Dans le salon ou la pièce de vie	400 (0)
Non	244 (61.0%)
Oui	156 (39.0%)
Autres (ex: nacelle, transat, tapis d'éveil...)	400 (0)
Non	353 (88.3%)
Oui	47 (11.8%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Annexe 4 : Croisements en fonction des principaux lieux habituels de couchage la nuit

Tableau 5 : Croisements en fonction des principaux lieux habituels de couchage la nuit

Variable	Ensemble	Dans sa chambre, seul dans son berceau	Dans la chambre parentale, dans son berceau	Dans la chambre parentale, dans un lit cododo	Dans la chambre parentale, dans le lit parental	p
Age de l'enfant (mois)	326 (0) 2.3 ± 1.6 (0.1 ; 0.9 ; 2.0 ; 3.2 ; 6.3)	35 (0) 3.3 ± 1.6 (0.3 ; 2.1 ; 3.0 ; 5.1 ; 6.0)	188 (0) 2.0 ± 1.4 (0.2 ; 0.8 ; 1.8 ; 3.0 ; 6.0)	79 (0) 2.6 ± 1.7 (0.1 ; 1.3 ; 2.3 ; 4.0 ; 6.3)	24 (0) 2.0 ± 1.7 (0.2 ; 0.7 ; 1.4 ; 2.6 ; 6.3)	<i>p</i> < 0.0001 (KW)
Catégorie socio-professionnelle	325 (1)	35 (0)	187 (1)	79 (0)	24 (0)	<i>p</i> = 0.0060 (F)
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	10 (3.1%)	1 (2.9%)	4 (2.1%)	2 (2.5%)	3 (12.5%)	
Cadre et professions intellectuelles supérieurs	129 (39.7%)	16 (45.7%)	83 (44.4%)	27 (34.2%)	3 (12.5%)	
Employés	117 (36.0%)	11 (31.4%)	68 (36.4%)	32 (40.5%)	6 (25.0%)	
Etudiants ou en formation professionnelle	8 (2.5%)	2 (5.7%)	2 (1.1%)	2 (2.5%)	2 (8.3%)	
Ouvriers	2 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	1 (1.3%)		
Pas d'activité professionnelle	43 (13.2%)	3 (8.6%)	20 (10.7%)	13 (16.5%)	7 (29.2%)	
Professions intermédiaires	16 (4.9%)	2 (5.7%)	9 (4.8%)	2 (2.5%)	3 (12.5%)	
Premier enfant	326 (0)	35 (0)	188 (0)	79 (0)	24 (0)	<i>p</i> = 0.2838 (F)
Non	173 (53.1%)	19 (54.3%)	92 (48.9%)	46 (58.2%)	16 (66.7%)	
Oui	153 (46.9%)	16 (45.7%)	96 (51.1%)	33 (41.8%)	8 (33.3%)	
Nombre d'enfants à charge	326 (0)	35 (0)	188 (0)	79 (0)	24 (0)	<i>p</i> = 0.0582 (F)
1	151 (46.3%)	17 (48.6%)	92 (48.9%)	34 (43.0%)	8 (33.3%)	
2	110 (33.7%)	10 (28.6%)	60 (31.9%)	34 (43.0%)	6 (25.0%)	
3	50 (15.3%)	7 (20.0%)	30 (16.0%)	8 (10.1%)	5 (20.8%)	
4	8 (2.5%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	2 (2.5%)	2 (8.3%)	
5 ou +	7 (2.1%)	1 (2.9%)	2 (1.1%)	1 (1.3%)	3 (12.5%)	
Premier allaitement	326 (0)	35 (0)	188 (0)	79 (0)	24 (0)	<i>p</i> = 0.1021 (F)
Non	157 (48.2%)	19 (54.3%)	81 (43.1%)	41 (51.9%)	16 (66.7%)	
Oui	169 (51.8%)	16 (45.7%)	107 (56.9%)	38 (48.1%)	8 (33.3%)	
Lieu de remplissage du questionnaire	326 (0)	35 (0)	188 (0)	79 (0)	24 (0)	<i>p</i> = 0.4054 (F)
A l'UHTCD pédiatrique	3 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (1.1%)	1 (1.3%)		
Autres	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)			
Aux consultations de gynécologie-obstétriques	3 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)		2 (8.3%)	
Aux urgences gynécologiques	2 (0.6%)	0 (0.0%)	2 (1.1%)			
Consultations dédiées à l'allaitement	48 (14.7%)	4 (11.4%)	32 (17.0%)	8 (10.1%)	4 (16.7%)	
En PMI	50 (15.3%)	3 (8.6%)	28 (14.9%)	13 (16.5%)	6 (25.0%)	
En cabinet de médecine générale	54 (16.6%)	10 (28.6%)	26 (13.8%)	16 (20.3%)	2 (8.3%)	
En cabinet de pédiatrie	82 (25.2%)	10 (28.6%)	44 (23.4%)	21 (26.6%)	7 (29.2%)	
En cabinet de sage femme	76 (23.3%)	8 (22.9%)	48 (25.5%)	18 (22.8%)	2 (8.3%)	
En maison de naissance	7 (2.1%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	2 (2.5%)	1 (4.2%)	

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Test de Kruskal Wallis (KW), test exact de Fisher (F)

Annexe 5 : Croisements en fonction du partage du lit dans les 15 derniers jours

Tableau 6 : Croisements en fonction du partage du lit dans les 15 derniers jours

Variable	Partage du lit dans les 15 derniers jours		Pas de partage du lit dans les 15 derniers jours	p
	Ensemble	15 derniers jours	jours	
Age de l'enfant (mois)	400 (0) 2.3 ± 1.6 (0.1 ; 1.0 ; 2.0 ; 3.2 ; 6.3)	267 (0) 2.3 ± 1.5 (0.1 ; 1.0 ; 2.0 ; 3.1 ; 6.3)	133 (0) 2.3 ± 1.6 (0.2 ; 0.9 ; 2.1 ; 3.4 ; 6.3)	<i>p</i> = 0.8318 (S)
Catégorie socio-professionnelle	397 (3)	265 (2)	132 (1)	<i>p</i> = 0.0112 (F)
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	12 (3.0%)	5 (1.9%)	7 (5.3%)	
Cadre et professions intellectuelles supérieures	144 (36.3%)	85 (32.1%)	59 (44.7%)	
Employés	149 (37.5%)	101 (38.1%)	48 (36.4%)	
Etudiants ou en formation professionnelle	11 (2.8%)	9 (3.4%)	2 (1.5%)	
Ouvriers	2 (0.5%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)	
Pas d'activité professionnelle	60 (15.1%)	49 (18.5%)	11 (8.3%)	
Professions intermédiaires	19 (4.8%)	14 (5.3%)	5 (3.8%)	
Premier enfant	400 (0)	267 (0)	133 (0)	
Non	223 (55.8%)	154 (57.7%)	69 (51.9%)	
Oui	177 (44.3%)	113 (42.3%)	64 (48.1%)	
Nombre d'enfants à charge	400 (0)	267 (0)	133 (0)	<i>p</i> = 0.6359 (F)
1	173 (43.3%)	109 (40.8%)	64 (48.1%)	
2	136 (34.0%)	95 (35.6%)	41 (30.8%)	
3	69 (17.3%)	46 (17.2%)	23 (17.3%)	
4	12 (3.0%)	9 (3.4%)	3 (2.3%)	
5 ou +	10 (2.5%)	8 (3.0%)	2 (1.5%)	
Premier allaitement	400 (0)	267 (0)	133 (0)	
Non	203 (50.8%)	138 (51.7%)	65 (48.9%)	
Oui	197 (49.3%)	129 (48.3%)	68 (51.1%)	
Lieu de remplissage du questionnaire	399 (1)	266 (1)	133 (0)	<i>p</i> = 0.5184 (F)
A l'UHTECD pédiatrique	6 (1.5%)	4 (1.5%)	2 (1.5%)	
Autres	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	
Aux consultations de gynécologie-obstétriques	5 (1.3%)	4 (1.5%)	1 (0.8%)	
Aux consultations de pédiatrie à l'hôpital	2 (0.5%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)	
Aux urgences gynécologiques	2 (0.5%)	1 (0.4%)	1 (0.8%)	
Consultations dédiées à l'allaitement	56 (14.0%)	40 (15.0%)	16 (12.0%)	
En PMI	66 (16.5%)	50 (18.8%)	16 (12.0%)	
En cabinet de médecine générale	69 (17.3%)	46 (17.3%)	23 (17.3%)	
En cabinet de pédiatrie	93 (23.3%)	57 (21.4%)	36 (27.1%)	
En cabinet de sage- femme	91 (22.8%)	56 (21.1%)	35 (26.3%)	
En maison de naissance	8 (2.0%)	6 (2.3%)	2 (1.5%)	
Mode de couchage habituel (nuit)	400 (0)	267 (0)	133 (0)	<i>p</i> < 0.0001 (F)
Dans sa chambre, seul dans son berceau	35 (8.8%)	10 (3.7%)	25 (18.8%)	
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec d'autres enfants dormant dans la même chambre	2 (0.5%)	1 (0.4%)	1 (0.8%)	
Dans sa chambre, seul dans son berceau avec l'un des parents dormant sur un matelas au	14 (3.5%)	10 (3.7%)	4 (3.0%)	
Dans sa chambre, seul dans un grand lit	6 (1.5%)	3 (1.1%)	3 (2.3%)	
Dans sa chambre, partage d'un lit	2 (0.5%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	
Dans la chambre parentale, dans son berceau	188 (47.0%)	112 (41.9%)	76 (57.1%)	
Dans la chambre parentale, dans un lit cododo	79 (19.8%)	60 (22.5%)	19 (14.3%)	
Dans la chambre parentale, dans le lit parental	24 (6.0%)	24 (9.0%)	0 (0.0%)	
Autres	50 (12.5%)	45 (16.9%)	5 (3.8%)	

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Test de Student (S), test exact de Fisher (F)

Annexe 6 : Conditions de sécurité en cas de partage du lit dans les 15 derniers jours

Tableau 7 : Conditions de sécurité en cas de partage du lit dans les 15 derniers jours

Variable	
Autre enfant dans le lit	267 (0)
Non	261 (97.8%)
Oui	6 (2.2%)
Animal dans le lit	267 (0)
Non	257 (96.3%)
Oui	10 (3.7%)
Coussin d'allaitement ou oreiller dans le lit	267 (0)
Non	31 (11.6%)
Oui	236 (88.4%)
Drap ou couverture à proximité	265 (2)
Non	107 (40.4%)
Oui	158 (59.6%)
Consommation de toxiques ni pour la mère, ni pour la personne dormant dans le lit	266 (1)
Non	196 (73.7%)
Oui	70 (26.3%)
IMC inférieur à 25	261 (6)
Non	86 (33.0%)
Oui	175 (67.0%)
Prématurité	267 (0)
Non	248 (92.9%)
Oui	19 (7.1%)
Type d'allaitement	267 (0)
Allaitement maternel exclusif	226 (84.6%)
Allaitement mixte	41 (15.4%)
Partage de lit, uniquement dans le lit parental	267 (0)
Non	81 (30.3%)
Oui	186 (69.7%)
Partage de lit, uniquement du côté de la mère	267 (0)
Non	157 (58.8%)
Oui	110 (41.2%)
Conditions de sécurités remplies	267 (0)
Non	263 (98.5%)
Oui	4 (1.5%)
Conditions de sécurités remplies (sauf drap et coussin)	267 (0)
Non	228 (85.4%)
Oui	39 (14.6%)
Mère : consommation de tabac	267 (0)
Non	246 (92.1%)
Oui	21 (7.9%)
Mère : consommation d'alcool	267 (0)
Non	267 (100.0%)
Mère : consommation de médicaments altérant la vigilance	267 (0)
Non	263 (98.5%)
Oui	4 (1.5%)
Mère : consommation d'autres toxiques	267 (0)
Non	267 (100.0%)
Conjoint : consommation de tabac	214 (0)
Non	166 (77.6%)
Oui	48 (22.4%)
Conjoint : consommation d'alcool	214 (0)
Non	194 (90.7%)
Oui	20 (9.3%)
Conjoint : consommation de médicaments altérant la vigilance	214 (0)
Non	210 (98.1%)
Oui	4 (1.9%)
Conjoint : consommation d'autres toxiques	214 (0)
Non	212 (99.1%)
Oui	2 (0.9%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne \pm écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

RENAULT Mathilde - Etat des lieux au sein d'un échantillon de femmes allaitantes en Ille-et-Vilaine concernant la prévalence et les modalités du sommeil partagé ; Modalités du sommeil partagé

37 feuilles, 3 graphiques, 7 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N°

Résumé français

Contexte : Le sommeil partagé dans le cadre de l'allaitement maternel est un sujet controversé et ne bénéficie pas de recommandations claires. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que l'American Academy of Pediatrics (AAP) recommandent que les nourrissons dorment dans la chambre parentale les six premiers mois de vie, sans partage de lit, afin de permettre un allaitement optimal et de réduire la survenue de mort subite du nourrisson.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux plus récent au sein d'un échantillon de femmes allaitantes en Ille-et-Vilaine concernant la prévalence et les modalités du sommeil partagé et plus précisément du partage du lit lors d'un allaitement maternel.

Méthodes : Etude quantitative épidémiologique observationnelle transversale descriptive par questionnaire papier anonyme distribués dans des cabinets libéraux de médecine générale, pédiatre, sage-femme, centres de PMI et à l'hôpital. Le critère d'inclusion dans cette étude était d'être une mère allaitant un nourrisson de six mois ou moins en Ille et Vilaine. Le critère de jugement principal était le partage du lit dans les 15 jours précédant la consultation.

Résultats : Recueil de données effectué du 25 juillet 2018 au 8 décembre 2018. 400 questionnaires ont été analysés. La nuit, 47% des nourrissons allaités dormaient habituellement seuls dans un berceau dans la chambre parentale, 19,8% dans un lit cododo, et 6% dans le lit parental. 66.8% des mères allaitantes ont déclaré avoir dormi avec leur enfant dans les 15 derniers jours. Les raisons principales du partage du lit étaient l'allaitement maternel, la proximité mère-enfant et la fatigue maternelle. Les conditions de couchage décrites par la CoFAM pour minimiser le risque de mort subite en cas de partage de lit n'étaient pas respectées dans la grande majorité des cas.

Conclusion : La prévalence du partage de lit au sein de cet échantillon de mères allaitantes est élevée, il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude nationale pour déterminer la prévalence du partage du lit en France.

Résumé anglais

Background: Cosleeping as part of breastfeeding is a controversial subject and carries no clear recommendations. The WHO (World Health organization) and the American Academy of Pediatrics (AAP) recommend that infants sleep in their parents' bedroom the first six months of their lives, without sharing a bed, in order to allow optimal breastfeeding conditions and reduce the occurrence of sudden infant death syndrome.

Objective: To get a more recent picture of the prevalence and conditions of cosleeping and in particular bedsharing during breastfeeding by studying a sample of breastfeeding mothers in Ille-et-Vilaine.

Methods: Quantitative epidemiological observational cross-sectional descriptive study by means of an anonymous questionnaire distributed in doctors' surgeries, mother and child health clinics, pediatric clinics, midwife clinics and hospitals. The criterion for inclusion was to be a mother breastfeeding an infant of six months or less in Ille-et-Vilaine. The primary endpoint was bed-sharing in the 15 days before the consultation.

Results: Data collection was conducted from July 25 to December 8, 2018. 400 questionnaires were analysed. 47% of breastfed infants usually slept overnight in a cot in the parental bedroom, 19.8% in a sidecar bed, and 6% in the parents' bed. 66.8% of breastfeeding mothers reported bedsharing with their child in the last 15 days. The main reasons given were breastfeeding, mother-and-child closeness and maternal fatigue. The sleeping conditions described by the CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) to minimize the risk of sudden infant death syndrome whilst bed sharing were not respected in the majority of cases.

Conclusion: Given the prevalence of cosleeping within this sample of breastfeeding mothers, it would be interesting to conduct a new national study to determine the prevalence of bedsharing throughout France.

Rubrique de classement : MEDECINE

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

Mots-clés anglais MeSH: bedsharing, cosleeping, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), breastfeeding

JURY :	Président :	Professeur Patrick PLADYS
		Professeur Alain BEUCHEE
		Docteur Alain CAUBET
	Assesseurs :	Docteur Sylvie JAILLARD
		Docteur Laure FIQUET
		Docteur Elodie CATIER-GUENNEC
		Docteur Sidonie CHHOR (directrice de thèse)