



HAL
open science

Le sommeil partagé : état des lieux des différentes pratiques dans la ville de Marseille

Élodie Villard

► **To cite this version:**

Élodie Villard. Le sommeil partagé : état des lieux des différentes pratiques dans la ville de Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03930308

HAL Id: dumas-03930308

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03930308v1>

Submitted on 9 Jan 2023

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.



École de Maïeutique

Le sommeil partagé : état des lieux des différentes pratiques dans la ville de Marseille

Présenté et publiquement soutenu

Le 09 juin 2022

Par VILLARD Elodie
Née le 20/07/1998

Pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Année universitaire 2021/2022

Membres du jury :

- MARCANT Sylvie, sage-femme, Hôpital Nord, AP-HM
- REPELLIN David, sage-femme enseignant
- Dr RIQUET Sébastien, sage-femme enseignant, Directeur de mémoire

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

Le sommeil partagé : état des lieux des différentes pratiques dans la ville de Marseille

VILLARD Elodie
Née le 20/07/1998

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2021-2022**

Validation 1^{ère} session 2022 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2022 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Merci à Sébastien Riquet d'avoir dirigé mon travail et d'avoir été présent tout au long de l'avancement de ce mémoire. Merci de m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

Merci à toutes les mamans et tous les autres intervenants qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

À ma mère, merci pour ton soutien indéfectible, ta patience et ton infini courage. Merci d'être toujours présente, dans les bons comme dans les mauvais moments. Il n'existe pas de mots pour exprimer tout l'amour et la gratitude que je te porte.

À mon père, qui je le sais, serait si fier de moi.

À ma famille, qui est toujours là pour moi et qui m'a soutenue de près ou de loin.

À mon beau-père et ma mamie, qui ne sont plus présents pour voir la fin de ce travail.

À Jeff, à qui va le plus grand des mercis. Tu m'encourages et me soutiens chaque jour. Merci pour la place que tu as dans ma vie. Merci pour ton amour.

À mes amies, Ophélie, Carla, Noémie et Salomé, merci d'être là tout simplement. Cette année aurait été infiniment moins supportable sans vous.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. MATERIELS ET METHODE	4
2.1 Protocole d'étude	4
2.2 Population étudiée	4
2.3 Variables mesurées	5
2.4 Modalités du recueil de données.....	5
3. RÉSULTATS	7
3.1 Caractéristiques de la population	7
3.2 Le sommeil partagé, pourquoi ?	9
3.3 La pratique du sommeil partagé	11
3.4 Identifier les sources d'informations sur le sommeil partagé.....	14
3.5 Lien entre l'informations et la notion de risque dans le sommeil partagé	15
3.6 Accompagnement des mères par leur entourage.....	16
4. ANALYSE ET DISCUSSION	17
4.1 Limites et biais de l'étude	17
4.2 Participation	18
4.3 Discussion des résultats.....	18
5. CONCLUSION	23
6. BIBLIOGRAPHIE	25
7. ANNEXES	28
7.1 Annexe I : Le Questionnaire d'étude	28
7.2 Annexe II : Affiche	34
7.3 Annexe III : Partie du tableau de recueil de données	35
7.4 Annexe IV : Guide de l'UNICEF	36
7.5 Annexe V : Rapport des 1 000 premiers jours	37

1. INTRODUCTION

Le sommeil partagé est une pratique controversée. En France, peu d'études abordent ce sujet. Le sommeil du nouveau-né préoccupe de nombreux parents car en effet, il arrive que dormir avec son enfant soit une pratique courante pour différentes raisons : socio-économique, l'allaitement, les troubles du sommeil ou encore les convictions personnelles.

Le sommeil partagé est le plus souvent défini comme étant une pratique qui consiste à faire dormir son bébé dans le lit parental ou dans un berceau à proximité, appelé lit cododo. [1] Dans la littérature, nous retrouvons le plus souvent, le terme « co-sleeping » qui veut littéralement dire « sommeil partagé » en anglais. Aujourd'hui en France, le mot « cododo » désigne avant tout un concept plutôt que l'objet en lui-même, les parents utilisent communément cette expression pour parler du sommeil partagé. En effet, on parle de cododo lorsque « *la mère et l'enfant dorment dans une proximité suffisante pour permettre à chacun de percevoir les signaux et messages sensoriels de l'autre : cela peut être bien sûr l'enfant dans le lit familial, mais aussi l'enfant dans un petit lit accroché "en side-car" au lit parental* ». [2]

Ainsi les termes « cododo » et « sommeil partagé » sont souvent utilisés de manière interchangeable, mais ils ne sont pas synonymes, ce qui peut induire une confusion. Le sommeil partagé ou co-sleeping, c'est lorsque « *le parent et l'enfant dorment à proximité (sur la même surface ou sur des surfaces différentes) afin de pouvoir se voir, s'entendre et/ou se toucher* ». Il désigne donc une organisation du sommeil selon laquelle le nourrisson se trouve à peu de distance de sa mère et peut ne pas être sur la même surface de sommeil et donc dormir dans la même pièce dans un lit à proximité. Le « cododo » fait donc référence à un type spécifique de sommeil partagé. [3]

En opposition au sommeil partagé, on retrouve le « sommeil solitaire » qu'il est intéressant de mentionner. Le sommeil solitaire qualifie le sommeil de l'enfant dans une autre pièce que la chambre parentale. D'après la littérature, le « sommeil solitaire » est essentiellement une pratique occidentale qui s'est amplifiée au fil des décennies dans les pays développés. Le sommeil solitaire de l'enfant étant considéré comme la norme à atteindre d'une façon ou d'une autre.

Ainsi, aux États-Unis dans les années 2000, la controverse était vive entre les partisans de ces deux modes de sommeil. Toutefois en Europe, les professionnels de santé se sont peu exprimés sur le sommeil partagé, générateur selon eux d'une dépendance réciproque parents-enfant. [4]

Nous remarquons cependant aujourd'hui que le sommeil de l'enfant est un sujet qui préoccupe parents et professionnels de santé. Ainsi les questions sur le sommeil du nouveau-né sont en constante évolution. En effet, une étude française de grande ampleur sur le territoire national en 2004, sur le sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois, a montré une prévalence de 32% de sommeil partagé. [5] La France, a compté environ 738 000 naissances en 2021 [6]. Ce qui représente potentiellement 236 160 nourrissons qui dorment avec leurs parents. Ce qui évoque en santé publique, un enjeu de société important.

De nombreux scientifiques décrivent aujourd'hui, un concept incontournable dans le développement de l'enfant. Ce concept nommé : les « 1 000 premiers jours de l'enfant », souligne une période sensible à la sécurisation, à la santé et au bien-être de l'individu tout au long de la vie. Cette période s'étend du 4^{ème} mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant. Dans le rapport rendu en septembre 2020 par le ministère des solidarités et de la santé, l'organisation du sommeil y est présentée comme un élément clé qui permet d'assurer un développement physique, émotionnel et cognitif optimal entre le nouveau-né et ses parents. [7]

La période de sommeil représente un temps de vulnérabilité pour l'homme, cela est encore plus vrai pour le nouveau-né comme peut en témoigner le danger de la mort inattendue du nourrisson (MIN). *L'association nationale des centres de références de la mort inattendue du nourrisson (ANCRéMIN)*, définit la MIN comme le décès subit d'un nourrisson de 1 mois à 1 an survenant alors que rien dans ces antécédents connus ne pouvait le prévoir. La MIN regroupe toutes les morts qui restent inexplicables malgré toutes les investigations entreprises. [8] La MIN touche entre 300 et 400 nourrissons par an, en France. Chaque année, environ 150 décès seraient évitables si les conseils de base étaient respectés. C'est donc un véritable enjeu de santé publique, même si la région PACA à le taux de MIN le plus bas de France. [9]

Les sages-femmes sont les professionnels médicaux de la périnatalité en première ligne dans l'éducation, la prévention et l'accompagnement à la parentalité. Afin de pouvoir soutenir les parents et leur prodiguer une éducation périnatale sur les questions qui touchent au sommeil partagé, il est intéressant de s'interroger sur comment et pourquoi les parents pratiquent le sommeil partagé.

Il en découle la question de recherche suivante : **Quelles sont les connaissances des parents pratiquant le sommeil partagé ?**

Ainsi, l'**objectif principal** est d'identifier les connaissances des parents qui pratiquent le sommeil partagé à travers un état des lieux des pratiques dans la ville de Marseille.

Pour cela, les **sous-objectifs** de cette recherche sont :

- Rechercher les raisons qui ont amené les parents à faire du sommeil partagé
- Déterminer les modalités de couchage de l'enfant au sein du couple
- Identifier les sources d'informations
- Évaluer l'influence de l'environnement social et familial sur la pratique

2. MATERIELS ET METHODE

2.1 Protocole d'étude

Cette étude est rentrée dans le domaine de la santé publique et de l'éducation à la santé par une approche sociologique.

Pour rappel, l'objectif de cette étude a été de recueillir les habitudes et les connaissances des femmes pratiquants le sommeil partagé à Marseille. Il s'agit donc d'étudier un domaine complexe qui, de par ses dangers, a fait l'objet de nombreuses polémiques.

Le choix du protocole de recherche s'est porté sur une démarche quantitative. En effet, les études quantitatives permettent de recueillir des informations dont l'analyse statistique permet de mieux comprendre un phénomène, d'évaluer une action. [10]

L'étude a été de type descriptive, selon une méthode de recherche différentielle, puisqu'elle s'est intéressée aux facteurs de différenciation des individus et a étudié les variations de réponses des sujets sur un phénomène, le sommeil partagé. Ceci dans le but d'apporter une information aux professionnels de santé et à la population pour éclairer l'état d'un phénomène. [10, 11]

L'étude a eu lieu sur l'ensemble de la commune de Marseille, sur une durée de 11 mois, de février à fin décembre 2021. Un questionnaire a été mis en place afin de sélectionner la population à étudier.

2.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion de la population ont été les suivants : habiter sur la commune de Marseille, avoir un enfant âgé de moins de 3 ans (inclus) et avoir fait du sommeil partagé exclusivement ou occasionnellement.

Ont été exclus de l'étude, les parents n'habitant pas dans la ville de Marseille et n'ayant jamais pratiqué le sommeil partagé. Ainsi que les questionnaires avec des données manquantes ou bien avec des réponses ininterprétables ou contradictoires.

2.3 Variables mesurées

Les variables qui ont été explorées lors de l'étude sont :

- La consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances des participantes
- Le niveau socio-économique de la population
- Le type de sommeil partagé (partage du lit et/ou partage de chambre)
- La durée et la fréquence du sommeil partagé
- Les raisons ayant amené les participantes à faire du sommeil partagé ou les raisons ayant amené les participantes à ne pas faire cette pratique
- La pratique d'un allaitement maternel associé ou non au sommeil partagé
- Les modalités de couchage :
 - o La position de l'enfant dans le lit (sur le dos, ventre, côté)
 - o La surface (canapé, lit, chaise longue)
 - o L'environnement (couverture, doudou, oreiller...)
 - o Le contexte (maladie)
- Les sources d'informations et de prévention sur la pratique du sommeil partagé
- L'accompagnement et le soutien de l'entourage
- Notion des risques du sommeil partagé

2.4 Modalités du recueil de données

→ L'outil de recueil :

L'outil de recueil choisi a été le questionnaire car il a permis d'avoir un échantillon large avec une population pouvant être dispersée géographiquement, à un coût relativement peu élevé. Il a contribué à la fiabilité de l'étude en favorisant une meilleure uniformité puisqu'il n'y a pas de variantes dans l'interrogation. Le questionnaire a permis également d'atténuer les erreurs puisqu'il n'y a pas de possibilité pour l'intervieweur d'influer sur les réponses de façon intentionnelle ou non. [11] Le questionnaire a également permis d'obtenir des données ciblées qui ont amené à la réalisation de l'étude statistique attendue.

Le questionnaire était composé de 28 questions préformées et semi-ouvertes, d'une durée de 5 minutes maximum et garantissant l'anonymat de la personne. (annexe 1) Ce type de question a d'abord permis d'obtenir des données descriptives qui ont renseigné sur la pratique ou non du sommeil partagé de la population étudiée. Puis des données explicatives de la façon de faire du sommeil partagé des participantes.

→ Modalités pratiques :

Afin d'évaluer la qualité, la faisabilité et la compréhension du questionnaire auprès des personnes interrogées, 10 questionnaires ont été distribués dans un cabinet de sages-femmes libérales échographistes « *La Cigogne* » situé dans le 2^{ème} arrondissement de Marseille. Les retours des testeurs ont permis d'apporter des éléments de correction au questionnaire pour le rendre plus intelligible.

Par la suite, le questionnaire a été distribué dans d'autres endroits, notamment la salle d'attente d'un second cabinet de sages-femmes libérales dans le 7^{ème} arrondissement de Marseille, ainsi que dans les maternités de Beauregard et Bouchard. En effet, la maternité de Beauregard a autorisé la diffusion de ce questionnaire en format papier dans la salle d'attente du service prénatal et le service post-natal de la maternité de Bouchard a permis la distribution du questionnaire aux accouchées.

En plus des questionnaires format papier distribués, des affiches avec un QR code ont été mises dans des endroits stratégiques de ces cabinets médicaux afin d'attirer l'attention des patientes (annexe 2). Ce QR code a permis aux patientes d'avoir accès au questionnaire en ligne directement sur leur smartphone. Ce dispositif a été créé dans le but de faciliter la tâche aux participants n'ayant pas de stylo à leur disposition. Le questionnaire en ligne a été réalisé via le logiciel « survio ». Afin d'obtenir le plus de réponses possibles, une diffusion par les réseaux sociaux a également été effectuée. Par la suite, les questionnaires remplis ont été transférés directement sur mon « espace personnel » du logiciel, ce qui a facilité l'analyse des données.

Le traitement simple des données a été fait avec le logiciel Excel. Les données recueillies ont été, dans un 1^{er} temps, rapportées dans un tableau « variables/individus » dans le but de faciliter leur traitement statistique. (annexe 3) Dans un 2nd temps, les données ont été classées dans le but de répondre aux différents objectifs de l'étude, afin d'établir un état des lieux le plus complet possible.

3. RÉSULTATS

Les résultats obtenus ont permis de répondre à l'objectif principal énoncé initialement : identifier les connaissances des parents qui pratiquent le sommeil partagé à travers un état des lieux des pratiques dans la ville de Marseille.

Cette étude a également permis de répondre en partie aux sous-objectifs choisis à savoir : rechercher les raisons qui ont amené les parents à faire du cododo, déterminer les modalités de couchage de l'enfant au sein du couple, identifier les sources d'informations et évaluer l'influence de l'environnement social et familial sur la pratique.

Plus de 500 questionnaires remplis ont été obtenus. Après triage, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion énoncés précédemment, **202 questionnaires** ont été retenus pour l'étude. Nous avons pu remarquer que 78% des réponses se sont faites via le questionnaire en ligne, soit 34% par le biais du QR code et 44% par le biais des réseaux sociaux. Et 22% des réponses se sont faites via la version papier.

La présentation des résultats a été divisée en plusieurs parties, chacune essayant de répondre aux objectifs fixés par l'étude.

3.1 Caractéristiques de la population

La population est exclusivement composée de femmes. L'âge moyen des femmes est de 32 ans avec des âges qui s'échelonnent de 20 à 53 ans.

91% des participantes étaient en couple au moment de l'étude et 9% étaient célibataires.

Au moment de l'étude 54,5% des femmes n'avaient qu'un seul enfant. Et 45.6% des femmes avaient deux enfants ou plus.

Dans cette étude, la prévalence du sommeil partagé était de 92,1% et le taux d'allaitement était de 76%.

Concernant le niveau d'étude, la majorité des femmes (44,6%) ont eu une licence et/ou un master, 15,8% n'ont pas été jusqu'au baccalauréat et 7,4% ont été jusqu'au doctorat. (figure 1)

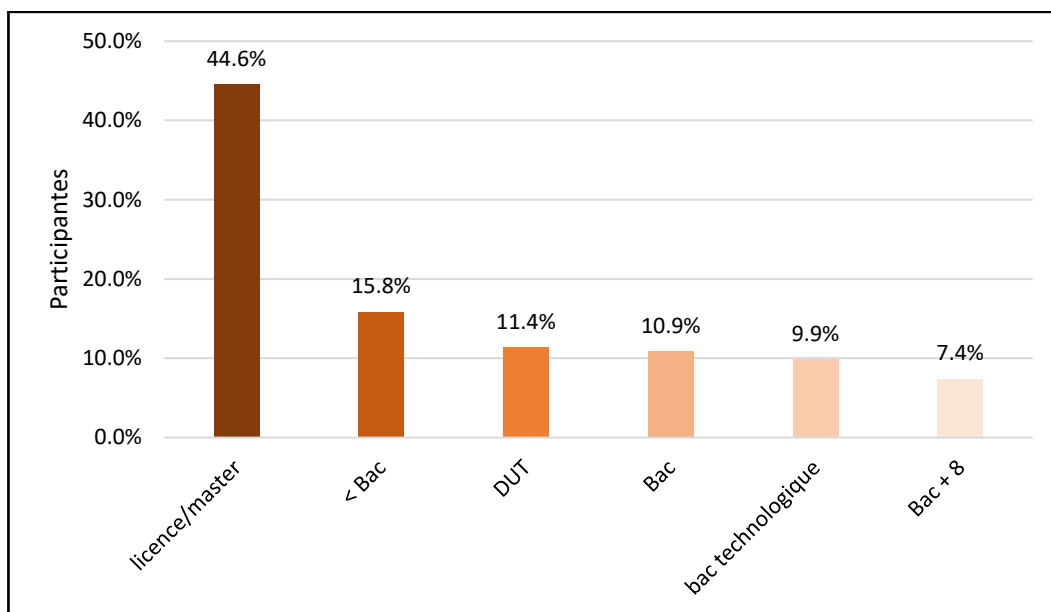


Figure 1 : Niveau de formation des participantes

Concernant la consommation de substances psychoactives par les parents partageants la chambre de l'enfant au moment de l'étude, 32,2% des mères ont fait du sommeil partagé avec consommation d'alcool et 12,9% avec consommation de tabac. (figure 2)

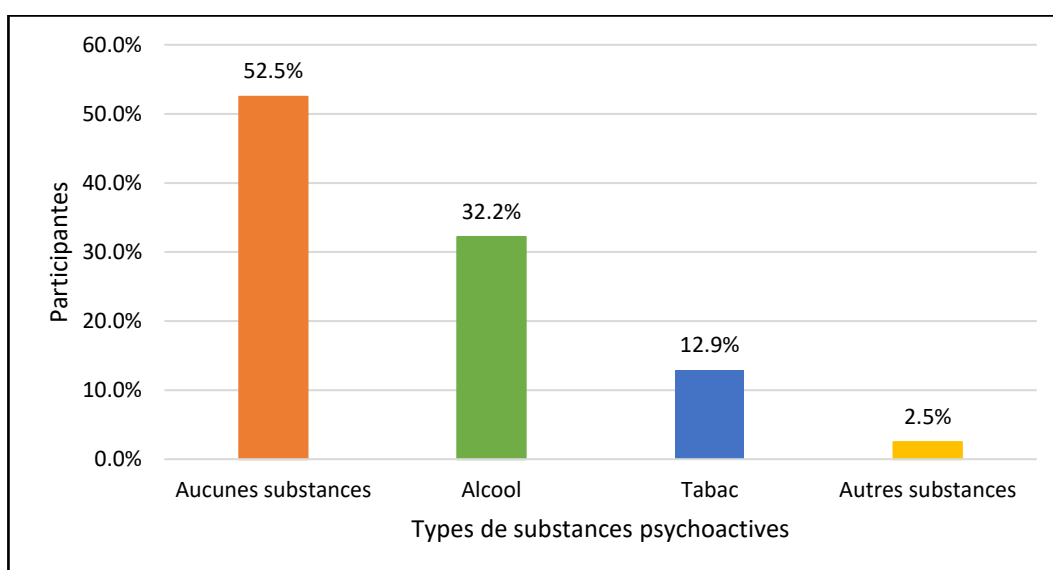


Figure 2 : Consommation de substances psychoactives des participantes

Une question du questionnaire portait sur la connaissance de la définition du sommeil partagé. Pour rappel, le sommeil partagé est défini comme une pratique permettant aux parents de partager les moments de sommeil avec leur enfant, soit via une même surface (partage de lit), soit sur des surfaces différentes (partage de chambre). De ce fait, l'étude a rapporté que 76% des femmes ont fait du partage de lit avec leur enfant, et 58% des participantes ont fait du partage de chambre.

À noter que pour 59% des participantes, le terme « sommeil partagé » n'inclus pas la notion de partage de chambre.

3.2 Le sommeil partagé, pourquoi ?

Dans un premier temps, il a été demandé aux participantes qui ont pratiqué le sommeil partagé de nous renseigner sur les raisons qui les ont poussé à dormir avec leur enfant. Les résultats ont été regroupés dans le graphique ci-dessous. (figure 3)

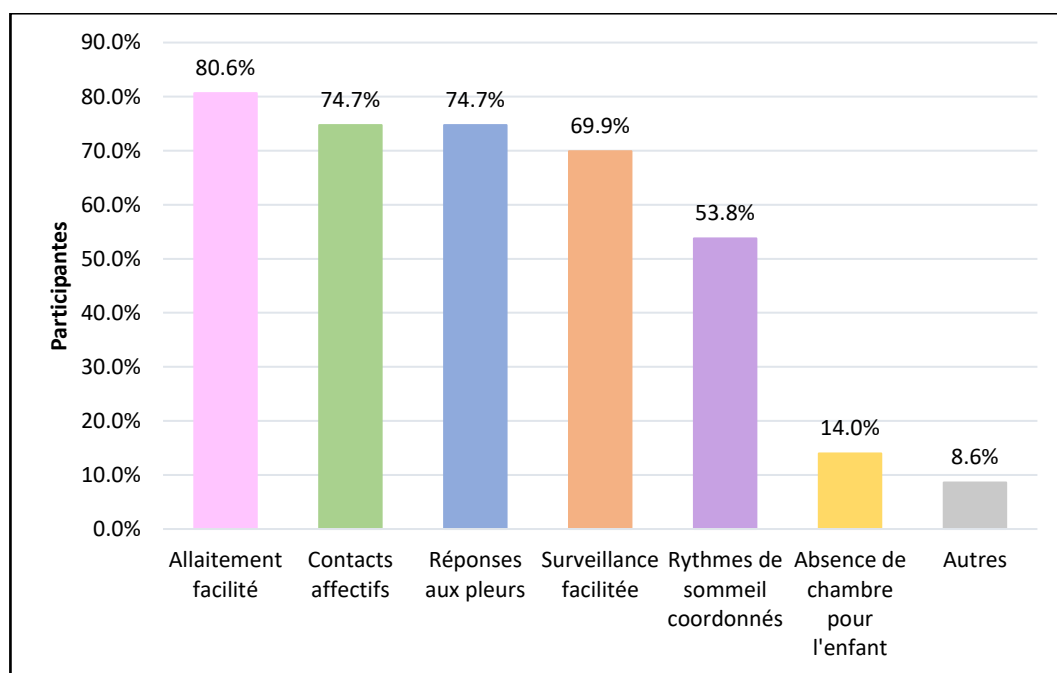


Figure 3 : Les raisons pour faire du sommeil partagé selon les mères qui l'ont pratiqué

8,6% des participantes ont exprimé d'autres raisons :

- Le besoin de répondre aux besoins de l'enfant
- À la suite d'une césarienne, plus facile et moins douloureux pour la mère
- Cela permet de ne pas réveiller la fratrie
- Habitude culturelle, l'instinct maternel

Si la grande majorité des participantes ont fait du sommeil partagé (92,1%), on a pu remarquer que 7,9% ne l'ont jamais fait. Ainsi le graphique ci-dessous nous indique les raisons des participantes qui n'ont jamais pratiqué le sommeil partagé. (figure 4)

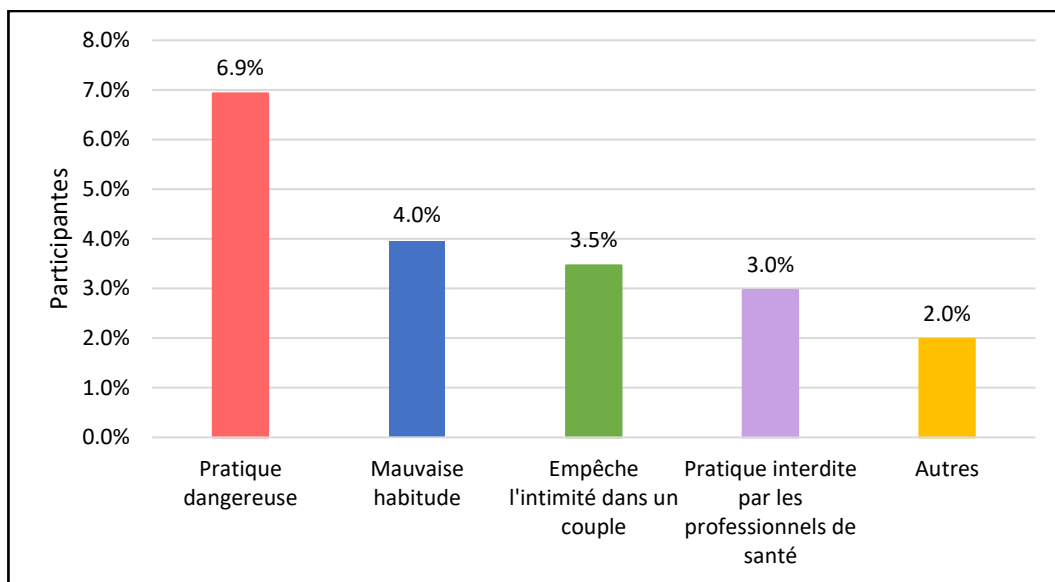


Figure 4 : Les raisons contre le sommeil partagé selon les mères qui ne l'ont pas pratiqué

Il a été retrouvé pour 2% des femmes n'ayant pas fait de sommeil partagé, des réponses autres que ce qui était prévu par le questionnaire :

- Un des parents ne souhaite pas pratiquer le sommeil partagé
- Ne pas arriver à dormir à cause des « bruits » fait par le nouveau-né
- Critique de la famille et/ou des amis

Dans un second temps, il a été demandé aux participantes si elles pensaient que le sommeil partagé pouvait engendrer des risques pour l'enfant. 46% des femmes ont répondu « oui ». La question ouverte a permis aux femmes qui ont répondu « oui » d'expliquer quels étaient ces risques selon elles. Les résultats ont été répertoriés dans le graphique ci-dessous. (figure 5)

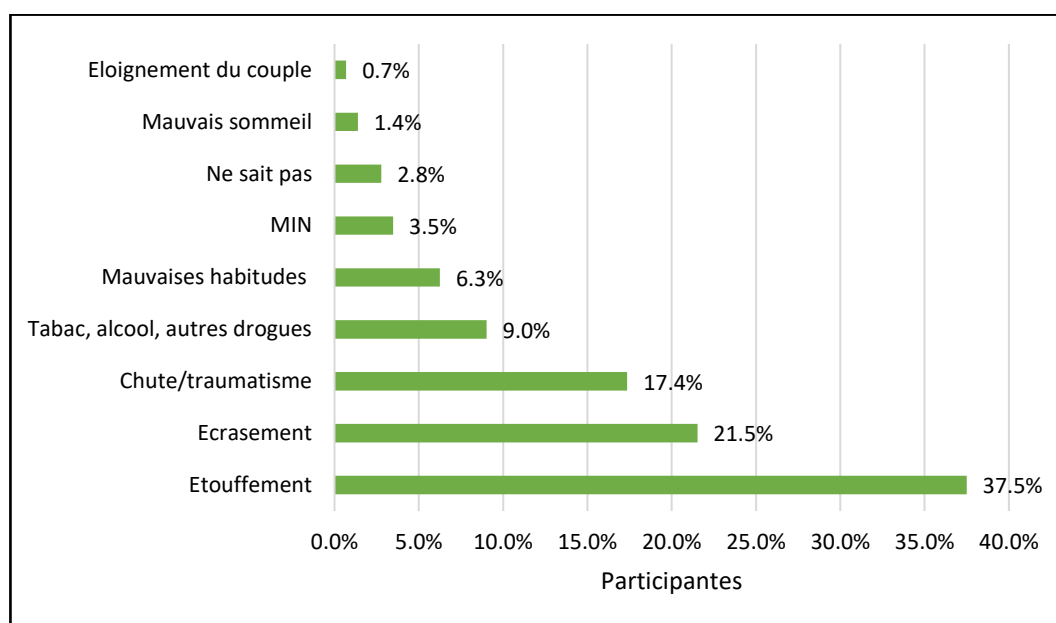


Figure 5 : Risques du sommeil partagé d'après les mères

Enfin, il a été demandé aux participantes si elles ont déjà dormi avec leur enfant lorsque celui-ci est malade. L'étude a montré que 93% des participantes l'ont déjà fait.

3.3 La pratique du sommeil partagé

La suite de l'étude s'est focalisée seulement sur les personnes ayant pratiqué ou pratiquant encore le sommeil partagé. D'abord, il leur a été demandé combien de temps avait duré cette pratique : il en est ressorti une moyenne de 11 mois de sommeil partagé. Aux extrémités, on retrouve une durée de 1 mois pour le minimum et de 36 mois pour le maximum.

Ensuite, l'environnement de la chambre à coucher a été décortiqué par le biais de questions préformées, de la façon suivante :

→ Quel type de surface a été utilisé dans le sommeil partagé. (figure 6)

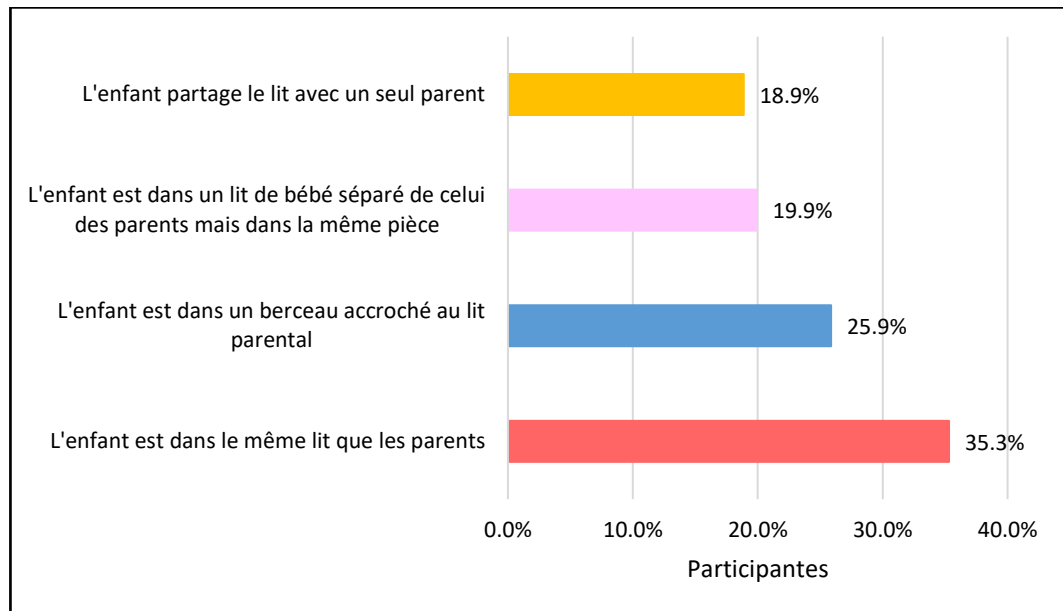


Figure 6 : Méthodes de sommeil partagé des participantes

Si les parents ont partagé le lit parental avec leur enfant, il leur a été demandé de préciser où était situé le nourrisson dans le lit. Les résultats ont montré que 45% des enfants ont dormi sur le côté du lit parental et 55% entre les deux parents.

Il a également été demandé aux participantes si elles ont déjà dormi avec leur enfant sur une autre surface, par exemple un canapé ou une chaise longue. Les résultats ont montré que 39% des participantes ont déjà eu recours à une autre surface de sommeil que le lit.

→ Quelle position avait le nourrisson pour dormir. (figure 7)

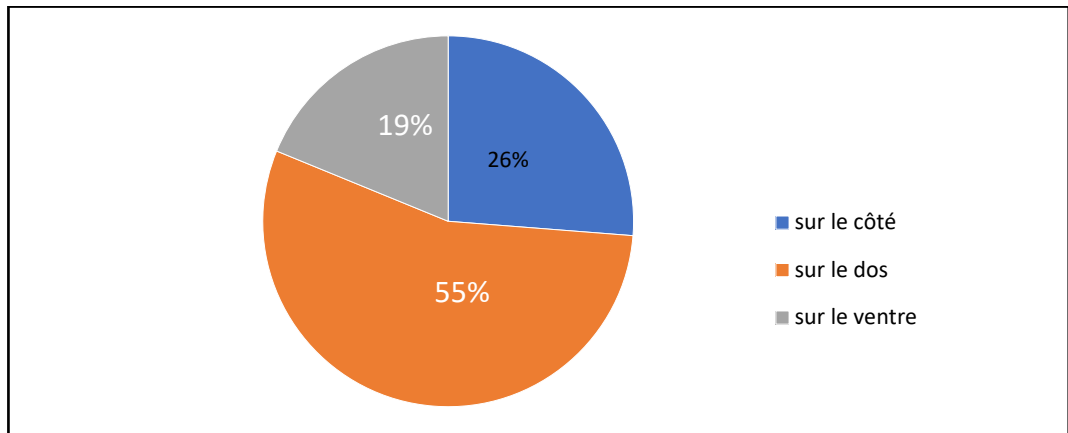


Figure 7 : Position de l'enfant dans le lit

→ Quels objets étaient présents dans le lit où l'enfant a dormi. (figure 8)

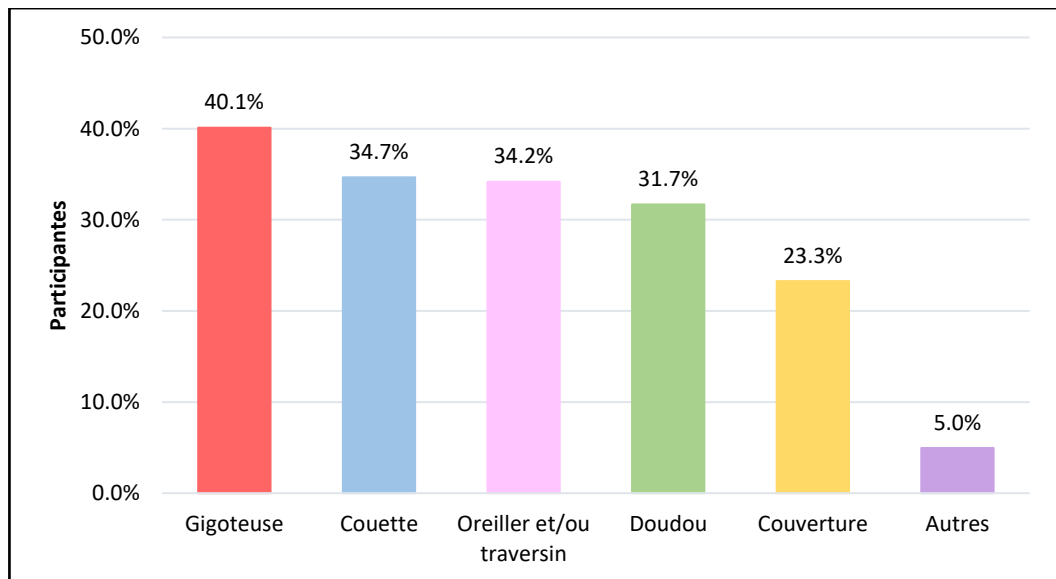


Figure 8 : Présence d'objets dans le lit de l'enfant

5% des participantes ont mentionné d'autres objets que ceux évoqués dans le questionnaire :

- Un nid d'ange
- Le bras d'un parent entourant le nouveau-né
- Un tour de lit

3.4 Identifier les sources d'informations sur le sommeil partagé

Par la suite, une partie du questionnaire a été consacrée sur la présence ou non d'informations données aux participantes concernant le sommeil partagé, ainsi que les personnes qui ont donné cette information. (figure 9)

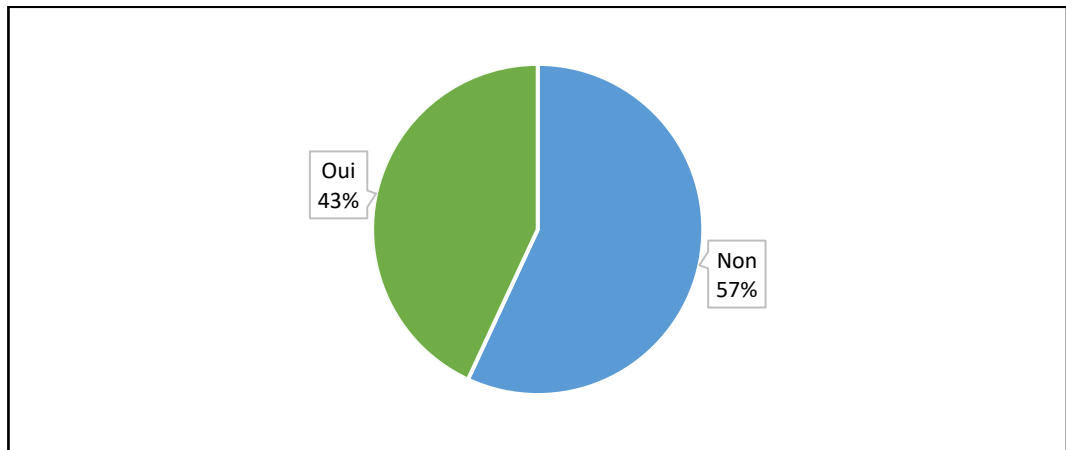


Figure 9 : Informations reçues

Parmi les mères qui ont reçu des informations (43%), les sources d'informations ont été recherchées. D'après ces résultats, la principale source d'information a été les réseaux sociaux ainsi qu'internet (67,8%). (figure 10)

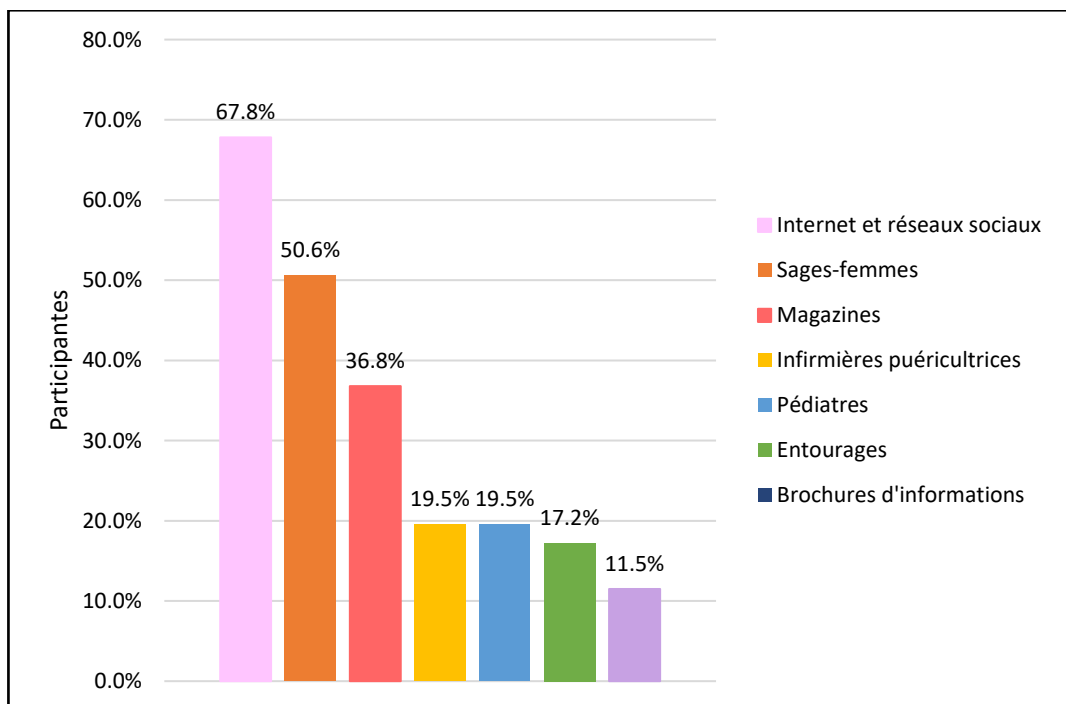


Figure 10 : Sources de l'information selon les mères

Parmi les 57% des mères n'ayant reçu aucune information, 97% auraient aimé en recevoir. D'après les participantes, le meilleur moment pour recevoir l'information serait majoritairement pendant la grossesse (78%). (figure 11)

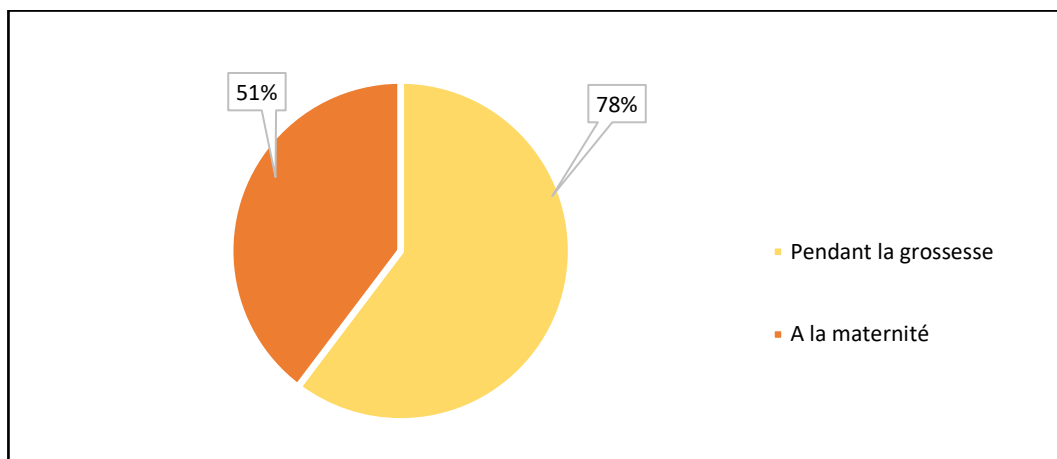


Figure 11 : Période souhaitée pour recevoir l'information selon la population

3.5 Lien entre l'informations et la notion de risque dans le sommeil partagé

Pour les femmes qui n'ont reçu aucune information (57%), 37% ont eu la notion de risque dans la pratique du sommeil partagé. Pour les femmes qui ont reçu des informations (43%), 56% ont dit qu'il peut y avoir des dangers dans cette pratique.

Et parmi les femmes ayant reçu des informations d'un professionnel de santé (25%), 62,7% ont exprimé la présence de risques dans le sommeil partagé. (figure 12)

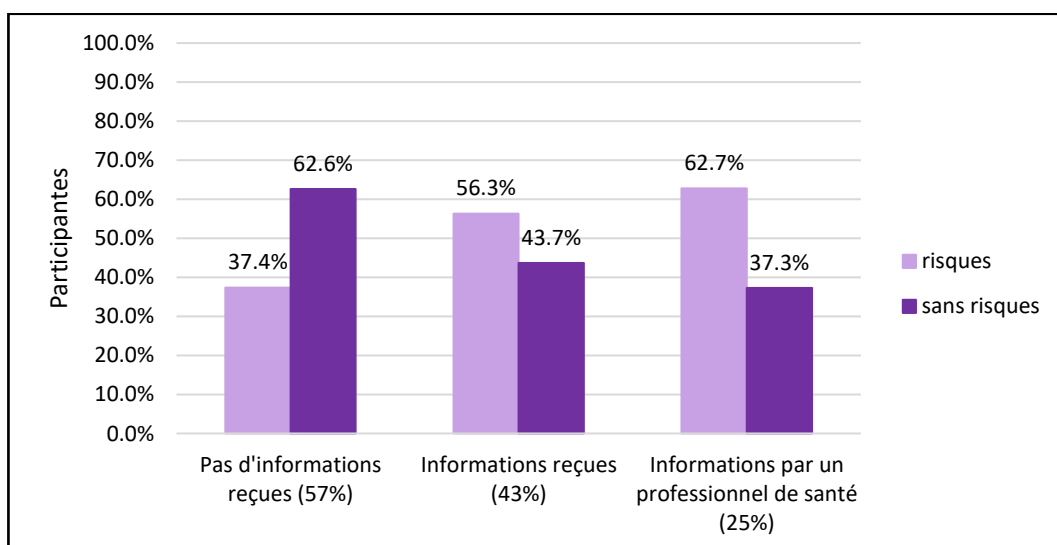


Figure 12 : Lien entre informations et notion de risque dans le sommeil partagé en pourcentage

3.6 Accompagnement des mères par leur entourage

Dans un dernier temps, il a été demandé aux mères si elles ont été accompagnées, par leurs proches (famille, ami(e)s, conjoint(e)...), dans leur démarche de faire du sommeil partagé avec leur enfant. L'étude a montré que 46,5% des mères ont été accompagnées et 53,5% des participantes n'ont pas reçu de soutien dans leur choix.

Il a également été recherché les raisons pour lesquelles les participantes n'ont pas reçu d'encouragement. Les résultats ont été regroupés dans le graphique ci-dessous. (figure 13)

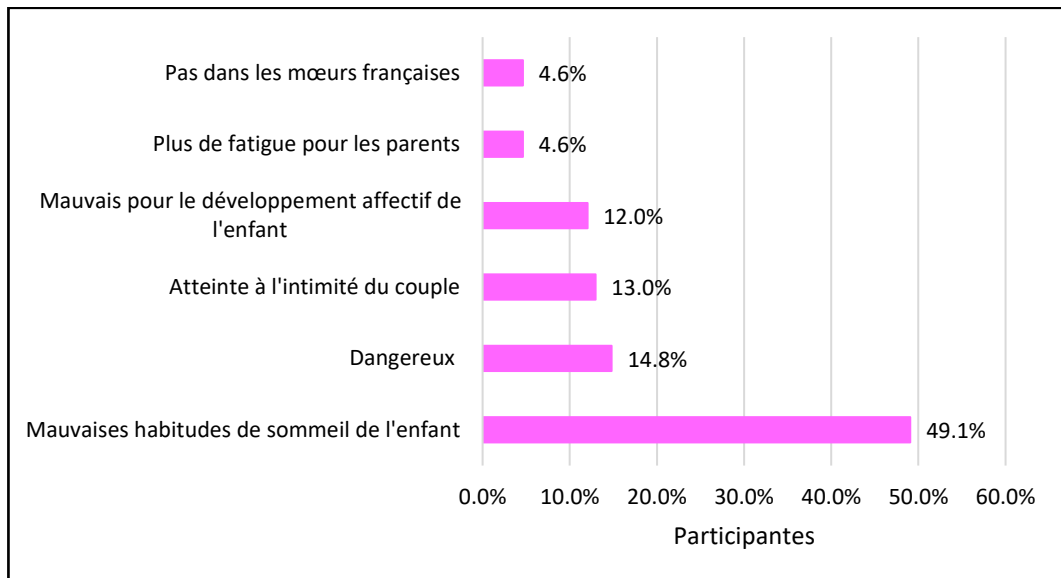


Figure 13 : Raisons de l'absence de soutien par les proches d'après les mères

On note également que 6,5% des participantes de l'étude ont gardé leur pratique secrète par peur du jugement de leur entourage. Et 4% des mères ont abandonné le sommeil partagé sous les conseils de professionnels de la santé.

L'étude a également montré que 57% des participantes auraient aimé appartenir à un groupe de parole sur le sommeil partagé.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1 Limites et biais de l'étude

Ce travail avait pour but d'établir un état des lieux des connaissances des parents sur le sommeil partagé. Pour cela, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive à type d'enquête à propos d'une pratique précise.

Les limites d'une étude quantitative tiennent en partie dans la capacité d'analyse des résultats obtenus. Ces résultats sont toujours signifiants, mais nous serions dans l'erreur de penser qu'ils sont une parfaite traduction de la question posée. Souvent, les participants s'emparent du questionnaire pour faire passer des messages et répondent parfois à des questions qui ne sont pas posées directement. Ainsi, à partir de réponses rationalisées, apparaît une vision globale de l'opinion, exprimée au-delà du questionnaire, et qui apporte souvent des informations parmi les plus utiles pour évaluer une pratique, telle que le sommeil partagé. [12]

De plus, il apparaît un biais de sélection car une partie de la population sélectionnée (22%) est issue de seulement 4 arrondissements de Marseille ce qui n'est pas représentatif de la population générale. Cependant, la majorité des participants de l'étude (78%) ont été recueillis sur les réseaux sociaux. Aujourd'hui, les réseaux sociaux étant accessibles à tous, cela a peut-être permis d'atteindre une plus large population issue des différents milieux sociaux-économiques de Marseille.

Le chercheur a également pu remarquer un biais de mesure. Nous notons une confusion au niveau de la question 12. Certaines réponses sont contradictoires, en effet quelques participantes ont répondu qu'elles avaient déjà pratiqué le sommeil partagé mais ont coché la question suivante, qui portait sur les raisons de ne pas avoir fait de sommeil partagé, question qui était valable seulement en cas de réponse négative à la précédente. Le chercheur a choisi de ne pas prendre en compte ces réponses-ci.

Concernant la question sur la présence de risques dans le sommeil partagé, nous avons décidé de la laisser ouverte afin de ne pas influencer les participantes en proposant une liste de dangers qu'elles auraient peut-être cochée alors qu'elles n'y avaient jamais pensé avant. Mais un certain nombre de participantes se sont contentées de répondre « oui » sans développer.

Enfin, concernant l'environnement de la chambre où l'enfant dort, un facteur important dans les bonnes pratiques du sommeil partagé, a été oublié. En effet aucune question ne portait sur la température de la pièce.

4.2 Participation

Le taux de réponse à l'enquête est de 41% pour les questionnaires papiers déposés dans les différents lieux d'exercice. Ceci s'explique surtout par un non-retour des questionnaires donnés aux patients. Le taux de réponse est de 74% pour le questionnaire en ligne. Plusieurs questionnaires en ligne n'ont pas été complétés en entier, ce qui peut s'expliquer soit par un questionnaire trop long, soit par manque de temps, soit par un désintérêt pour le sujet, soit parce qu'il ne connaissait pas les réponses. Le taux d'abstention peut aussi s'expliquer par le fait que le sommeil partagé est un terme encore assez méconnu.

De plus, 100% des participants à l'étude sont des mères, nous ne pouvons donc pas donner de vision du côté paternel. Il sera intéressant de s'y intéresser ultérieurement.

4.3 Discussion des résultats

→ Connaissances des bienfaits du sommeil partagé

Le sommeil des nourrissons est, en France, une véritable source d'ennui. Les réveils nocturnes incommodes les parents qui essaient, tant bien que mal, « d'apprendre à dormir normalement » à leurs enfants, et ce dès l'âge de quelques semaines. Or, d'après le professeur et psychiatre Edouard Zarifian, il n'y a pas de sommeil « normal », il y a seulement l'idée que la société se fait du sommeil. [13] La réalité physiologique est que chez le nouveau-né les cycles de sommeil sont beaucoup plus courts que ceux de l'adulte (50 minutes contre 90 minutes) avec un sommeil plus fragile. Ce qui peut amener le bébé à se réveiller entre chaque cycle. L'anthropologue James McKenna relie ces réveils nocturnes à l'immaturation du cerveau du nouveau-né qui répondrait à un besoin physiologique. De plus, on sait qu'une des causes de MIN est un trouble du mécanisme d'éveil (ainsi que les infections respiratoires, les maladies métaboliques, l'asphyxie...). Ainsi, les réveils nocturnes joueraient un rôle dans la prévention de la MIN. [14]

En cas de sommeil partagé, le sommeil des bébés est marqué par plus de sommeil léger, plus de réveils, une augmentation du nombre de tétées nocturnes, plus de contact physiques mère/enfant et plus de surveillance maternelle. [15] Ainsi, une étude européenne, déclare que dormir avec son enfant dans le même lit représente un important facteur de risque de MIN (surtout en association avec du tabagisme) tandis que dormir dans la même chambre avec des lits séparés serait un facteur protecteur de la MIN pour les raisons évoquées ci-dessus. [16]

Un autre avantage au sommeil partagé serait son rôle essentiel dans le processus d'attachement entre l'enfant et ses parents dès la naissance. La proximité permet au bébé d'être rassuré. Les tenants de la théorie de l'attachement comme Mary Ainsworth, Haft ou Bowlby insistent tous sur l'importance de la sensibilité de la mère aux signaux émis par l'enfant ainsi que de sa capacité à y répondre. [15] « *L'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère.* » Il va donc permettre d'influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. [17]

Ici l'étude a montré que les raisons des femmes d'avoir fait du sommeil partagé sont toutes en lien avec la réponse à un besoin de l'enfant. En effet, l'allaitement maternel facilité (80,6%), répondre aux pleurs du bébé (74,7%), la facilité du contact affectifs (74,7%), la surveillance facilitée de l'enfant (69,9%) sont les principales raisons qui ont poussé ces femmes à dormir avec leur enfant. De plus, la question semi-ouverte du questionnaire a permis à certaines participantes d'exprimer d'autres raisons : « le besoin de répondre aux besoins de l'enfant », le terme « instinct maternel » a également été employé. Ainsi il semblerait que, lorsqu'on leur laisse la possibilité, les mères connaissent les besoins de leur enfant et savent y répondre, sans intervention extérieure.

Toutefois, les mères pratiquant le sommeil partagé doivent, bien souvent, faire face à des avis contraires des membres de leur famille ou amis. Ici, 53,5% des mères ont déclaré ne pas avoir reçu de soutien ni d'accompagnement dans leur démarche. En effet, les raisons les plus retrouvées sont : donner de mauvaises habitudes de sommeil à l'enfant (49%), pratique dangereuse (14,8%), une atteinte à l'intimité du couple (13%), une pratique mauvaise pour le développement affectif de l'enfant (12%).

À noter également que 6,5% des participantes ont déclaré avoir gardé leur pratique secrète par « peur du jugement de leur entourage ». Et 4% des mères ont abandonné le sommeil partagé sous les conseils de professionnels de la santé.

→ Connaissances des risques du sommeil partagé

La majeure partie de la population de l'étude définit le sommeil partagé comme étant uniquement du partage de lit. En effet, seulement 41% des participantes incluent le partage de chambre dans l'expression « sommeil partagé ». Et pour cause ce terme étant très peu utilisé dans notre société (magazine, internet...), au profit du terme « cododo » qui désignerait, à ce moment-là, toute forme de sommeil de l'enfant en collaboration avec les parents. De façon plus précise, l'étude nous a montré que les femmes associent le sommeil partagé avec soit du partage de lit, soit avec le lit en side-car, appelé lit cododo. De ce fait, l'étude a rapporté que 35,3% des femmes ont fait dormir leur enfant dans le lit parental avec les deux parents, 18,9% avec un seul parent, 25,9% dans un lit en side-car et 19,9% des participantes ont fait du partage de chambre, l'enfant dans un lit séparé.

Dans cette étude, parmi les 76% des femmes ayant fait du partage de lit, 55% des enfants dormaient au milieu du lit entre les deux parents, et ce pendant toute la nuit pour environ 74% des participantes. Toutefois, d'après de nombreuses études, la pratique du partage de lit est dangereuse et est indéniablement un facteur de risque de la MIN. [18, 19]. De plus, on remarque que seulement la moitié des mères ont fait dormir leur enfant en décubitus dorsal (55%). On retrouve le décubitus ventral dans 19% et le décubitus latéral dans 26% des foyers. Or, depuis plus de 20 ans, la position de sommeil en décubitus ventral a été dénoncée comme un facteur de risque majeur de la MIN. [20] Il en est de même avec le décubitus latéral. Ceci est d'autant plus vrai pour les prématurés et les petits poids de naissance. [21]

À noter également que des études européennes ont révélé que le partage d'un canapé pour dormir avec le nourrisson représente un risque encore plus élevé de MIN. [22, 23] Ici, 39% des mères ont fait du sommeil partagé dans un canapé avec leur nourrisson.

L'environnement du couchage est également à prendre en compte dans la lutte contre la MIN. En effet, le risque augmente, d'une part avec l'utilisation de couvertures, couettes, peluches, oreillers, le risque le plus redouté étant l'étouffement et d'autre part lorsque l'enfant est malade avec le risque d'une hyperthermie maligne en cas d'infection. [24] Ici, 93% des mères ont déclaré avoir fait du sommeil partagé avec leur enfant malade.

De plus, dans la question à choix multiples du questionnaire concernant l'environnement de couchage des enfants des participantes, on remarque que celui-ci regroupe plusieurs objets « nocifs » au sommeil sécore de l'enfant en bas âge. On note environ 40% des enfants dormant dans une simple gigoteuse. Pour ce qui est des autres, on retrouve dans le lit au moins une couette, un oreiller, une peluche, quand les objets ne se multiplient pas.

Ceci peut s'expliquer par une connaissance des risques du sommeil partagé erroné ou mal connu. Comme le montre les résultats de cette étude, la moitié des femmes (54%) pensent qu'il n'y a pas de risque dans cette pratique. Parmi les femmes qui avaient connaissance des risques, seulement 37,5% des mères ont cité le risque d'étouffement et 3,5% ont mentionné le risque de MIN. Le tabagisme est aussi très peu évoqué. 9% des participantes pensent que la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances psychoactives puisse être nocive pour leur enfant lors de son sommeil. Aucune ne cite la position non dorsale ou encore la présence de coussin/couverture. Ainsi on peut dire que la connaissance des recommandations pour pratiquer le sommeil partagé de façon sécuritaire n'est pas optimale.

De ce fait, l'étude a permis de remarquer également que plus de la moitié des participantes (57%) n'avaient reçu aucune information et aucun conseil sur le sommeil partagé. Parmi celles qui en ont reçu, seulement 25% ont été faites par un professionnel de la santé. Toutefois, ces chiffres sont à considérer avec précaution puisqu'ils sont basés sur les déclarations des mères. Elles ont peut-être été informées, notamment à la maternité, mais devant le nombre d'informations reçues, elles n'ont pas tout retenu. Il est également possible que le terme « sommeil partagé » n'ait pas été celui employé par les professionnels. Cela ne signifie pas qu'aucun conseil sur le couchage des nouveaux-nés n'a été transmis.

Parmi les professionnels de la santé, le principal informateur dans cette étude est la sage-femme (50,6%), ceci peut s'expliquer par le fait que la plupart des suivis de grossesse sont réalisés par les sages-femmes. De plus, elle est aussi présente à l'accouchement et pendant toute la durée du post-partum. Ce qui fait des sages-femmes, le principal interlocuteur des femmes. La sage-femme est aujourd'hui présentée dans le rapport des 1 000 premiers jours comme le professionnel médical de premier recours auprès des parents et nous voyons notamment comment, sur la question du sommeil, cette place est importante.

De la même façon, on a pu remarquer que les magazines (36,8%) et internet, notamment les réseaux sociaux (67,8%), occupent une place importante dans l'accès aux informations. Ce qui peut se justifier par leur utilisation facile et leur rapidité pour accéder aux informations recherchées. Cependant, des études portant sur l'environnement de sommeil du nourrisson décrit sur internet et dans les magazines, ont démontré que seulement 43,5% des sites internet et 1/3 des images dans les magazines communiquaient de véritables informations conformes pour un sommeil partagé sécuritaire. [25, 26] Ainsi, ils ne sont pas les sources les plus fiables pour la sécurité des nourrissons.

Parmi les femmes qui n'avaient pas obtenu d'information sur le sommeil partagé, cette étude a montré que 97% d'entre elles auraient aimé en avoir de la part d'un professionnel de la santé. Elles sont demandeuses d'informations pour la majorité (78%) pendant la grossesse. En effet selon les mères, le séjour à la maternité ne semble pas être le moment le plus adéquat probablement en raison du nombre important d'informations qui leurs sont déjà données. L'entretien prénatal précoce qui sera obligatoire au 1^{er} juillet 2022 [27], peut s'avérer être un moment fort utile pour échanger avec les parents sur cette pratique et ses bonnes pratiques quand il est démontré que la plupart des parents recourent au sommeil partagé par la force des choses dans les premières semaines post-natales et du retour à domicile. [28]

Parmi les mères ayant reçu des recommandations de la part de professionnels de la santé, la majorité (62,8%) considèrent qu'il y a des risques pour le nourrisson et seulement 37,3% pensent qu'il n'y en a pas. En revanche 62,6% des mamans n'ayant pas reçu de recommandation, considèrent qu'il n'y a pas de risque pour leur enfant et seulement 37,4% pensent qu'il y en a. Cette différence significative entre ces deux groupes montre l'importance et l'impact positif que peut avoir la prévention et l'information.

Pour finir, quelques rappels sur les recommandations actuelles à propos du sommeil partagé, définies par la Haute Autorité de Santé en 2020 [29] :

- L'enfant doit être couché en décubitus dorsal dans un lit adapté avec un matelas ferme, installé dans une turbulette adaptée, sans oreiller ni couette ni peluche
- La chambre doit avoir une température ambiante modérée (18-20°)
- Sans exposition au tabac.
- L'enfant se trouvant, idéalement, dans la chambre des parents au moins les 6 premiers mois de vie, sans partage du lit parental.

5. CONCLUSION

Le sommeil partagé ou co-sleeping suppose une certaine proximité entre l'enfant et les parents, ce qui permet une vigilance constante, une réponse immédiate aux besoins de l'enfant ainsi que la pérennisation de l'allaitement maternel. Dans le monde pratiquement toutes les cultures (autre que la culture occidentale contemporaine) pratiquent ou ont pratiqué le sommeil partagé et ce depuis que l'humanité existe. Alors qu'il existe encore quelques réticences dans certaines régions occidentales, l'UNICEF prône le sommeil partagé afin de favoriser l'allaitement maternel (annexe 4).

Aujourd'hui, la France fait face à une population de plus en plus attentive à l'écologie, au « naturel » ce qui favorise une tendance à l'augmentation du sommeil partagé dans les foyers français. Et bien qu'il n'y ait pas eu d'étude sur la prévalence du sommeil partagé en France depuis 2004, il existe possiblement une discordance entre les discours officiels et la réalité, le sommeil partagé étant probablement beaucoup plus fréquent qu'il ne l'est avoué. Il serait également intéressant, à présent, d'interroger et de s'intéresser aux pères concernant la pratique du sommeil partagé, d'autant que cette pratique touche à la vie familiale et conjugale et à son bien être au travers de l'environnement de la pratique du sommeil de toute la famille.

Cette étude avait pour but d'observer l'état de la pratique du sommeil partagé à Marseille et surtout les connaissances des parents à ce sujet. Tandis que les femmes connaissent les bienfaits que peut apporter le sommeil partagé sur le bien-être du couple parents/enfant, nous avons pu observer que les connaissances en matière de risques et de recommandations n'étaient pas optimales, ce qui confirme les résultats des études précédentes de Riquet al. (2021). En effet, elles n'ont pas suffisamment de connaissances sur les situations à risques dans lesquelles il faut éviter de le pratiquer (maladie, alcool, tabac) et particulièrement sur le risque de MIN en cas de partage de lit. L'étude a également montré un manque d'information de la part des professionnels de la santé.

L'accès à l'information étant la seule source possible pour obtenir les connaissances nécessaires afin de permettre un sommeil plus sécuritaire des nourrissons et en vue de diminuer le nombre de MIN, la prévention et l'éducation restent les meilleures solutions. Celle-ci doit commencer durant la grossesse, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), puis se poursuivre à la maternité ou un entretien « par » groupe peut s'avérer fort utile sur cette question [30].

La sage-femme se trouve être le professionnel médical de premier recours le plus approprié auprès des parents car elle est présente à toutes les étapes comme exposé dans le rapport des 1 000 premiers jours (annexe 5).

Les sages-femmes travaillent en collaboration avec les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, puéricultrices et tous les autres professionnels en contact avec les mères et/ou les nouveaux-nés, qui ont tous pour devoir de délivrer une information éclairée, appropriée et compréhensible par tous, sur les conditions de couchages du nourrisson.

6. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cododo - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert
- [2] Didierjean-Jouveau C.S. Le cododo : pourquoi, comment. Répondre aux besoins de l'enfant la nuit aussi. 2nd ed. Éditions Jouvence ; 2018
- [3] Riquet S, Roussel M, Vigie M, Zakarian C, Hassler P. Le sommeil partagé : parental proximal pour l'enfant dans ses 1 000 premiers jours. *Rech Soins Infirm.* 2021 Jun;(145):79-90.
- [4] Roques N. Dormir avec son bébé. 1^{ère} ed. Éditions L'Harmattan ; 2002
- [5] Streicher M, Undreiner F, Escande B. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. *Arch Pédiatrie.* 2004;11(6):739-72.
- [6] Bilan démographique 2021 : des naissances en hausse et une mortalité en baisse [Internet]. Vie publique.fr. [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/283319-bilan-demographique-2021-naissances-en-hausse-et-mortalite-en-baisse>
- [7] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1 000 premiers jours. Rapport de la commission [En ligne]. Paris: DGCS; 2020. [cité le 4 février 2021]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- [8] Beckwith JB. Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome. In Bergman AB, Beckwith JB, Ray CG (eds). Sudden infant death syndrome: proceedings of the second international conference on the causes of sudden death in infants. University of Washington Press. Seattle, 1970, pp 14-22
- [9] Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans : enquête nationale 2007-2009 [En ligne]. Saint-Maurice: InVS; 2011. [cité le 30 avril 2021]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-morts-inattenduesdes-nourrissons-de-moins-de-2-ans.-enquete-nationale-2007-2009>
- [10] De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Éditions Nathan Universités : Paris,2003;127p

- [11] Brun D. Le recueil d'informations : méthode de questionnaires, d'entretiens et d'observations. Département de Pédagogie des Sciences de la Santé. UFR Léonard de Vinci, Bobigny;1999.117p
- [12] Stéphane WAHNICH, « Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique : trois méthodes d'approche des publics », *Bulletin des bibliothèques de France (BBF)*, 2006, n° 6, p. 8-12.
- [13] Zarifian E. Le prix du bien-être : psychotropes et société. Éditions Odile Jacob ; 1996
- [14] McKenna J. Safe Infant Sleep : Expert Answers to Your Cosleeping Questions. Editions Platypus Media ; 2020
- [15] Didierjean-Jouveau C.S, Israël J et McKenna J. Comment dorment les bébés : pour ou contre le sommeil partagé. Éditions Belin ; 2004
- [16] 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.
- [17] Bowlby J. Attachment and loss. Vol 1: Attachment. New York : Basic Books, 1969.
- [18] Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J et al. Sudden unexplained infant deaths in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004; 363(9404):185-91.
- [19] Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr* 2007; 96(10):1399-403.
- [20] Sénécal J, Roussey M, Defawe M, Delahaye M, Piquemal B. Procubitus et mort subite du nourrisson. *Arch Fr Pediatr*. 1987; 44(2):131-6
- [21] Blair PS, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ, CESDI SUDI Research Group. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants : an opportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child*. 2006; 91(2):101-6

[22] Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr.* 2005; 147(1):32-7.

[23] 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. *Lancet.* 2006; 367(9507):314-9.

[24] American Academy of Pediatrics. Task Force on sudden infant death syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and news variables to consider in reducing risk. *Pediatrics.* 2005; 116(5):1245-55.

[25] Joyner B, Gill-Bailey C, Moon R. Infant sleep environments depicted in magazines targeted to women of childbearing age. *Pediatrics.* 2009;124(3):416-422

[26] Chung M, Oden R, Joyner B, Sims A, Moon R. Safe infant sleep recommendations on the internet : let's google it. *J Pediatrics.* 2012;161(6):1080-1084

[27] Légifrance. CSP, partie législative. Livre Ier. Titre II. Chapitre II : examens de prévention durant et après la grossesse. Article L2122-1. Paris, décembre 2021. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398008/2022-07-01/

[28] Riquet S, Roussel M, Vigie M, Zakarian C, Hassler P. Le sommeil partagé : parental proximal pour l'enfant dans ses 1000 premiers jours. *Recherche en Soins Infirmiers* 2021;145:79-90.

[29] Fiche mémo préventions des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson, HAS fév 2020.

[30] Riquet S, Margat A, Giroguy C, Palmaccio G, Bechadergue V, Zakarian C. Évaluation et proposition d'un entretien éducatif en puériculture préparant à la sortie de la maternité. *Recherche en Soins Infirmiers* 2019;136:66-79.

7. ANNEXES

7.1 Annexe I : Le Questionnaire d'étude



Madame, Monsieur,

L'école de Sage-femme de Marseille réalise actuellement un travail de recherche sur la thématique du sommeil partagé. À travers mon mémoire de fin d'études, nous nous intéressons aux habitudes et aux pratiques des mères et pères d'aujourd'hui, particulièrement à ceux qui ont un enfant âgé de 0 à 3 ans.

Votre participation est donc primordiale et sera d'une aide précieuse pour faire avancer la recherche.

L'étude a pour but de faire un état des lieux de la pratique du sommeil partagé à Marseille ainsi que de vos connaissances sur le sujet, à travers un questionnaire anonyme, d'une durée de 5 minutes au total.

Merci par avance à chacun d'entre vous pour la contribution que vous apporterez à ce travail.

Bien cordialement,

Elodie Villard
Étudiante sage-femme

Pour mieux vous connaître :

1- Vous êtes :

- une femme
- un homme

2- Quel âge avez-vous ?ans

3- Dans quelle ville vivez-vous ?

4- Combien avez-vous d'enfants :

- 1
- 2
- 3
- ou plus

5- Consommez-vous du tabac ?

- oui
- non

6- Consommez-vous de l'alcool occasionnellement ou régulièrement ?

- oui
- non

7- Consommez-vous d'autres substances ?

- oui
- non

8- Vous vivez :

- seul(e)
- en couple (mariée ou non)

9- Quel est votre niveau de formation ?

- < Bac (brevet des collèges, BEP, CAP, sans diplôme)
- Bac général
- Bac technique et/ou Bac professionnel
- DUT, BTS
- Licence/Master
- Bac +8 Doctorat

Concernant la pratique du sommeil partagé :

10- Quel âge a votre enfant aujourd'hui ? (âge du dernier enfant si vous en avez plusieurs)

11- Vous désignerez le sommeil partagé comme :

- Partager la chambre parentale avec l'enfant pour dormir (l'enfant est dans un berceau dans votre chambre)
- Partager le lit parental avec l'enfant pour dormir (l'enfant est dans votre lit)

12- Avez-vous déjà pratiqué une de ces situations ? oui non, jamais

Si oui, laquelle :

- Partage de la même chambre
- Partage du même lit

Si non, pourquoi :

- Pour ne pas donner une mauvaise habitude à mon enfant
- C'est une pratique dangereuse
- Cela empêche l'intimité dans un couple
- C'est interdit par les professionnels de santé
- Autres :

13- Si vous n'avez jamais pratiqué le sommeil partagé, envisageriez-vous de le faire ? oui non

Si oui, comment :

- Partage de la même chambre
- Partage du même lit

Pour les personnes ayant pratiqué ou pratiquant le sommeil partagé :

14- Combien de temps a duré cette expérience du sommeil partagé entre vous et votre enfant ? (jours, semaines, mois, années) :

.....

Pouvez-vous préciser la méthode que vous avez pratiqué :

- L'enfant est dans le même lit que vous et avec votre conjoint(e)
- L'enfant est dans le même lit que vous mais sans votre conjoint(e)
- L'enfant est dans un berceau accroché à votre lit
- L'enfant est dans un lit pour bébé séparé du votre mais dans la même chambre

15- Si l'enfant est avec vous dans le lit, combien de temps y reste-t-il ?

- Toute la nuit
- Quelques heures

16- À quelle fréquence avez-vous pratiqué le sommeil partagé ?

- Toutes les nuits
- 1 fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 2 à 3 fois par mois
- 1 à 10 fois par an (environ 1 fois par mois)

17- Cette pratique était-elle accompagnée d'un allaitement maternel ?

- oui
- non

18- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à faire du sommeil partagé ?

- Allaitement maternel facilité
- Surveillance facilitée de l'enfant
- Réponses aux pleurs de l'enfant
- Rythmes de sommeil coordonnés entre votre enfant et vous
- Contacts affectifs avec votre enfant
- Absence de chambre pour l'enfant
- Autre :

19- Dans quelle position votre bébé dort ?

- sur le dos
- sur le ventre
- sur le côté

20- Si vous faites du partage de lit, où est votre bébé dans le lit parental ?

- au milieu du lit parental (entre les 2 parents)
- sur le côté du lit parental

21- Concernant l'environnement du lit où dort votre enfant, est-il pourvu :

- Une couette,
- Une couverture,
- Un oreiller, un traversin
- Un doudou, une peluche
- Une gigoteuse
- Autre :
.....

22- Pratiqueriez-vous le sommeil partagé pour faire une sieste sur un canapé ou une chaise longue ?

- oui
- non

23- Feriez-vous ou avez-vous fait du sommeil partagé avec votre enfant s'il est malade ? (température, toux, régurgitations ...)

- oui
- non

24- Vous êtes-vous senti encouragé par votre entourage ? (famille, amis, conjoint(e)...)

- oui
- non

Si non, quelles étaient leurs raisons ?.....

De façon générale :

25- Avez-vous reçu des informations, des conseils concernant la pratique du sommeil partagé ?

- oui
- non

Si oui, qui vous les a donnés ?

- Pédiatre
- Sage-femme
- Infirmière puéricultrice
- Seul sur Internet
- En lisant un magazine, un article, une revue
- Par une brochure d'information
- Votre entourage, précisez qui :

Si non, auriez-vous aimé recevoir une information de la part d'un professionnel ?

- oui
- non

26- Quand auriez-vous aimé être informé sur le sommeil partagé ?

- Pendant la grossesse
- À la maternité (après l'accouchement)
- Autre :

27- Auriez-vous aimé ou aimeriez-vous pouvoir échanger/partager avec d'autres parents qui pratiquent le sommeil partagé ?

- oui
- non

28- Pensez-vous qu'il y a des risques à pratiquer le sommeil partagé ?

- oui
- non

Si oui, lesquels :

.....
.....

Merci pour votre participation.

7.2 Annexe II : Affiche



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

LE SOMMEIL PARTAGÉ : POURQUOI ET COMMENT

ENQUETE SUR VOTRE PRATIQUE

Pour les parents qui pratiquent le sommeil partagé

Questionnaire d'une durée de 5 min



Sortez vos téléphones



Merci pour votre participation

Elodie Villard

Étudiante sage-femme

7.3 Annexe III : Partie du tableau de recueil de données

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Ressource	Q1 sexe	Q2 âge (années)	Q3 ville	Q4 nb d'enfants	Q5 tabac	Q6 alcool	Q7 drogues	Q8 situation maritale	Q9 - < Bac	Q9 - Bac général	Q9 - Bac tech et/ou pro	Q9 - DJT, BTS	Q9 - Licence/Master	Q9 - Bac +8	Q10 âge de l'enfant	Q11 - Partager la chambre parentale avec l'enfant pour dormir	Q11 - Partager le lit parental avec l'enfant pour dormir	Q12 - déjà fait ?	Q13 - partage du même lit
1	Lien direct	une femme	36 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	6 mois	Non	Oui	Oui	Oui
2	Lien direct	une femme	28 Marseille	1	Oui	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	3 mois	jaune	Oui	Oui	Non
3	Lien direct	une femme	35 Marseille	2	Oui	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	13 mois	Non	Oui	Oui	Oui
4	Lien direct	une femme	34 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	1 an	Non	Oui	Oui	Non
5	Lien direct	une femme	30 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	1 an	Non	Oui	Oui	Oui
6	Lien direct	une femme	33 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	7 mois	jaune	Oui	Oui	Non
7	Lien direct	une femme	36 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	14 mois	Oui	Non	Oui	Non
8	Lien direct	une femme	30 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	7 mois	Oui	Non	Oui	Oui
9	Lien direct	une femme	28 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	13 mois	Non	Oui	Oui	Oui
10	Lien direct	une femme	28 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	13 mois	Non	Oui	Oui	Oui
11	Lien direct	une femme	28 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	11 mois	Non	Oui	Oui	Oui
12	Lien direct	une femme	30 Marseille	1	Non	Non	Non	Seul(e)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Presque 1 an le dernier	Non	Oui	Oui	Oui
13	Lien direct	une femme	30 Marseille	2	Oui	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	26 mois	Oui	Non	Oui	Non
14	Lien direct	une femme	53 Marseille	2	Oui	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	2 mois	jaune	Oui	Oui	Oui
15	Lien direct	une femme	41 Marseille	2	Oui	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	7 mois	Non	Oui	Oui	Oui
16	Lien direct	une femme	35 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	8 mois	Oui	Non	Oui	Non
17	Lien direct	une femme	33 Marseille	0	plus	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	1 mois	Non	Oui	Oui	Non
18	Lien direct	une femme	31 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	2 mois	Oui	Non	Oui	Oui
19	Lien direct	une femme	37 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	6 mois	Non	Oui	Oui	Oui
20	Lien direct	une femme	32 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	2 mois	Oui	Non	Oui	Oui
21	Lien direct	une femme	31 Marseille	1	Oui	Oui	Oui	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	1 mois	Non	Oui	Oui	Non
22	Lien direct	une femme	35 Marseille	2	Non	Oui	Non	Seul(e)	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	3 ans	Oui	Non	Oui	Oui
23	Lien direct	une femme	37 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	3 mois	Non	Oui	Oui	Oui
24	Lien direct	une femme	29 Marseille	2	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	4 mois	Oui	Non	Oui	Oui
25	Lien direct	une femme	34 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	3 mois	Non	Oui	Oui	Oui
26	Lien direct	une femme	35 Marseille	2	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	23 mois	Non	Oui	Oui	Non
27	Lien direct	une femme	29 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	9 mois	Non	Oui	Non	Non
28	Lien direct	une femme	25 Marseille	1	Oui	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	27 mois	Oui	Non	Non	Non
29	Lien direct	une femme	31 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	8, 5 et 3 ans	Non	Oui	Oui	Oui
30	Lien direct	une femme	27 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	3 ans et 3 semaine	jaune	Oui	Oui	Oui
31	Lien direct	une femme	27 Marseille	1	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	6 mois	Non	Oui	Oui	Non
32	Lien direct	une femme	32 Marseille	2	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	4 mois	Non	Oui	Non	Non
33	Lien direct	une femme	35 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	4 mois	Oui	Non	Oui	Oui
34	Lien direct	une femme	31 Marseille	1	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	7 mois	Oui	Non	Oui	Non
35	Lien direct	une femme	29 Marseille	2	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	22 mois	Oui	Non	Oui	Non
36	Lien direct	une femme	31 Marseille	1	Non	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	1 an	Non	Oui	Oui	Oui
37	Lien direct	une femme	35 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	3 ans	Non	Oui	Oui	Oui
38	Lien direct	une femme	40 Marseille	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	5 mois	Non	Oui	Oui	Non
39	Lien direct	une femme	34 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	2 mois	Non	Oui	Oui	Oui
40	QR code	une femme	28 Marseille	1	Oui	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	6 mois	Oui	Non	Oui	Oui
41	QR code	une femme	33 Marseille	2	Oui	Oui	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	2 mois	jaune	Oui	Oui	Oui
42	QR code	une femme	34 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	3 ans	Non	Oui	Oui	Oui
43	QR code	une femme	25 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	18 mois	Non	Oui	Oui	Oui
44	QR code	une femme	35 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	3 ans	Non	Oui	Oui	Oui
45	QR code	une femme	23 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	3 ans	Oui	Non	Oui	Oui
46	Lien direct	une femme	39 Marseille	1	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	6 mois	Non	Oui	Oui	Oui
47	QR code	une femme	3 Non	3	Non	Non	Non	En couple (marié ou non)	Non	Non	Non	Oui	Non	5 mois	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

7.4 Annexe IV : guide de l'UNICEF

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



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



Sharing a bed with your baby. French



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 les 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.

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.

UNICEF et l'Initiative Amis des Bébé

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

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 Web: 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

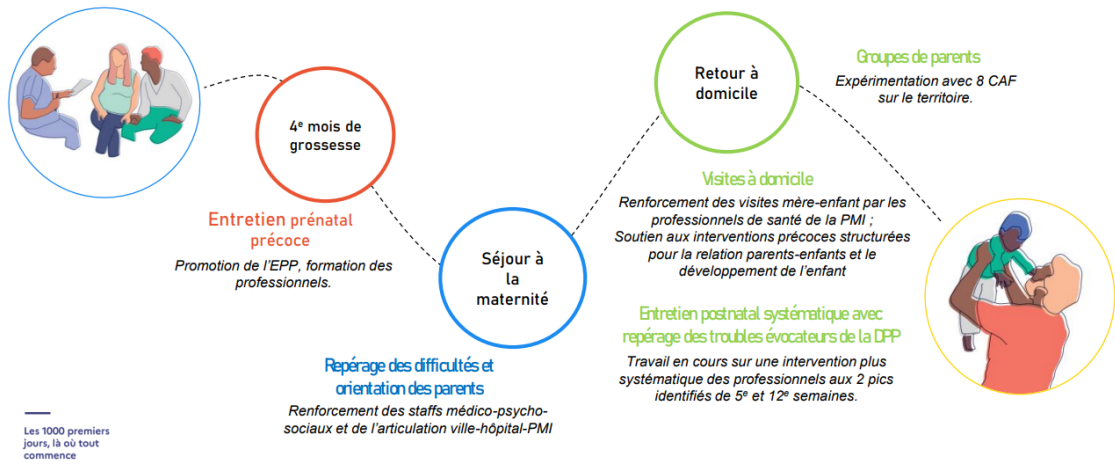
This leaflet is produced by UNICEF Enterprises Ltd, a company which consents to pay all its net profits to UNICEF. We are grateful to Marie-Claude Moreland for this translation. For more information about UNICEF's work worldwide, contact UNICEF, Room 501, Newpost Ct 500, Silverway, CH12 0DR, UNICEF is a Registered Charity, No. 1072012.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative, Africa House, 64-78 Kingsway, London WC2B 3NH
Tel: 020 7512 7852 Fax: 020 7409 2332 E-mail: brf@unicef.org



June 2005

7.5 Annexe V : Rapport des 1 000 premiers jours



2. Décliner le parcours 1000 jours pour les situations de fragilité

Accompagnement des parents souffrant de troubles psychiques

- Déploiement de nouvelles unités mères/parents-enfant ;
- Déploiement de nouvelles équipes mobiles en psychiatrie périnatale.

Accompagnement des futurs parents en situation de handicap

- Déploiement dans chaque région d'au moins un service de soutien à la parentalité.

Accompagnement des parents de la grossesse au post-natal

- Expérimentation d'un référent périnatalité ;
- **Systématisation de l'entretien postnatal** (à domicile ou en cabinet) ;
- Renforcement des **visites à domicile** pour les situations de fragilité.

Les 1000 premiers jours, là où tout commence

3. Mettre à disposition des ressources fiables et accessibles pour les parents et l'entourage

Diffusion de messages clefs sur les 1000 premiers jours

- Elaboration de messages de santé publique ; campagne de marketing social (aut. 2021)
- Elaboration du **Livret des 1000 premiers jours** reprenant les principaux messages clés, adressés aux parents par les Caf lors d'une déclaration de grossesse
- Prototypage d'un sac des 1000 premiers jours à remettre aux parents en maternité et invitant, à travers des objets, à des pratiques favorables au développement de l'enfant et à sa santé

Les 1000 premiers jours, là où tout commence

Informations fiables et personnalisées sur les ressources disponibles et de proximité

- 1000-premiers-jours.fr : nouveau site de référence (Santé Publique France)
- Création de l'application des 1000 premiers jours, avec :
 - des messages de santé publique clefs ;
 - un calendrier unique ;
 - un outil de détection de la dépression post-partum ;
 - une cartographie des lieux-professionnels autour de soi.

Prévention de l'épuisement parental et développement de solutions de répit

- Recensement et valorisation des initiatives locales offrant des solutions de répit
- Développer l'offre de répit parental
- Expérimenter des groupes de parents 1000 premiers jours dans le cadre du parcours déployé par les Caf dans 8 territoires pilotes

4. Donner du temps supplémentaire pour la construction de la relation parent-enfant

Allongement du congé paternité

- La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est portée à 25 jours pour tous les assurés (auxquels s'ajoutent les 3 jours de naissance pour les salariés);
- 7 jours obligatoires, avec des adaptations pour les travailleurs non-salariés qui ont une durée minimale d'arrêt de 7 jours pour bénéficier de leur indemnisation.

Les 1000 premiers jours, là où tout commence

Conciliation des temps professionnel et familial

- Une mission confiée à Christel Heydemann & Julien Damon pour :
 - Réinterroger le congé parental
 - Développer une « politique familiale » au sein de l'entreprise
 - Mieux articuler vie pro / parentalité
- Un axe de travail obligatoire des Comités départementaux des services aux familles

5. Améliorer encore la qualité de l'accueil du jeune enfant

Poursuite des efforts sur la qualité de l'accueil

- Opposabilité de la charte nationale d'accueil du jeune enfant et appui à l'appropriation des principes de la charte.
- Plan de formation Enfance=Egalité des professionnels de la petite enfance
- Reconnaissance de la possibilité d'administration de soins pour favoriser l'accueil inclusif des enfants en situation de handicap ou atteints de maladies chroniques
- Comités départementaux des services aux familles chargés du suivi de l'amélioration de la qualité

Les 1000 premiers jours, là où tout commence

Développement des solutions d'accueil à horaires atypiques

- Recensement, valorisation des solutions pour les horaires atypiques (mission confiée à la Mutualité Française)

Soutien des solutions d'accueil auprès des assistantes maternelles

- Une place en plus pour l'accueil en urgence et occasionnel
- Accès à la médecine du travail
- Renforcement du rôle des Relais d'Assistants Maternels (« Relais Petite Enfance »).

Résumé

Introduction : Le sommeil du nouveau-né est un sujet qui préoccupe parents et professionnels de santé, ainsi les questions sur le sommeil sont en constante évolution. Il arrive que dormir avec son enfant soit une pratique courante pour différentes raisons : le sommeil partagé favorise la durée et la pérennité de l'allaitement maternel, il contribue également au processus d'attachement. Si le partage de chambre est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, le partage de lit est considéré comme étant un facteur de risque de MIN. Le sommeil partagé est le choix des parents mais la façon dont il est pratiqué est un élément clé pour la sécurité du nouveau-né. Pour cela, il existe des recommandations pour un sommeil plus sûr.

L'objectif de l'étude était d'identifier les connaissances des parents qui pratiquent le sommeil partagé à travers un état des lieux des pratiques dans la ville de Marseille, en recherchant les raisons qui ont amené les parents à faire du sommeil partagé, en déterminant les modalités de couchage de l'enfant au sein du couple, en identifiant les sources d'informations et en évaluant l'influence de l'environnement social et familial sur la pratique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive concernant les parents ayant un enfant âgé de 0 à 3 ans et ayant pratiqué le sommeil partagé. Les données ont été recueillies de février à fin décembre 2021 via un questionnaire. 202 questionnaires ont été analysés.

Résultats : 76% des femmes de l'étude ont fait du partage de lit avec leur enfant, et 58% des participantes ont fait du partage de chambre. La durée moyenne de sommeil partagé était de 11 mois. La principale raison de dormir avec son enfant est, pour 80,6% des mères, la pratique facilitée de l'allaitement maternel. 46% des participantes pensent qu'il existe un risque avec le sommeil partagé. 43% des femmes avaient reçu des informations sur le sommeil partagé. Les situations à risques de MIN ne sont pas connues.

Conclusion : Les femmes connaissent les bienfaits que peut apporter le sommeil partagé sur le bien-être du couple parents/enfant mais les connaissances en matière de risques et de recommandations ne sont pas optimales. L'étude a également montré un manque d'information de la part des professionnels de la santé. La prévention et l'éducation restent les meilleures solutions pour lutter contre la MIN. Celle-ci doit commencer dès la grossesse et se poursuivre à la naissance.

Mots-clés : Sommeil partagé, partage du lit, cododo, partage de la chambre, attachement, situations à risques, MIN

Summary

Introduction : The newborn sleep is a topic that worries parents and health professionals, so questions about sleep are constantly evolving. It happens that sleeping with the baby is a common practice for different reasons : shared sleep promotes the duration and sustainability of breastfeeding, it also contributes to the attachment process. While room sharing is recommended up to the age of 6 months, bed sharing is considered as a risk factor of sudden infant death syndrome SIDS. Shared sleep is the choice of the parents but the way it's practiced is a key element for the safety of the newborn. For this reason, there are recommendations for the safest sleep.

The objective of the study was to identify the knowledge of parents who practice shared sleep through an inventory of practices in the city of Marseille, as researching the reasons that led parents to practice shared sleep, by determining the sleeping arrangements of the child within the couple, identifying the sources of information and then evaluating the influence of the social and family environment on the practice.

Materials and methods : This is a quantitative, descriptive study concerning parents with a child aged 0 to 3 years who have practised shared sleep. Data were collected from February to the end of December 2021 through a questionnaire. 202 questionnaires were analysed.

Results : 76% of the women in the study have practiced bed-shared with their child, and 58% of the participants room-shared. The average duration of shared sleep was 11 months. The main reason for sleeping with their child was, for 80,6% of the mothers, to facilitate breastfeeding. 46% of the participants thought there was a risk with the shared sleep. 43% of the women had received information about shared sleep. The risk situations of SIDS aren't known.

Conclusion : Women are aware of the benefits that shared sleep can have on the well-being of the parent/child pair, but knowledge of risks and recommendations is not optimal. The study also showed a lack of information from health professionals. Prevention and education remain the best solutions to fight against MIN. This should start during pregnancy and continue after birth.

Keywords : Shared sleep, bed sharing, co-sleeping, room sharing, attachment, risk situations, SIDS.