



**HAL**  
open science

**Pratique du sommeil partagé en cas d'allaitement  
maternel : une étude qualitative sur les représentations  
et attentes des parents quant aux conseils délivrés par  
les soignants en Ille-et-Vilaine. Partie 2, relations aux  
soignants**

Anaïs Jaouen

► **To cite this version:**

Anaïs Jaouen. Pratique du sommeil partagé en cas d'allaitement maternel : une étude qualitative sur les représentations et attentes des parents quant aux conseils délivrés par les soignants en Ille-et-Vilaine. Partie 2, relations aux soignants. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02561976

**HAL Id: dumas-02561976**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02561976>**

Submitted on 4 May 2020

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

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

**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

**JAOUEN Anaïs**

Née le 07/09/1991 à SAINT-RENAN

**Pratique du sommeil  
 partagé en cas  
 d'allaitement  
 maternel : une étude  
 qualitative sur les  
 représentations et  
 attentes des parents  
 quant aux conseils  
 délivrés par les  
 soignants en Ille-Et-  
 Vilaine  
 Partie 2 : Relations  
 aux soignants**

**Thèse soutenue à Rennes  
 le 26 juin 2019 à 10h00**

devant le jury composé de :

**Professeur Patrick PLADYS**

*Président du jury*

PU-PH, Chef du pôle pédiatrique  
 CHU de Rennes

**Professeur Patrick JEGO**

*Juge*

PU-PH, Chef du service de médecine interne  
 CHU de Rennes

**Docteur Caroline MOREAU**

*Juge*

MCU-PH, Service de biochimie et biologie moléculaire

**Docteur Sylvie JAILLARD**

*Juge*

MCU-PH, Service d'histologie, embryologie et cytogénétique

**Docteur Sidonie CHHOR**

*Directrice de thèse*

Médecin généraliste, MC associé

**Docteur CHAPRON Anthony**

*Juge*

Médecin généraliste, Chef de clinique assistant

**Madame Marie-Laure DELAUNAY**

*Juge*

Infirmière Puéricultrice au CHU de RENNES  
 Référente allaitement dans le service de pédiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>CNU</b>
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	Cardiologie
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**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>CNU</b>
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	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-Praticien Hospitalier dans le service de Pédiatrie du CHU de RENNES.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur Patrick JEGO, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier dans le service de médecine interne du CHU de RENNES.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Mesdames Caroline MOREAU et Sylvie JAILLARD, maitres de conférence universitaire–praticiennes hospitalières respectivement dans les services de biochimie et biologie moléculaire, et d'histologie, embryologie et cytogénétique au CHU de RENNES.

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurées de ma sincère gratitude.

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

Merci de m'avoir accompagnée dans ce beau projet. Merci pour ton professionnalisme, ta patience, et tes conseils tout au long de cette année. Tu m'as aidé à garder confiance en ma capacité à réaliser ce travail.

A Monsieur CHAPRON Anthony, Chef de clinique assistant.

Je vous remercie d'avoir accepté d'examiner mon travail. Soyez assuré de ma profonde estime.

A Madame Marie-Laure DELAUNAY, infirmière puéricultrice au CHU de RENNES.

Merci d'avoir si gentiment accepté de faire partie de ce jury.

Merci à celles et ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail.

Je remercie l'ensemble des PMI d'Ille-et-Vilaine, médecins et puéricultrices. Votre aide m'aura été précieuse.

Merci aux pédiatres du cabinet Oberthur, à RENNES, ainsi qu'au Docteur TOUTAIN à LIFFRE. Merci pour votre collaboration, au temps que vous avez consacré à ce travail.

Bien évidemment, je remercie les patientes qui m'ont accueillie avec enthousiasme et grand intérêt pour ce sujet. Sans elles ce travail n'aurait pas vu le jour.

A tous mes maîtres de stage, qui m'ont guidé tout au long de l'internat vers ce métier, m'ont transmis leur passion et donné la force de continuer dans cette voie.

A mes amis.

Vous étiez mes collègues, mes co-internes et êtes devenus mes amis les plus chers. Merci pour tous les bons moments passés ensemble, et pour ceux à venir. Saint-Malo restera notre ville de cœur !

Enfin, à ma famille, mes parents, ma sœur et mon frère, qui m'ont soutenue tout au long de ces années. Merci de m'avoir supportée et aidée dans les moments difficiles. Je ne serais sans vous sans doute pas médecin aujourd'hui.

A mes grands-parents, qui sont je pense fiers de leur petite fille.

## Table des matières

INTRODUCTION .....	9
MÉTHODE.....	10
RÉSULTATS .....	11
1. Caractéristiques de l'échantillon et biais .....	11
2. Une pratique par défaut ou par choix .....	11
3. Modalités pratiques .....	12
4. Avantages et inconvénients pour les parents.....	14
5. Relations aux soignants .....	15
6. Attentes des parents vis-à-vis des soignants .....	17
DISCUSSION .....	18
1. Une définition floue, des pratiques variées .....	18
2. Une pratique recouvrant des avantages .....	18
3. Un vécu parfois difficile.....	19
4. Les attentes .....	20
a) <i>La consultation</i> .....	20
b) <i>Des valeurs humaines</i> .....	20
c) <i>Pas toujours l'affaire des soignants</i> .....	20
d) <i>Ouvrir le dialogue</i> .....	20
5. Perspectives d'accompagnement .....	21
a) <i>Différentes formes pour en parler</i> .....	21
b) <i>Se rendre disponible, au plus près de la réalité quotidienne des jeunes couples.</i> .....	21
c) <i>Gommer cette image de médecin omniscient</i> .....	22
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE .....	23
ABREVIATIONS .....	26
ANNEXES.....	27
Annexe 1 : Descriptif de l'étude, à l'intention des patients .....	27



Annexe 2 : Descriptif de l'étude, à l'intention des soignants.....	28
Annexe 3 : Guide d'entretien .....	29
Annexe 4 : Caractéristiques de l'échantillon.....	30
<b>Annexe 5 : Recommandations UNICEF UK BABY .....</b>	<b>31</b>

## INTRODUCTION

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Véritable sujet de santé publique, le sommeil partagé est largement controversé en France et ailleurs. Touchant au plus profond de la relation entre parents et enfants, mais également à la thématique de la mort inattendue du nourrisson, il questionne à la fois les jeunes parents et les professionnels de santé. La définition elle-même du sommeil partagé n'est pas toujours claire, car elle regroupe plusieurs modalités: dormir dans le même lit, en lit side car ou lit co-dodo (lit à trois cotés, fixé à celui des parents, à la même hauteur), ou dans la même chambre (berceau à côté du lit parental).

Au fil des siècles, la question du lieu de couchage des enfants a évolué. En France, c'est l'église catholique qui la première, pendant le moyen-âge, a condamné le fait de dormir ensemble pour diminuer le risque des morts par étouffement. Plus tard, les médecins l'ont interdit pour éviter l'émergence de maladies, invoquant le risque de pullulation microbienne du fait de la proximité des contacts corporels. Puis ce fut le tour des psychanalystes de décrier cette méthode pour éviter toute relation trop fusionnelle voire incestueuse entre la mère et son enfant.

Tout autour du monde, les techniques d'endormissement de bébé varient également. Dans nos sociétés occidentales, « l'interaction distale » comme le nomme Hélène Stork (1) vise à apaiser l'enfant par la voix et le regard, et beaucoup moins par le toucher, par le portage. La norme serait plutôt, au moins après quelques mois, de faire dormir l'enfant dans sa propre chambre, dans son propre lit, éloigné le plus possible du bruit qui pourrait le réveiller ou le perturber dans la recherche du sommeil. Faire ses nuits, dormir seul, être autonome sont des marqueurs de réussite de l'éducation parentale. A contrario, dans la plupart des sociétés non occidentales, l'interaction est « proximale », avec beaucoup plus de toucher, de portage, de bercement, de contact peau à peau (1).

Malgré ces différences culturelles et géographiques, aujourd'hui le sommeil partagé est une pratique qui existe d'autant plus chez les couples de femmes allaitantes (2), qu'elle soit planifiée ou pas, quotidienne ou pas, accidentelle ou pas.

Le médecin généraliste est pour de nombreux jeunes parents un interlocuteur privilégié quant aux premiers examens de santé de leur enfant. La question du sommeil de bébé pourrait donc être abordée en consultation fréquemment. Et pourtant, il apparaît dans une étude de 2016 (3) que la question du lieu de couchage et les conseils sont rarement donnés en consultation de médecine générale. En outre, de nombreux sites nationaux de santé publique déconseillent le sommeil partagé, car on sait également que dormir avec un nourrisson peut entraîner des accidents, et des morts. D'autre part, et pour les mêmes raisons, il a été montré que le discours dans les maternités est non harmonisé mais déconseille plutôt cette pratique. En effet, dans cette même étude menée en 2016 (3) il était montré que sur dix maternités en Bretagne, toutes déconseillaient le partage du lit.

Cependant, quelques sites grand public comme la Leche League n'hésitent pas à la recommander

dans certaines conditions pour les mères qui allaitent.

Dans ces conditions, il apparaît que les jeunes parents pourraient se questionner sur leur pratique.

Il paraît donc important que des conseils soient donnés aux parents, mais ils doivent être adaptés à la réalité des pratiques et des attentes.

L'objectif principal de cette étude est de connaître les représentations et les attentes des jeunes parents concernant le sommeil partagé dans le contexte de l'allaitement de leur nourrisson de moins de 6 mois.

L'objectif secondaire est de trouver des pistes pour améliorer l'accompagnement.

Pour répondre à ces questions, nous avons mené une étude auprès de couples dont les femmes allaitent un nourrisson de moins de 6 mois en Ille-et-Vilaine.

## **MÉTHODE**

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

Une étude qualitative descriptive a été réalisée, consistant à recueillir des données verbales, afin d'explorer les émotions et les sentiments des parents, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (4).

Les critères d'inclusion étaient : être les parents (père, mère ou couple) de nourrissons de moins de 6 mois, allaités et suivis par des médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, ou dans des centres de Protection Maternelle et Infantile en Ille-et-Vilaine. L'allaitement mixte n'était pas un critère d'exclusion.

Les participants à l'étude ont donc été recrutés auprès des patientèles de médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres et centres de PMI en Ille-et-Vilaine, dans le but d'obtenir un échantillon raisonné afin de faire émerger des points de vue différents sur le sujet. Cela permet également d'analyser plusieurs types de relations médecin/patient.

Plusieurs acteurs ont été sollicités pour le recrutement :

Auprès des centres de PMI, le recrutement a été organisé de telle sorte que chaque médecin et puéricultrice de chaque centre soit averti par un e-mail de notre étude, via le médecin coordinateur des PMI que nous avons contacté. A cet e-mail étaient joints deux descriptifs de l'étude, l'un destiné aux patients (Annexe 1), l'autre aux professionnels de santé (Annexe 2).

Le recrutement auprès de pédiatres a été effectué sur la base du volontariat. Nous avons contacté plusieurs cabinets de pédiatrie par téléphone, avant de rencontrer ceux qui étaient d'accord pour nous aider dans notre étude, ou de leur communiquer les deux descriptifs par e-mail.

De cette manière, chaque professionnel de santé a identifié les patients pouvant être inclus, leur a expliqué brièvement l'étude, et demandé leur accord pour nous transmettre leurs coordonnées. Les patients étaient ensuite contactés par nos soins afin de convenir d'une date pour un entretien.

Pour les sages-femmes et les médecins généralistes, le recrutement a été fait de deux façons : soit

l'étude était présentée par téléphone aux professionnels, puis le document à destination des soignants et des parents était joint par mail. Soit nous nous déplaçons dans les cabinets pour rencontrer les professionnels et déposer l'objet de notre étude. Le professionnel se chargeait de transmettre aux femmes ou aux couples entrant dans les critères d'inclusion le document leur expliquant l'étude. Le recrutement était également fait sur la base du volontariat. Ensuite, nous nous chargeons de prendre rendez vous avec les participants pour l'entretien. Enfin, il est arrivé que certaines femmes soient recrutées par effet boule de neige.

Des entretiens individuels ont été menés. Un guide d'entretien (Annexe 3) a été élaboré et validé par la directrice puis testé sur des volontaires. Il comprenait des questions ouvertes et semi-structurées dans le but de favoriser le discours libre et spontané de nos interlocuteurs, tout en orientant la conversation autour de thèmes préalablement choisis.

Vingt-quatre entretiens ont été réalisés entre juin 2018 et décembre 2018. Le nombre d'entretiens n'a pas été défini au préalable. L'étude a été menée jusqu'à saturation des données.

Notre étude a été validée par le comité d'éthique du CHU de Rennes.

## RÉSULTATS

### 1. *Caractéristiques de l'échantillon et biais*

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

Un échantillon le plus raisonné possible a été recruté, pour une variation maximale (Annexe 4).

Le principal biais de cette étude concerne l'échantillonnage, lié au recrutement, tant du côté des patients que du côté des soignants. S'y ajoutent un biais de mémorisation, mais aussi d'authenticité. L'inexpérience des chercheurs doit être prise en compte.

Le guide d'entretien constituait une trame pour le déroulement de chaque entretien. Il assurait son caractère reproductif. L'entretien débutait par une question générale, mettant à l'aise le patient. La première partie du guide portait sur l'avis des parents à pratiquer le sommeil partagé avant la naissance de leur premier enfant, leur expérience personnelle incluant les avantages et inconvénients qu'ils y trouvaient, et leurs modalités de pratique du co-sleeping.

La deuxième partie s'intéressait aux relations qu'entretenaient les parents avec leur soignant (médecin généraliste, sage femme, pédiatre, médecin ou puéricultrice en centre de PMI), autour de ce sujet.

### 2. *Une pratique par défaut ou par choix*

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Pour la plupart des parents, le partage du lit parental est une pratique non prévue voire non voulue avant la naissance de l'enfant. Il apparaît pour ces parents fatigués, exténués, comme la seule solution pour calmer leur bébé :

*P11 «j'essaie de le remettre dans son lit mais ça ne fonctionne pas [...] car il pleure [...] du*

*coup toutes les nuits il dort avec nous»*

On relève un profil de parents parfois inquiets, d'autant plus que leur nourrisson leur paraît fragile ou douloureux, ou que la grossesse a été difficile :

*P11 «il est prématuré il a besoin de nous»,*

*P18 «ça me semblait naturel qu'un bébé qui a passé plusieurs mois in utero ne se retrouve pas tout seul dans un lit»*

Certains parents l'expliquent par un manque de place au domicile.

D'autres parents ont fait le choix, dès la naissance, de partager leur lit avec leur enfant :

*P10 «je n'étais pas contre dormir avec eux »*

Ils revendiquent un retour à des méthodes plus naturelles, pour un lien plus fort :

*P4 «c'est naturel, ça favorise une meilleure relation»*

*P2 «je pense que ça crée un lien de dormir avec lui»*

Une maman a relevé le fait qu'il fallait s'adapter au besoin de chaque enfant :

*P10 «sa sœur dormait tout le temps dans son co-dodo, je me tournais pour l'allaiter mais elle ne venait jamais dans mon lit. J'ai essayé avec lui mais ça ne marche pas»*

Les aspects culturel et générationnel de cette pratique ont été mis en valeur par des mamans d'origine étrangère. On note bien souvent une reproduction du schéma familial et des méthodes éducatives :

*P10 «En Russie pour ma mère et ma sœur les enfants dorment dans le lit des parents la question ne se pose pas»*

*P15 « c'est ce que nos ancêtres faisaient et c'est ce qui est fait dans d'autres pays»*

*P12 « dans mon pays [Guinée] c'est toujours comme ça»*

Il semble que les parents se fassent plus confiance avec l'expérience de leurs aînés :

*P5 «quand c'est ton premier enfant tu essaies de rentrer dans les clous»*

### **3. Modalités pratiques**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Dans un cas comme dans l'autre, à chaque famille sa technique: certains enfants s'endorment dans leur propre lit (lit co-dodo ou berceau dans la chambre parentale le plus souvent) avant de finir la nuit, après plusieurs réveils, dans le lit parental :

*P10 « par exemple au bout de trois réveils, vers six heures du matin je l'ai laissé avec moi et on s'est rendormi».*

D'autres s'endorment avec leurs parents :

*P22 «quand je le mettais au sein et qu'il s'endormait et que moi aussi, il restait dans notre lit, mais quand il re-tétait, la fois suivante, moi je ne m'endormais pas et là je le remettais dans son lit»*

Bébé est le plus souvent installé à côté de sa mère, ou sur elle, plus rarement entre les parents :

*P18 «je suis sur le dos et lui sur ma poitrine»*

*P11 « il dort sur ma poitrine et dans la nuit je le passe à côté»*

Certaines mamans utilisent un coussin d'allaitement pour limiter l'espace autour de leur enfant, les protéger du vide ou du papa lorsque l'enfant dort entre ses parents. Une maman d'origine Africaine préparait, pour son enfant, sur son propre lit, un petit nid avec les draps:

*P12 «Faut lui faire un petit nid, un petit truc gonflé »*

Cette maman précisait que la place du bébé était avec sa mère, tandis que le père ne partageait pas le lit parental pendant cette période. D'autres parents choisissent de ne rien mettre autour de leur bébé :

*P16 « je mets rien de spécial, juste mon bras qui instinctivement l'entoure, pour bloquer un mauvais geste »*

Souvent les bébés dorment dans leur turbulette. Pour les nourrissons ayant du mal à s'endormir dans le co-dodo, certains parents ont directement placé leur nacelle ou le transat dans le lit co-dodo.

Le sommeil partagé est le plus souvent pratiqué la nuit, dans le lit parental, mais il arrive que des parents s'endorment avec leur enfant en journée, le plus souvent dans les mêmes conditions que la nuit, mais aussi parfois sur le canapé :

*P7 «[la sieste] c'est notre petit rituel»*

Certaines femmes soulignent d'elles mêmes des précautions qu'elles pensent sécuritaires, et interprètent les réactions de leur enfant :

*P7 «je mets des précautions en place»*

*P8 «je rapproche la table basse pour la coller au canapé et je mets des coussins comme ça je peux m'endormir tranquillement»*

*P23 «je la cale avec un coussin d'allaitement pour qu'elle ait des bras qui la calent, parce que c'est déjà arrivé avec d'autres de mes enfants que bébé tombe»*

*P18 «il y a eu une nuit où elle s'est réveillée en pleurs et la couette arrivait sur elle; ça m'a rassuré en fait: je me suis dit qu'elle était en bonne santé et elle fait savoir quand il y a un problème»*

Une maman a placé un lit parapluie contre son propre lit pour faire «barrière» (P15) en plus du coussin d'allaitement du côté du vide.

On note une évolution des modalités de couchage selon l'âge des nourrissons :

*P21 «dans son lit cododo depuis qu'il a 3 mois [...] Sinon, il dormait toujours avec moi»*

*P23 «et petit à petit on a commencé à se séparer un peu mais vraiment c'est venu instinctivement quand je l'ai senti»*

Ces changements sont parfois souhaités par la reprise du travail de la mère :

*P23 «moi je m'étais dit que j'aurais arrêté avec la reprise du travail »*

Le lit co-dodo se présente comme une alternative au partage du lit parental. Cette méthode de couchage se fait connaître via l'entourage familial ou amical des futurs parents, mais aussi via des blogs, des sites internet pro-allaitement et des publicités. Les parents qui l'utilisent y ont toujours

pensé avant la naissance de leur enfant :

*P11 «j'avais choisi le co-dodo car je voulais allaiter, on m'avait dit que sinon il passerait ses nuits sur moi»*

Il est perçu par les parents comme très sécurisé, et soulève peu d'interrogations :

*P8 «c'est quelque chose que je voulais faire par peur de la mort subite du nourrisson»*

*P8 «après tout c'est juste un lit qu'on rapproche près de notre lit, je n'avais pas besoin de plus d'informations que ça»*

Cette méthode paraît avoir été approuvée par des personnes ressources, comme les sages femmes, ou dans les maternités :

*P19 «en en parlant avec les sages-femmes, j'ai trouvé ça premièrement pratique, et puis deuxièmement, c'était indiqué qu'on récupérait mieux».*

Le seul frein à l'utilisation du lit co-dodo semble être son prix. Il est d'ailleurs chaque fois que possible récupéré auprès d'amis ou de membres de la famille.

Lorsque le lit co-dodo n'est pas possible, les parents aménagent leur propre système afin de garder une proximité avec leur nouveau-né :

*P4 «On voulait faire un vrai lit co-dodo [...], mais [...] il n'y a pas assez de place donc on a bricolé un truc pour que son matelas soit collé à notre lit»*

#### **4. Avantages et inconvénients pour les parents**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Les avantages au sommeil partagé sont pour les parents multiples. Tous évoquent en premier lieu le bénéfice ressenti sur leur fatigue et cela lié au fait que l'enfant soit directement à proximité de la maman :

*P18 «ça me réveille sans être un vrai réveil»,*

*P1 «moins de réveils, on se repose un peu plus»*

L'allaitement est décrit comme plus pratique, les tétées plus rapides, et l'enfant comme la mère se rendorment plus facilement :

*P18 « Je n'ai pas à sortir de mon lit, je n'ai pas à faire d'effort physique, je n'ai pas à patienter sur le canapé qu'il ait fini de téter [...] je me rendors avant qu'il ait fini»*

Certains soulèvent que c'est également plus sécurisant de ne pas avoir à se lever et à porter l'enfant en pleine nuit dans un demi-sommeil :

*P2 «peur de la faire tomber en allant la chercher»*

D'un point de vue relationnel, beaucoup pensent créer un lien avec leur enfant :

*P2 «ça crée du lien de le sentir respirer, de dormir avec lui» , P16 «on est hyper proches»*

Les parents apprécient ces moments d'intimité :

*P5 « l'avoir à côté c'est top»*

La mère s'adapte rapidement aux besoins de son enfant, sans qu'il ait besoin de s'exprimer :

*P18 «la nuit il se réveille il a besoin de téter mais il ne pleure pas»,*

*P18 «ça permet au bébé de ne pas pleurer la nuit, de ne pas réveiller ses frères et sœurs»*

Certaines mamans trouvent leur bébé plus apaisé :

*P11 «il dort beaucoup plus sereinement»*

*P10 «il est plus rassuré»*

Les avantages pour eux sont les mêmes que l'enfant dorme dans un lit co-dodo, ou qu'il partage le lit parental.

L'inconvénient principal du co-sleeping est pour beaucoup de parents le frein à leur vie de couple et le manque de place dans le lit :

*P5 «vie de couple mise entre parenthèses»*

*P4 «on apprend à se serrer»*

Certains craignent de développer une dépendance parentale ou s'inquiètent du devenir de leur enfant:

*P13 «quand va-t-il faire ses nuits?», «ça va faire des enfants ingérables»*

Une des mamans souligne d'ailleurs que la décision du lieu de couchage de l'enfant doit se prendre à deux.

Les mamans parlent souvent pour elles d'un sommeil de moins bonne qualité :

*P11 «je ne dors pas à cent pour cent»*

Viennent ensuite les désagréments des petits accidents de parcours :

*P6 «couches trop pleines, pipi dans le lit, régurgitations»*

*P10 «je ne dors pas bien à côté d'un enfant à cause des bruits, de la veilleuse»*

Enfin, la crainte d'un danger pour l'enfant reste présente pour certains :

*P6 «peur toujours de l'écraser, on dort avec une veilleuse»*

*P7 «peur qu'il s'étouffe»*

Le risque encouru est chaque fois nuancé par les mères par leur instinct maternel ou un sixième sens:

*P22 «j'ai vu que inconsciemment les mamans il n'y avait pas de risque qu'elles écrasent leur bébé parce que il y avait quand même un truc, surtout quand tu allaites»*

*P3 «j'ai l'instinct de surveiller»*

Les mamans disent qu'elles dorment différemment quand leur enfant est proche d'elles :

*P7 «je suis toute courbaturée quand je me réveille et qu'il a dormi avec moi car je ne bouge pas»*

## **5. Relations aux soignants**

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

Les mères pensent que les soignants ont un regard négatif sur le sujet :

*P8 «co-sleeping=gros risque, gros danger»*

*P12 « il ne faut pas faire»*

*P4 «pas mal de préjugés et d'idées reçues»*

*P8 « on sait d'emblée ce que va dire le pédiatre»*

*P10 «idées très négatives en Europe», «sujet tabou»*

Malgré cela, certaines parviennent tout de même à en discuter. Plusieurs facteurs facilitent les



échanges. La relation de confiance avec leur soignant, souvent en lien avec la longévité de leur suivi semble importante. Les patients identifient des personnes ressources avec qui ils peuvent partager leur expérience. Cela est renforcé lorsque le soignant partage son propre vécu :

*P9 « je suis bien plus à l'aise avec elle [sage-femme] qu'avec le pédiatre, je le connais moins aussi »*

*P2 « elle me donne plein de conseils car elle vit la même chose »*

*P3 « on est assez proches, elle s'occupe de mes problèmes de toxicomanie depuis plusieurs années »*

L'empathie du soignant incite le patient à se confier :

*P9 « elle [sage femme] est humaine, compréhensive »*

*P10 « ma pédiatre m'avait dit et j'avais trouvé ça bien: oui je sais c'est beaucoup plus difficile de laisser pleurer un deuxième ou un troisième car tout l'entourage va se réveiller »*

L'ouverture d'esprit du soignant et le respect des valeurs est primordial :

*P19 « elles [les sages-femmes] étaient ni pour ni contre, elles questionnaient [...] elles accompagnent dans le choix qu'on fait »*

*P2 « les puéricultrices sont assez ouvertes, je peux parler de tout avec elles »*

Il est important pour les parents que le soignant leur propose une aide, une solution à leurs angoisses ou questionnements et ne se contente pas de déconseiller une pratique :

*P6 « on déconseille la pratique mais si vous le faites on ne va pas vous jeter des cailloux et on va vous donner des conseils »*

Pour beaucoup de mamans, le discours médical est moralisateur, impersonnel, trop direct, et beaucoup de médecins manqueraient d'empathie, un réel frein à la communication :

*P6 « on a toujours menti aux pédiatres et à la PMI pour ne pas se faire faire la morale »,*

*P5 « je me dis qu'ils en ont entendu parler pendant leurs études et qu'ils sont un peu formatés »,*

*P6 « les messages de prévention sont très hard core »*

Elles soulignent le versant sécuritaire et les recommandations des médecins, versus une approche plus humaine avec les sages-femmes :

*P7 « ils [les médecins] appliquent les recommandations à la lettre » versus « les sages-femmes sont plus ouvertes »*

*P9 « ils [ les médecins] voient moins le côté humain »*

Les médecins manqueraient de temps lors des consultations notamment par rapport aux nombreux sujets à aborder en pédiatrie :

*P19 « Les visites [pédiatres] étaient très expéditives »*

*P11 « beaucoup de sujets à aborder en peu de temps »*

Pour nos mamans, les solutions apportées par les médecins sont insuffisantes, et leurs plaintes

banalisées :

*P1 «on nous dit que c'est pas terrible le co-dodo[...] que la fatigue est liée à l'allaitement, que c'est normal»*

*P6 « on ne nous donne aucune solution, on n'en peut plus d'avoir un bébé qui pleure toute la nuit donc on dort avec elle»*

Certaines soulèvent le fait que les conseils délivrés ne sont pas suffisamment adaptés à chaque enfant :

*P10 « ce serait bien d'avoir l'avis du pédiatre sur dans votre cas ça peut être adapté, ça un peu moins»*

Elles sont parfois méfiantes envers le corps médical et ennuyées par des avis médicaux divergents :

*P4 «Je ne cherche pas spécialement l'avis des médecins qui peuvent changer d'un médecin à l'autre»*

Certaines soulèvent le fait qu'avec un médecin il y a beaucoup de sujets à traiter donc potentiellement plus de sujets de discorde. Autre facteur limitant les échanges très souvent évoqué: la crainte d'être jugé, de ne pas bien faire, d'être un mauvais parent, avec une importante anxiété générée :

*P6 « j'aurais aimé ne pas me sentir coupable en permanence»*

*P21 « comme un enfant qu'on allait punir»*

Beaucoup de parents ressentent que le sujet est délicat :

*P4 «oula, je n'en ai surtout pas parlé, j'ai senti que c'était pas la peine, ultra délicat»*

*P4 « certains disent que c'est bien, avec d'autres parfois un regard suffit pour qu'on se dise ok»*

Certains n'hésitent pas à mentir :

*P5 « à la mater j'ai menti, personne n'a vu que je dormais avec lui»*

Enfin, pour certains, les risques du co-sleeping sont une évidence, ils les connaissent, et sont persuadés que l'avis d'un soignant ne leur apporterait rien de plus.

Quant à l'âge des professionnels de santé, celui-ci ne paraît ni un facteur facilitant ni limitant les échanges :

*P4 « peut être que les sages-femmes plus âgées sont encore plus fermées»*

*P5 «ça reste très fermé, je trouve encore plus les jeunes»*

## **6. Attentes des parents vis-à-vis des soignants**

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

Aborder le sujet des conditions de couchage des nourrissons et plus particulièrement celui du sommeil partagé serait pour beaucoup de mamans facilité si les soignants prenaient l'initiative d'en parler. Elles apprécieraient d'en discuter :

*P14 «et si elle amenait le sujet sur le tapis? ça ne me dérangerait pas»*

Avoir du temps en consultation avec leur médecin est pour elles primordial :

*P19 «ce que j'apprécie, c'est qu'il fait à la fois les visites, les examens, les vaccins mais à la fois on a de l'espace et du temps pour parler»*

Certaines attendent de leurs soignants un partage des expériences personnelles, ou encore qu'ils soient à jour des dernières recommandations sur le sujet :

*P18 «elle remet à jour son savoir»*

Toutes recommandent l'absence de jugement, la bienveillance, la confiance, la tolérance et la réassurance :

*P17 «j'attendrais plutôt une relation de confiance, d'échange mais pas dans le jugement»*

*P15 «ils feraient mieux de nous encadrer, nous rassurer»*

Le soignant doit savoir faire preuve de modestie :

*P18 «elle ne se met pas dans un rôle de médecin au dessus des gens»*

## DISCUSSION

Qu'elle soit régulière ou occasionnelle, prévue ou accidentelle la pratique du sommeil partagé est une réalité. En effet, une étude menée en 2004 aux Etats-Unis montrait que, à respectivement 1, 3 et 6 mois de vie, 22 %, 14 % et 13 % des nouveau-nés avaient déjà partagé le lit de leurs parents (5).

### **1. Une définition floue, des pratiques variées**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

La frontière entre même chambre, lit co-dodo et même lit est extrêmement poreuse. Cette homonymie prête à confusion pour les soignants et pour les parents; en fait, on se rend compte que la technique du lit co-dodo est souvent réfléchi et voulue avant la naissance contrairement au partage du lit. Mais, du fait de la fatigue, de la proximité importante recherchée par le nourrisson et les parents, au fil de la nuit, presque systématiquement le bébé finit sa nuit dans le lit parental. D'ailleurs les parents n'ont pas toujours conscience que partage du lit et co-dodo sont deux pratiques différentes. Et pourtant, le lit co-dodo a probablement plus tendance à amener au partage du lit, pour des raisons pratiques de proximité, et d'endormissement éventuel avec la «sécurité» d'un lit accolé.

Coussin pour caler bébé, coussin d'allaitement pour caler les jambes de maman, dormir entre papa et maman, toujours du côté maman: les modalités pratiques varient d'une famille à l'autre. Les parents opèrent selon leur instinct, selon leur expérience avec les aînés, selon les échanges entre parents, et parfois selon des conseils donnés à la maternité. Concernant les informations et conseils donnés par les professionnels, les femmes interrogées ont tendance à mettre en avant la divergence des informations, ce qui peut apparaître comme déstabilisant.

### **2. Une pratique recouvrant des avantages**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Les femmes interrogées ont décrit plusieurs avantages au sommeil partagé: créer du lien, mieux gérer la fatigue, aider dans la mise en place de l'allaitement, et sa continuité.

Le lien entre proximité physique et réussite de l'allaitement a été démontré dans plusieurs études (6). Les tétées fréquentes, incluant la nuit, et la proximité physique mère-enfant permettraient une plus grande production de prolactine, et donc une plus grande réussite de l'allaitement, et sont également importants pour sa poursuite à long terme.

Concernant les dyades mère-enfant, c'est en Colombie à la fin des années 1970 qu'est née avec Edgar Rey Sanabria la fameuse «méthode kangourou» (7). D'abord mise en place pour les nouveaux nés prématurés, et depuis généralisée aux nourrissons bien portants, les études menées tendent à montrer que la proximité mère-enfant favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère.

Les femmes apprécient la proximité avec leur bébé, qui les rassure: entendre son bébé respirer, ouvrir les yeux pour s'assurer qu'il est toujours présent et en bonne santé, autant d'attentions qui ne sont pas réalisables lorsque le nourrisson est dans une chambre séparée. Certaines femmes évoquent clairement l'apaisement et la réassurance que le sommeil partagé peut leur apporter dans le cadre de la lutte contre la mort subite du nourrisson. Rappelons ici la définition de la mort subite du nourrisson : c'est la survenue du décès d'un enfant de moins d'un an, sans qu'aucune explication ne soit apportée quant à la cause de sa mort par une autopsie, définition donnée par Beckwith en 1969 et requalifiée par Krous et Beckwith en 2004 (8).

### **3. Un vécu parfois difficile**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

Il apparaît que le sommeil partagé n'est parfois pas vécu comme un choix. En effet, entre les intentions avant la naissance et la réalité post-partum, les différences sont parfois majeures. Une fois bébé arrivé, certains principes s'effondrent, ce d'autant plus que les parents sont inquiets par rapport à un éventuel problème de santé. A ce titre, l'étude de Ball (9) est très informative et montre que seulement 7,5% de l'ensemble des parents prévoyaient de faire dormir leur enfant dans leur lit après la naissance. Lorsqu'ils étaient recontactés après la naissance seuls 38% des parents ne l'avaient jamais pratiqué.

Prévu ou pas, choisi ou pas, dormir avec bébé n'apparaît pas toujours comme positif; des contraintes ont été évoquées, ainsi que des craintes: parfois, le sommeil partagé peut apparaître comme le seul moyen de calmer bébé, la seule alternative pour se donner quelques minutes ou heures de sommeil. Pourtant, pour certains, le sommeil est de moins bonne qualité quand bébé est dans le lit parental.

D'autre part, l'arrivée d'un enfant est un tel bouleversement que chacun doit pouvoir trouver sa place. Les rôles sont redéfinis, et en effet, un des enjeux mis en lumière par plusieurs femmes était la place importante que prenait ce type de pratique sur la vie de couple «vie de couple mise entre parenthèses». L'équilibre du couple après une naissance est fragile.

Des craintes ont été évoquées: plusieurs femmes nous ont fait part de leur crainte de la dépendance parentale. Ce sentiment est typique des valeurs culturelles occidentales, comme le souligne Helen Ball (2) «*Depuis le milieu des années 1930, dans de nombreuses sociétés occidentales, la marque d'un « bon bébé » est de faire ses nuits loin de ses parents ; l'autonomisation précoce de l'enfant est un objectif de développement, et son obtention est un marqueur de l'efficacité de l'éducation*

*parentale*» Percevoir le partage de lit comme faisant partie des normes est donc bien l'affaire de culture.

Enfin, beaucoup de femmes nous font part de leur anxiété par rapport à la mort inattendue du nourrisson, et par rapport aux risques d'accidents tels que l'étouffement, l'écrasement. Ces interrogations sont donc à l'origine d'un sommeil partagé plus subi que pleinement apprécié.

#### **4. Les attentes**

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

##### **a) La consultation**

La trop courte durée de la consultation rentre en compte dans les freins à la relation avec le médecin; les femmes interrogées demandent en effet «du temps et de l'espace pour parler», pour pouvoir discuter sans tabou des modalités de couchage de bébé.

Les femmes recherchent aussi un professionnel qui sache se mettre à jour régulièrement, ce qui implique des stratégies de formation continue.

Nous remarquons que les femmes mettent en place des pratiques qui leur semblent adaptées à des conditions de sécurité; cette démarche est à double tranchant car elle montre qu'elles s'inquiètent du côté sécuritaire mais peut aussi être faussement rassurante, et par conséquent les amener à ne pas discuter de leurs pratiques.

##### **b) Des valeurs humaines**

Les femmes recherchent une consultation qui n'aborde pas seulement l'aspect purement somatique, mais aussi la particularité de chaque famille et de chaque nouveau né. Ceci implique de prendre en compte des dimensions psychologiques, culturelles et environnementales de chacun.

De la confiance, de la bienveillance, de la tolérance et l'absence de jugement : autant de qualités qui définissent l'empathie, et que les femmes souhaitent retrouver avec leur soignant pour pouvoir parler de tout, sans tabou. Carl Rogers, psychologue humaniste américain définissait ainsi la compréhension empathique: « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent* » (10).

##### **c) Pas toujours l'affaire des soignants**

Certaines femmes nous ont répondu qu'elles n'avaient pas d'attentes particulières vis à vis des soignants et que le sujet relevait de la sphère privée. Elles attendent plus de leurs aînées comme le dit Helen Stork (1), selon un mode de transmission générationnel.

##### **d) Ouvrir le dialogue**

Beaucoup de femmes regrettent de ne pas avoir trouvé de lieu et d'interlocuteur pour en parler. Les femmes décrivent le sommeil partagé comme un sujet tabou, et pourtant elles semblent prêtes à en parler si le médecin aborde le sujet en premier.

Elles attendent de pouvoir faire un choix éclairé. Précisons que cette volonté est devenue un droit du patient depuis qu'elle est inscrite dans la loi du 4 mars 2002 relative au droit des patients.

Mais en tant que professionnel, comment informer quand on ne maîtrise pas le sujet? La formation est en effet - pour les jeunes médecins généralistes- très succincte concernant le post partum: quelques cours sur l'allaitement et ses complications, mais aucun ne traite du sommeil et des conditions de couchage de bébé. Un élargissement de la formation initiale concernant la périnatalité pourrait-il être envisagé? D'autre part, l'absence de recommandations claires sur le sujet semble rajouter un obstacle à l'information du patient.

## **5. Perspectives d'accompagnement**

*(Rédigé par A.EMERAUD)*

### **a) Différentes formes pour en parler**

Les séances de préparation à l'accouchement pourraient être le lieu pour échanger et informer, en particulier quand les séances sont collectives.

Les consultations allaitement pourraient être également un lieu de discussion autour du sommeil partagé d'autant plus que celui ci semble concerner en priorité les nourrissons allaités. En effet, Ball rapporte qu'au Royaume Uni, 72% des enfants allaités durant un mois ou plus partagent le lit, au moins occasionnellement, contre 38% des enfants qui ne sont pas allaités (11).

Concernant l'instauration d'une consultation systématique, il est important de noter que 2 études récentes ont des résultats opposés : dans la thèse de Quellard-Wallyn sur le vécu des premières semaines d'allaitement, les femmes interrogées étaient peu favorables à une consultation systématique chez le médecin généraliste à propos de l'allaitement, invoquant le fait qu'une consultation avec un médecin non formé à l'allaitement pouvait au contraire «aggraver les choses»(12); alors que lors de la thèse de Anabel Pi-Pelorce sur la relation qu'entretiennent les femmes allaitantes avec leur médecin généraliste (13), elles y étaient favorables sous certaines conditions. Une piste de réflexion pourrait être une étude à mener sur l'intérêt de mettre en place une consultation sommeil systématique dans le suivi du nourrisson? Au minimum, il semble important qu'à un moment du suivi post-partum le professionnel s'interroge sur les conditions de couchage.

### **b) Se rendre disponible, au plus près de la réalité quotidienne des jeunes couples.**

La réalité du sommeil partagé ne semble pas pensée par les professionnels. Adapter le discours à la réalité du terrain, définir avec les parents ensemble, des objectifs abordables et réalisables. Pour se faire, l'assurance maladie organise depuis quelques années (2010), des visites à domicile pour faciliter le retour à la maison. Un des principaux enjeux du PRADO, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, est de «préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients». D'après des chiffres issus de l'assurance maladie, 57% des naissances en 2017 ont bénéficié d'une visite à domicile à la sortie de la maternité. Les femmes apprécient d'ailleurs cette démarche quelques jours après leur sortie de la maternité. Pourquoi ne pas imaginer impliquer les médecins généralistes dans cette démarche ?

### **c) Gommer cette image de médecin omniscient**

Un des freins à la communication évoqué lors de cette étude est le sentiment d'infériorité face au médecin, décrit comme élite. Depuis plusieurs années pourtant, le savoir et les connaissances ne sont plus que l'affaire des médecins. En effet, avec l'émergence des maladies chroniques, se créent des associations de patients, des groupes de paroles, qui font des patients non plus des ignorants mais des «sachants» pour reprendre l'expression d'Elisabeth Noël Hureauux (14).

Ainsi, le patient expert refuse dans sa relation au médecin un modèle dit paternaliste, qui décide de tout; le malade préfère être actif. Pourtant, lors de nos entretiens, nous avons entendu des femmes ayant peur du jugement, n'osant pas «avouer» leurs pratiques de peur d'être réprimandées...Nous nous trouvons loin des représentations que nous, internes en médecine, nous faisons de la relation que nous voulons créer avec les patients.

Prendre la décision en concertation avec le patient, partager son expérience, se former et tenir compte des données de la recherche, tous ces concepts se regroupent sous la notion d'Evidence Based Medicine (15).

## **CONCLUSION**

*(Rédigé par A.JAOUEN)*

L'OMS recommande que les nourrissons dorment dans la chambre de leurs parents, à côté du lit parental mais sur une surface de sommeil séparée, au moins pendant les 6 premiers mois de vie. Cela limite les risques bien connus de mort subite du nourrisson et d'étouffement. Or, dans le cadre de l'allaitement maternel, nombreux sont les enfants qui partagent le lit parental. Cette pratique n'est pas sans risque.

La définition elle même du sommeil partagé n'est pas toujours claire et les termes utilisés par les parents ne sont pas équivalents. D'où l'importance d'un interrogatoire ciblé.

Peu de parents pratiquant le sommeil partagé en parlent avec leurs soignants. Les freins à ces échanges sont multiples, et beaucoup craignent leur réaction.

La pratique du lit co-dodo ou lit side-car, majoritairement approuvée par les soignants, peut être faussement rassurante: cette technique de couchage permet une proximité intéressante de la mère et de l'enfant en cas d'allaitement, mais rares sont les nourrissons qui ne dorment pas une partie de la nuit dans le lit parental.

Il serait pertinent que le couchage de bébé soit abordé de manière plus systématique en consultation, afin d'identifier les situations à risque, et d'accompagner au mieux les parents. Des recommandations ont d'ailleurs été publiées par l'UNICEF (Annexe 5), afin de limiter ces risques en cas de partage du lit parental.

Il semble que la réalité du sommeil partagé soit méconnue par les soignants. Il va être intéressant de mettre nos résultats en miroir de l'étude réalisée auprès des soignants.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Bouche-Florin L, Ayosso J, Riand R, Moro MR. Dormir ici et ailleurs. Approche transculturelle du sommeil du nourrisson et de ses troubles. *Spirale*. 1 oct 2005;no 34(2):151-64.
- 2 Blair PS. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child*. 1 déc 2004;89(12):1106-10.
- 3 Renon P. Lieu de couchage des nourrissons: exploration des pratiques des médecins généralistes en Bretagne sur les conseils donnés aux parents [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
- 4 Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
- 5 McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. juin 2004;25(3):141-9.
- 6 Johnston JM, Amico JA. A prospective longitudinal study of the release of oxytocin and prolactin in response to infant suckling in long term lactation. *J Clin Endocrinol Metab*. avr 1986;62(4):653-7.
- 7 Huraux-Rendu C, Charpak N. La méthode kangourou : pour la restauration d'un lien prématurément interrompu [Internet]. ERES; 2008 [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/bebes-et-cultures--9782749210131-page-117.htm>
- 8 Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatr-Springf*-. 2004;114:234-239.
- 9 Ball HL, Hooker E, Kelly PJ. Where will the baby sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding cosleeping with their newborn infants. *Am Anthropol*. 1999;101(1):143-151.
- 10 Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Rech Soins Infirm*. 2009;N° 98(3):28-31.
- 11 Ball HL. Breastfeeding, Bed-Sharing, and Infant Sleep. 2003. 181-188 p. (*Birth*; vol. 30).
- 12 Quellard-Wallyn M. Vécu des premières semaines d'allaitement: étude auprès des mères ayant un projet d'allaitement maternel et propositions d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
- 13 Pi-Pelorce A. Allaitement maternel: quelle relation entretiennent les mères avec leur médecin généraliste ? : étude qualitative auprès de 13 mères de l'Hérault ayant abordé le sujet avec leur médecin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
- 14 Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 11 oct 2012;n°39(3):13-25.
- 15 Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*. 1 févr 1997;21(1):3-5.
- 16 Roques N. Allaitement maternel et sommeil partagé. In: *Dodo, l'enfant do* [Internet]. ERES; 2008 [cité 12 mai 2018]. p. 145-59. Disponible sur : [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=ERES\\_ISRAE\\_2008\\_01\\_0145](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_ISRAE_2008_01_0145)



- 17 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.
18. Unicef. Co-sleeping and SIDS: A guide for health professionals. Pobrane Z [Httpswww Unicef Org Ukbabyfriendlywp-Contentuploadssites2201607Co-Sleep--SIDS--Guide--Health-Prof-2 Pdf](https://www.unicef.org/ukbabyfriendly/wp-content/uploads/sites/2201607/Co-Sleep--SIDS--Guide--Health-Prof-2.Pdf). 2016;
19. Beijers R, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress Amst Neth*. mai 2013;16(3):267-77.
20. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Pédiatrie*. 1 janv 2003;10(1):19-24.
21. Roussey M. Données épidémiologiques actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans la mort subite du nourrisson. *Bull Epidémiologique Hebd*. janv 2008;(3-4):22-4.
22. McKenna J, Mosko S, Richard C, Drummond S, Hunt L, Cetel MB, et al. Experimental studies of infant-parent co-sleeping: mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS (sudden infant death syndrome). *Early Hum Dev*. 15 sept 1994;38(3):187-201.
23. Myara Zenou L. Facteurs déterminant l'orientation des nourrissons et des enfants âgés de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
- 24 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.
- 25 Hays M-A. L'observation de l'allaitement : une modalité de soutien à la relation primaire ? *Spirale*. 2003;no 27(3):107-20.
- 26 McKenna JJ. Le partage du lit ou de la chambre, l'allaitement maternel et le syndrome de la mort subite du nourrisson. déc 2010;
- 27 Les enfants sont-ils aussi bien soignés par les généralistes que par les pédiatres ? [Internet]. *La Croix*. 2014 [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-enfants-sont-ils-aussi-bien-soignes-par-les-generalistes-que-par-les-pediatres-2014-05-23-1154900>
- 28 Jouet E, Las Vergnas O. Les savoirs des malades peuvent-ils être regardés comme des savoirs amateurs ? *Alliage Cult - Sci - Tech*. oct 2011;octobre 2011(69):136-50.
- 29 Levasseur M. Mort subite du nourrisson et sommeil partagé: quelles informations donner aux patients ? : revue de la littérature et des recommandations internationales [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
- 30 Borodaty M. Mort subite du nourrisson: enquête sur la connaissance des facteurs de risques par les professionnels de santé et par les parents en Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
- 31 Straw J, Jones P. Parent-infant co-sleeping and the implications for sudden infant death syndrome. *Nurs Child Young People*. 5 déc 2017;29(10):24-9.
- 32 Kugener B, Franco P. Prévention du syndrome de mort subite du nourrisson. 2013;16(2):81-9.

- 33 Peters EM, Lusher JM, Banbury S, Chandler C. RELATIONSHIPS BETWEEN BREAST-FEEDING, CO-SLEEPING, AND SOMATIC COMPLAINTS IN EARLY CHILDHOOD. *Infant Ment Health J.* 2016;37(5):574-83.
- 34 Morisot A. Repenser l'accompagnement de la mère et de son nouveau-né en maternité [Mémoire de sage-femme]. [Metz, France]: Lorraine; 2009.
- 35 McKenna JJ, Gettler Lt J. Sommeil | Le partage du lit ou de la chambre, l'allaitement maternel et le syndrome de la mort subite du nourrisson. In: Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [Internet]. 2010 [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sommeil/selon-experts/le-partage-du-lit-ou-de-la-chambre-lallaitement-maternel-et-le-syndrome-de-la>
- 36 Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *J Pédiatrie Puériculture.* déc 2012;25(6):364-72.
- 37 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.* juin 2005;6(2):134-52.
- 38 Joge M. Prévention de la mort inattendue du nourrisson: où en est-on des connaissances parentales sur les recommandations en matière de couchage du nouveau-né ? [Mémoire de sage-femme]. [Nîmes, France]: Ecole de sages-femmes; 2018.
- 39 L.Pasqualini. La pratique du « cododo » : les parents sont-ils suffisamment informés ? Une étude quantitative réalisée dans les PMI de Saint-Omer et Arques (Pas-de-Calais) [Internet]. [Université de Lille]; 2016 [cité 1 mai 2019].
- 40 Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeeding medicine. New Rochelle, N.Y, Etats-Unis d'Amérique: Mary Ann Liebert; 2006.
- 41 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. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH.* 2015;(27):522-32.
- 42 Moinier A. Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. 30 juin 2016;61.
- 43 Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH.* 2014;(27):440-9.
- 44 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.* 28 mai 2013;3(5).
- 45 Société Française de Pédiatrie: Mort subite du nourrisson (21/10/2005) [Internet]. [cité 2017 jan 19] ; Available from: <http://www.sfpediatricie.com/autres-pages/actualites/actualite/article/mort-subitedu-nourr.htm>

## **ABREVIATIONS**

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## ANNEXES

### *Annexe 1 : Descriptif de l'étude, à l'intention des patients*



### ***Si vous êtes une maman qui allaite un bébé de moins de 6 mois, et qu'il vous arrive de dormir avec votre enfant, votre avis m'intéresse***

Dans le cadre d'un travail de fin d'études, j'interroge des femmes qui allaitent des enfants de moins de 6 mois, à qui il arrive de dormir, la nuit, ou en journée, avec leur enfant.

Je m'intéresse tout particulièrement à votre histoire, aux raisons pour lesquelles il vous arrive de dormir avec votre bébé, ainsi qu'aux conversations que vous pouvez avoir, ou pas, à ce sujet avec votre médecin.

Très peu de femmes en parlent et pourtant le co-sleeping (le fait de dormir avec son enfant) est une pratique très répandue. On en parle peu !

Pour m'aider dans ce travail, seriez vous d'accord de m'accorder un peu de votre temps (en général une petite demi heure) ?

Cet entretien est bien sur anonyme et confidentiel. Rien ne sera rapporté à votre médecin.

Les entretiens se passent dans un endroit calme, chez vous ou ailleurs à votre convenance.

Si vous êtes d'accord, votre médecin pourra me donner vos coordonnées afin que je vous contacte.

En cas de question, ou d'hésitation, vous pouvez également me contacter par e-mail : [ajaouen07@gmail.com](mailto:ajaouen07@gmail.com)

En vous remerciant par avance,

Anaïs JAOUEN



## **Annexe 2 : Descriptif de l'étude, à l'intention des soignants**



### **THESE de MEDECINE GENERALE : BESOIN DE VOTRE AIDE**

Le sommeil partagé, ou co-sleeping, est un sujet largement controversé en France. Cette pratique n'est pas sans risque pour l'enfant (risque de mort subite du nourrisson et étouffement notamment). Pourtant, des études ont montré que cette pratique reste fréquente chez les femmes qui allaitent.

Dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale, je m'intéresse à ces femmes, ces parents, qui pratiquent le sommeil partagé avec leurs nourrissons, allaités, et âgés de moins de 6mois.

Mes interrogations portent sur leurs craintes, leurs réticences à discuter du co-sleeping avec leurs soignants, leurs attentes vis-à-vis d'eux, ainsi que les facteurs facilitant ou limitant la communication autour de ce sujet « tabou ».

Il s'agit d'une **étude qualitative** réalisée à partir d'entretiens semi-structurés.

Les **critères d'inclusion** sont les suivants :

- **Parents d'enfants allaités**
- **Et âgés de moins de 6mois**
- **Pratiquant le Co-Sleeping**
- **En Ille et Vilaine**

L'étude est menée auprès de patients suivis chez leur pédiatre, leur médecin généraliste, dans des centres de PMI ou chez des sages femmes.

#### **J'ai donc besoin de votre aide pour inclure des sujets à mon étude.**

Au décours d'une consultation, si vous pensez qu'un patient pourrait être inclus, pourriez-vous avec son accord, me transmettre ses coordonnées (email et téléphone) afin que je le recontacte?

En complément d'information, je joins **à l'attention des patients, une petite fiche explicative** concernant l'étude que vous pouvez leur remettre.

En cas de besoin, ou de question, je suis joignable par mail : [ajaouen07@gmail.com](mailto:ajaouen07@gmail.com) ou par téléphone 0629693465.

Merci de votre aide, qui me sera précieuse !

Anais JAOUEN, interne en médecine générale

**Annexe 3 : Guide d'entretien**

1) Vous souvenez-vous la dernière fois que vous avez dormi avec votre enfant ? Pouvez-vous me raconter ?

2) Avant la naissance de votre premier enfant, que pensiez vous du sommeil partagé ?

3) Avec bébé comment se sont présentées les choses ? Quels avantages trouvez-vous au co-sleeping ?

4) En pratique, comment faites vous ?

5) En avez vous déjà parlé à un professionnel de santé ?

SI OUI :

- Comment qualifierez-vous la relation que vous entretenez avec votre soignant ?
- Qu'est ce qui fait que vous avez pu en discuter ?

SI NON :

- Comment expliquez vous de ne pas en avoir parlé à la personne qui vous suit vous et votre bébé ?
- Auriez-vous aimé en discuter ?
- Qu'est ce qui aurait pu faciliter cet échange selon vous ?

6) Selon vous, que pensent les médecins du co-dodo ?

7) Pour finir, quelques questions sur vous : âge, profession, lieu de résidence, nombre d'enfants

**Annexe 4 : Caractéristiques de l'échantillon**

	<b>Age de la mère (en années)</b>	<b>Profession</b>	<b>Place de l'enfant allaité dans la fratrie</b>
P1	42	Assistante commerciale	2 <sup>nd</sup>
P2	20	Etudiante en droit	1 <sup>er</sup>
P3	40	Sans emploi	1 <sup>er</sup>
P4	33	Sans emploi	1 <sup>er</sup>
P5	34	Educateur auprès d'adolescents déficients	3 <sup>ème</sup>
P6	33	En formation dans l'associatif	1 <sup>er</sup>
P7	37,5	Auxiliaire puériculture	2 <sup>nd</sup>
P8	33	Agent comptable	1 <sup>er</sup>
P9	27	Ingénieur	1 <sup>er</sup>
P10	36	Enseignante à l'université	3 <sup>ème</sup>
P11	24	Coiffeuse	1 <sup>er</sup>
P12	37	Sans emploi	6 <sup>ème</sup>
P13	27	Infirmière	1 <sup>er</sup>
P14	32	Enseignante	2 <sup>nd</sup>
P15	29	Assistante vétérinaire	2 <sup>nd</sup>
P16	38	Coiffeuse	2 <sup>nd</sup>
P17	26	Assistante maternelle	2 <sup>nd</sup>
P18	36	Secrétaire	1 <sup>er</sup>
P19	36	Responsable administrative	1 <sup>er</sup>
P20	27	Photographe	1 <sup>er</sup>
P21	29	Maraichère	1 <sup>er</sup>
P22	39	Infirmière	1 <sup>er</sup>
P23	31	Educatrice jeunes enfants	2 <sup>nd</sup>
P24	25	Orthophoniste	3 <sup>ème</sup>

Annexe 5 : Recommandations UNICEF UK BABY

# Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



UK BABY FRIENDLY INITIATIVE

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

Sharing a bed with your baby, French





## Partager un lit avec votre bébé

### Un guide pour les mères qui allaitent

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

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

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

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

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

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

### **Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Votre position pour dormir

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

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

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le



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

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

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

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

To make a credit card donation to UNICEF, call

**08457 312 312**

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



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

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

## Foundation for the Study of Infant Deaths

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

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

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

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

[www.babyfriendly.org.uk](http://www.babyfriendly.org.uk)

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

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



**EMERAUD Anne ; JAOUEN Anaïs. Pratique du sommeil partagé en cas d'allaitement maternel : une étude qualitative sur les représentations et attentes des parents quant aux conseils délivrés par les soignants en Ile et Vilaine.**

34 feuilles, 4 illustrations, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N° .

**Résumé français**

Introduction : Véritable sujet de santé publique, le sommeil partagé questionne les jeunes parents mais aussi les soignants. Pourtant, il existe peu d'études précises et de recommandations sur le sujet.

Objectif : Connaître les représentations et les attentes des jeunes parents concernant le sommeil partagé dans le contexte de l'allaitement de leur nourrisson de moins de 6 mois.

Méthode : Étude de type qualitative, avec analyse de 24 entretiens semi dirigés auprès de femmes allaitant un nourrisson de moins de 6 mois, suivies par médecin généraliste, pédiatre, sage-femme ou en PMI.

Retranscription verbatim des entretiens. Analyse selon le modèle de la théorisation ancrée puis triangularisation des données.

Résultats : Pour toutes les femmes interrogées, il arrive régulièrement que bébé partage le lit parental, au moins une partie de la nuit. Elles y voient des avantages tels que le lien fort créé avec bébé, une facilité à la mise en place de l'allaitement et à sa continuité, et aussi un moyen de combattre une fatigue trop importante. Pour certaines femmes, la pratique représente un moyen de lutter contre la mort subite du nourrisson, du fait de la possibilité de surveillance à chaque instant. Pour d'autres, c'est un facteur de risque d'étouffement, d'écrasement, ce d'autant plus que le partage du lit se mêle souvent au partage de chambre. La pratique n'est pas toujours bien vécue. De plus, l'accent est mis sur la vie de couple, qui du fait de la fatigue, de l'absence d'intimité, et de désaccords parfois concernant le lieu de couchage de bébé est mise entre parenthèse pendant cette période de sommeil partagé. Les entretiens mettent aussi en avant la peur de générer un enfant capricieux, ingérable, par la réponse immédiate aux demandes du nourrisson. D'après les femmes interrogées, le regard des soignants sur le sommeil partagé est globalement négatif, avec beaucoup de tabous, et de discours moralisateurs. Les femmes attendent du soignant qu'il ait du temps à consacrer à ce sujet, qu'il aborde lui même la question en consultation, et qu'il fasse preuve d'empathie.

Conclusion : Malgré des risques tels que étouffement et mort subite, le partage du lit est une réalité. Pourtant, la crainte d'être jugé, l'absence de circonstances propices aux échanges et le manque d'empathie de certains soignants sont autant de facteurs qui rendent encore le sujet tabou.

Rubrique de classement : MEDECINE

Mots-clés : allaitement maternel ; cododo ; sommeil partagé ;

Mots-clés anglais MeSH

breast feeding ; co sleeping ; bed sharing ; room sharing

Président : Professeur Patrick PLADYS

JURY : Assesseurs : Docteur Sidonie CHHOR [directeur de thèse]  
Professeur Patrick JEGO  
Docteur Sylvie JAILLARD  
Docteur Caroline MOREAU  
Docteur Anthony CHAPRON  
Mme Marie-Laure DELAUNAY