



HAL
open science

Sommeil du nourrisson en médecine générale : étude qualitative d'évaluation des besoins et de l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans auprès de médecins généralistes d'une maison de santé

Mélody Kerhervé

► **To cite this version:**

Mélody Kerhervé. Sommeil du nourrisson en médecine générale : étude qualitative d'évaluation des besoins et de l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans auprès de médecins généralistes d'une maison de santé. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04130912

HAL Id: dumas-04130912

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04130912>

Submitted on 16 Jun 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Mélody KERHERVE

Présentée et soutenue publiquement le 4 avril 2023

Sommeil du nourrisson en médecine générale : étude qualitative d'évaluation des besoins et de l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans auprès de médecins généralistes d'une maison de santé

Président : Professeur GRAS-LE GUEN Christèle

Directeur de thèse : Dr PRIN Daniel

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse Daniel PRIN,

Sans qui l'ensemble de ce travail, de l'émergence de sa construction à son aboutissement, n'aurait pas été possible. Merci pour ta patience, tes précieux conseils, tes remarques toujours pertinentes et ton expérience qui m'ont permis de donner vie à ce projet en lui apportant une application concrète au-delà de mes espérances.

A la Présidente de jury Pr GRAS-LE GUEN,

A qui je témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail à la lumière de son expertise de pédiatre et de sa remarquable expérience.

Aux membres du jury du DMG les Docteurs JEANMOUGIN et GRIMAULT,

Que je remercie d'avoir accepté de faire partie du jury pour ma thèse. Votre regard et votre avis de pairs étaient pour moi primordiaux et précieux en tant que médecin généraliste.

Au Docteur Caroline VERDIER,

Sans qui la mise en œuvre de la formation sur laquelle repose cette thèse n'aurait jamais pu se faire. Merci infiniment pour ton investissement et ta passion communicative !

Aux médecins de la maison de santé Laënnec de Saint Nazaire,

Pour leur disponibilité, leur implication et la richesse des débats offerte par leur participation sincère et entière.

Au Docteur SEGURA de la PMI de Nantes,

Dont le cours passionnant sur le sujet du sommeil de l'enfant durant mon stage d'interne à la PMI est en bonne partie à l'origine de l'idée de ce travail.

A mes différents seniors et maîtres de stage,

Qui tout au long de mes études ont contribué à ma construction.

A ma tante,

Qui me fait l'honneur de relire ce travail. Merci pour ton temps, ton expertise et ta bienveillance. Ca me manque de ne plus bénéficier régulièrement de ta sagesse.

A mes parents,

Sans qui rien de tout cela n'aurait été possible puisque je n'en serais jamais là sans eux. Merci pour toutes ces années de patience, d'encouragements, de confiance et de soutien. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir toujours été là, en particulier dans les moments les plus difficiles. J'ai toujours pu compter sur vous et je sais à quel point ça n'a pas toujours été simple ! Alors je crois que je ne pourrai jamais assez vous remercier ni trouver les mots exacts pour exprimer toute ma gratitude et mon amour.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----|
| INTRODUCTION | 7 |
| PREMIERE PARTIE : LE SOMMEIL de L'ENFANT de 0 à 3 ANS | 10 |
| I. PHYSIOLOGIE | 10 |
| II. LE SOMMEIL ELEMENT CENTRAL : NOTIONS CONNEXES | 31 |
| III. LES TROUBLES DU SOMMEIL | 48 |
| III.1. <u>Troubles du sommeil / sommeil pathologique</u> | 48 |
| III.2. <u>Troubles du sommeil : les causes</u> | 55 |
| III.3. <u>Prévenir les troubles du sommeil = en amont</u> | 55 |
| III.3.1. Généralités | 56 |
| III.3.1.1. <i>Conditionnement anormal à l'endormissement</i> | 56 |
| III.3.1.2. <i>Troubles de l'installation du rythme jour-nuit</i> | 60 |
| III.3.1.3. <i>Insuffisance de limites</i> | 64 |
| III.3.1.4. <i>Erreurs alimentaires</i> | 64 |
| III.3.1.5. <i>Excès de stimulation</i> | 65 |
| III.3.2. Réveils nocturnes : conduite à tenir | 65 |
| III.3.3. Les siestes | 68 |
| III.3.4. Quelques périodes charnières : prévention et bonnes pratiques âge par âge | 69 |
| III.4. <u>Sommeil perturbé : boîte à outils = en aval</u> | 73 |
| III.4.1. Bilan et principes de prise en charge | 73 |
| III.4.2. Les techniques comportementales | 76 |
| III.4.2.1. <i>Sevrage de la présence parentale</i> | 76 |
| III.4.2.2. <i>Méthode Chronododo</i> | 78 |
| III.4.2.3. <i>Techniques de renforcement</i> | 82 |
| III.4.3. Cas particulier des perturbations survenant après un évènement | 82 |
| III.4.4. Traitements médicamenteux:quand les parents demandent « un médicament » | 83 |
| III.5. <u>Rôle du médecin traitant dans les insomnies comportementales</u> | 86 |
| III.6. <u>Les Parasomnies</u> | 99 |
| III.7. <u>Pathologies somatiques et sommeil</u> | 107 |
| III.7.1. Le SAOS | 108 |
| IV. CONCLUSION | 109 |

| | |
|---|---------|
| DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE | 110 |
| V. METHODES | 110 |
| V.1. Etude qualitative : objectifs et méthodes | 110 |
| V.2. Entretiens individuels | 110 |
| V.3. Formation | 114 |
| V.4. Focus group | 114 |
| VI. RESULTATS et ANALYSE | 118 |
| VI.1. <u>Résultats des entretiens individuels</u> | 118 |
| VI.1.1. Les médecins interrogés | 118 |
| VI.1.2. La formation des médecins | 120 |
| VI.1.3. Les pratiques en consultation | 123 |
| VI.1.4. Les attentes et besoins en formation | 132 |
| VI.2. <u>Résultats du focus group</u> | 136 |
| VI.2.1. Question 1 : adéquation aux attentes et besoins | 136 |
| VI.2.2. Question 2 : impact sur la pratique | 137 |
| VI.2.3. Question 3 : points forts de la formation | 140 |
| VI.2.4. Question 4 : Limites de la formation et améliorations | 143 |
| VI.2.5. Eléments de résultats inattendus | 145 |
| VII. DISCUSSION | 149 |
| VII.1. Implication majeure de l'étude | 149 |
| VII.2. Apports et forces de l'étude | 152 |
| VII.3. Limites de l'étude | 154 |
| VIII. CONCLUSION | 159 |
| BIBLIOGRAPHIE | 162 |
| ANNEXES | 166 |

INTRODUCTION

Le sommeil est une dimension physiologique essentielle au bon développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant, et ce particulièrement dans les premières années de vie où les principales acquisitions se mettent en place et ont un impact significatif sur cet adulte en devenir. Les conséquences d'un mauvais sommeil sont ainsi bien connues aujourd'hui, elles sont multiples et ont un impact sur le développement et les apprentissages. Le sommeil est aussi un élément central dans le développement de l'enfant en lien étroit avec ces autres composantes tels que l'alimentation, le développement psychomoteur ou la croissance, et il constitue par définition une question universelle puisque tous les enfants dorment... mais pas forcément bien. En effet, les troubles du sommeil du nourrisson et de l'enfant sont fréquents et constituent un motif récurrent de consultation en médecine générale, générant des inquiétudes et interrogations parentales. Ainsi on estime la prévalence des insomnies du jeune enfant à environ 30% chez les moins de 5 ans (1) (2) (3).

Or, le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours et interlocuteur privilégié des familles, est en première ligne, tant sur la question du dépistage au travers des consultations de suivi régulières du petit enfant, que sur l'accompagnement parental en cas de difficultés. Pourtant la formation universitaire sur le sujet semble aujourd'hui insuffisante, se concentrant essentiellement sur quelques aspects de la physiologie ou à l'opposé sur les descriptions des parasomnies ou de sommeil pathologique en lien avec des pathologies somatiques qui ne représentent pourtant que 15 à 20% des troubles du sommeil des 0-3 ans(4). La formation théorique en puériculture et sur la prise en charge des insomnies d'origine comportementale – cause la plus fréquente (1) – est loin d'être optimale comme ont pu le montrer certaines thèses sur le sujet qui mettent en lumière l'importance de la complémentarité de la formation pratique en stage et aussi surtout de la formation médicale continue à l'initiative des médecins après la fin de leurs études (5) (6). Il faut dire qu'en termes de formation continue, les recommandations officielles sur le sujet manquent elles aussi. En effet, en parcourant les guides de recommandations à destination des professionnels, le médecin généraliste trouvera auprès de la HAS des recommandations très générales sur le dépistage chez l'enfant, la prévention de la mort subite du nourrisson, ou au contraire des guides de pratique très spécialisés sur des pathologies (SAOS, maladies chroniques, handicap, TDAH, maladies rares et maladies génétiques, etc.) mais rien de spécifique sur le sommeil et la prise en charge comportementale en population générale. Du côté du VIDAL, on retrouve sans surprise tout le

référentiel médicamenteux mais aussi des informations précieuses sur l'insomnie de l'enfant et l'accompagnement parental. Il rappelle notamment l'importance du médecin généraliste et du traitement comportemental en première ligne et que le recours au traitement médicamenteux constitue l'exception (1). Cependant, cela reste des notions très générales en matière de rythme veille/sommeil, avec peu de distinctions d'âges, et de grands principes des techniques comportementales sans description pratique et concrète d'actions à mettre en œuvre. Finalement au sein des ressources « officielles », ce sont les conseils de l'assurance maladie à destination des assurés (et non des professionnels) qui regroupent le plus de conseils praticopratiqes utiles (7) même si cela manque un peu de personnalisation selon l'âge et les situations individuelles.

En conséquence, au vu de tous ces éléments, comment les médecins généralistes gèrent-ils cette question fréquente et importante en consultation ? C'est la question à laquelle plusieurs thèses ont cherché à répondre ces dernières années. Dans sa thèse « Connaissances, perception et prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois à 6 ans par des médecins généralistes de l'Hérault », Cloé Dubois a pu mettre en évidence un dépistage souvent insuffisant des troubles du sommeil en consultation avec des difficultés diagnostiques, notamment concernant le SAOS, et thérapeutiques, ainsi qu'un besoin de formation rapporté par les médecins interrogés (8). Anne Moinier a pu dans sa thèse « Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde », montré que l'interrogatoire pouvait être amélioré puisque 36% des praticiens ne parlaient pas des conditions de couchage lors des consultations du nourrisson et 31% d'entre eux ne savaient pas s'ils suivaient des familles pratiquant le sommeil partagé ou non, et ce probablement en lien avec un manque de connaissances sur le sujet puisqu'en parallèle 43% des médecins ayant reçu une formation complémentaire sur le sujet donnaient des conseils contre 16% n'ayant pas reçu de formation, ce qui met en exergue l'intérêt d'une formation spécifique (9). Enfin, dans sa thèse « Le sommeil de l'enfant et ses troubles : connaissances et pratiques des professionnels de santé : enquête auprès des médecins généralistes de Savoie », Diane Weick a évalué subjectivement et objectivement la formation des médecins : ainsi, dans son étude 85% des médecins interrogés se considéraient « mal formés » aux troubles du sommeil de l'enfant. De plus, au travers d'un questionnaire de connaissances elle a pu mettre en évidence certaines lacunes sur la prévention de la mort subite du nourrisson (seuls 2.3% des généralistes avaient connaissance de l'ensemble des conseils, 18% conseillaient encore de coucher sur le côté ou le ventre, 25% donnaient au moins un conseil inapproprié), sur le SAOS et les signes d'alerte, sur les parasomnies et les hypersomnies. Elle montre également des insuffisances dans la prévention des insomnies

d'origine comportementale pourtant les plus fréquentes, avec parasitage des conseils par l'expérience personnelle des médecins avec leurs propres enfants, ces derniers ayant globalement de bonnes connaissances théoriques de la physiologie du sommeil mais n'ayant jamais reçu d'enseignement théorique ou pratique sur les solutions à proposer pour la prise en charge des insomnies d'origine comportementale. Ainsi, $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés exprimaient un souhait de formation, tous les domaines les intéressant mais plus particulièrement les difficultés d'endormissement et les réveils nocturnes, les parasomnies et le sommeil des adolescents (5). Diane Weick conclut ainsi à l'importance d'une formation pour ces médecins généralistes en première ligne dans la prise en charge des troubles du sommeil, d'autant plus qu'il est aujourd'hui bien établi qu'une intervention la plus précoce possible est très souvent efficace dans la prévention de ces troubles. Elle propose donc l'idée d'une formation par un expert du sommeil de l'enfant au cours par exemple d'une journée de formation dédiée, afin d'aborder de manière concise l'ensemble des troubles du sommeil en insistant plus particulièrement sur les signes d'alerte d'une part et d'autre part en apportant des solutions pratico pratiques pour la prise en charge de ces troubles particulièrement via une action préventive chez le nourrisson.

Par conséquent, de ces éléments concordants de bibliographie est né le projet d'évaluer plus précisément par entretiens les besoins en formation de médecins généralistes d'une maison de santé sur St Nazaire, afin de leur proposer une formation spécifique adaptée à leurs attentes, en collaboration avec le Dr VERDIER médecin de PMI, puis d'évaluer dans un deuxième temps par focus group l'apport de cette formation dans leur pratique quotidienne. Le champ d'application de cette thèse s'intéressera au sommeil de 0 à 3 ans du nourrisson en bonne santé né à terme.

Ce travail a donc pour objectif de répondre à deux problématiques principales : quels sont les besoins en formation des médecins généralistes sur le sommeil du nourrisson ? Et comment évaluent-ils l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans sur leur pratique ?

PREMIERE PARTIE : LE SOMMEIL

de L'ENFANT de 0 à 3 ANS

I. PHYSIOLOGIE

I.1. Généralités

I.1.1. Les fonctions du sommeil

L'importance physiologique du sommeil n'est aujourd'hui plus à prouver. Mais à quoi sert le sommeil et quelles peuvent être les conséquences d'un « mauvais » sommeil ?

Les fonctions du sommeil se distinguent selon la phase :

- le sommeil lent profond (ou sommeil calme chez le nouveau-né) a une fonction de récupération de la fatigue physique. C'est aussi au cours de cette phase qu'est sécrétée l'hormone de croissance surtout en 1ere partie de nuit, ainsi on peut dire que le sommeil sert aussi à grandir. (10)

- le sommeil paradoxal (ou sommeil agité chez le nouveau-né) a un rôle cognitif important, par l'organisation et la mémorisation, il permet la fixation des expériences récentes en consolidant les informations mémorisées pendant l'éveil, agissant donc dans la mémorisation des apprentissages, la régulation des émotions et la récupération psychique. (11) On peut constater également qu'au cours du sommeil paradoxal, le nourrisson affiche certaines mimiques émotionnelles qu'il n'utilise pourtant pas encore à l'éveil, comme s'il répétait « à blanc » les séquences motrices des mimiques qui lui permettront plus tard de communiquer ses émotions.

Ainsi le sommeil est indispensable au développement cérébral de l'enfant. Il a également, au-delà de l'hormone de croissance, un impact sur la régulation de la production de cortisol, d'insuline et d'hormones de l'appétit. Un bon sommeil permettrait ainsi de réduire les risques d'HTA et de diabète de type 2 à l'âge adulte, et serait également associé à une meilleure réponse immunitaire. (12)

Par conséquent, un manque chronique de sommeil (notamment moins de 10h/24h avant 6 ans) ou un sommeil de mauvaise qualité, fragmenté ou peu récupérateur, présente un risque de complications multiples sur le développement et les apprentissages. La fatigue et la somnolence diurne engendrées peuvent entraîner des troubles de l'attention et de la concentration, avoir un impact sur la mémorisation et la vitesse de traitement de l'information avec pour conséquences des difficultés scolaires chez l'enfant plus âgé. Un manque prédominant sur le sommeil lent entraîne ainsi plus spécifiquement des difficultés sur les apprentissages déclaratifs et le processus de consolidation de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. On note également un risque accru de troubles émotionnels tels qu'irritabilité, intolérance à la frustration, impulsivité et troubles du comportement, hyperactivité motrice. (1) Lorsque ces troubles impactent particulièrement la première partie de nuit, les perturbations dans la sécrétion de l'hormone de croissance peuvent même dans de rares cas être responsables de nanisme psycho-social. Également en lien avec la régulation hormonale, des études ont montré que l'équilibre métabolique peut être perturbé avec des risques de surpoids et d'obésité accrus chez les enfants qui ne dorment pas suffisamment. Selon une méta analyse de 2015 cette association entre manque chronique de sommeil et risque de surpoids/obésité pourrait être liée à une augmentation de l'appétit et en particulier de l'appétence pour les aliments gras ou sucrés et donc du grignotage, par diminution de sécrétion de la leptine et élévation de ghréline. (13) (14)

Quant à la sieste, elle facilite elle aussi de manière générale les apprentissages déclaratifs et permet leur encodage à long terme. En revanche les études sur le bénéfice de la sieste sur les apprentissages apportent des résultats plus discordants surtout après 3 ans. Globalement, on peut conclure que le bénéfice de la sieste reste intact chez les enfants qui en ont besoin, c'est-à-dire ceux qui la font habituellement. Bénéfice beaucoup moins évident chez les enfants qui ne dorment plus la journée et qu'il semble de fait inutile (sur le plan cognitif) voire délétère (sur le plan des rythmes veille/sommeil) de forcer à faire une sieste s'ils ne la font plus de manière habituelle. (2)

I.1.2. Qu'est-ce qu'un « bon » sommeil ?

Mais si le sommeil est si important, comment savoir si un enfant a « bien dormi » ? Combien d'heures doit-il dormir la nuit ?

On estime qu'un enfant de moins de 5 ans a besoin d'au moins 11h de sommeil sur 24H. (15) Mais en réalité, plus qu'une question de durée, ce qui est important à noter pour savoir si un enfant a suffisamment ou bien dormi, est son comportement au cours de la journée. Un enfant en pleine forme, qui joue, interagit, explore dans la journée quand il est éveillé est un enfant aux besoins de sommeil respectés. A l'inverse, un enfant nerveux, grognon, agité ou irritable manque potentiellement de sommeil. (3)

De la même façon, ce qu'il est important de demander aux parents en consultation est davantage à quel moment dort l'enfant plutôt que combien de temps il dort. En effet, des horaires de coucher ou de siestes inadaptés pourront avoir un impact sur toute la répartition veille/sommeil sur 24H, perturber le sommeil nocturne en retardant l'endormissement ou engendrer des réveils nocturnes par exemple (on reviendra en détails sur cette notion dans la partie prévention : la régularité et les siestes).

De plus chaque enfant étant différent, la notion de « norme » ne constitue en fait que des moyennes d'observation statistique et non un dogme rigide et anxiogène à respecter impérativement pour les parents.

I.1.3. Faire ses nuits

« Faire ses nuits » semble souvent pour les parents être le graal, le but à atteindre, fréquemment repris comme un critère de comparaison entre les nourrissons : « le fils de ma meilleure amie a fait ses nuits dès la sortie de la maternité », type d'assertion souvent entendue en consultation, et parfois même source d'inquiétude ou de culpabilité de certains parents. Mais que met-on réellement derrière le terme « faire ses nuits » ? Et à quel âge peut-on réellement attendre d'un enfant qu'il « fasse ses nuits » ?

Pour certains spécialistes, « faire ses nuits » signifie dormir 5 à 6h d'affilée sans éveil de longue durée ni alimentation, généralement entre 23h et 8h. (3) (16) En réalité, il semble plus juste et plus pertinent de définir cela, non pas comme la capacité à dormir sans se réveiller, mais à celle de dormir toute sa nuit sans réveiller ses parents. Cela fait donc directement référence aux capacités d'auto-apaisement du nourrisson (qui on le verra, sont en lien étroit avec l'autonomie à l'endormissement). En effet, tout nourrisson ou enfant (et même l'adulte), quel que soit son âge, se réveille la nuit. Ses réveils sont physiologiques et surviennent notamment au moment des changements de cycle. Ce qui est important, c'est la capacité de l'enfant à se rendormir seul, sans l'aide ou l'intervention parentale. Ainsi, ce qu'il faut prendre en compte c'est ce qu'on appelle la durée de sommeil nocturne sans éveils signalés (par les

parents) : cette dernière est en moyenne de 9h à 4 mois, 10h à 12mois. Pour cela, il faut savoir aussi distinguer une phase d'éveil d'une phase de sommeil agité où le nourrisson peut parfois sembler réveillé aux yeux des parents alors qu'il n'en est rien. De même, tous les éveils nocturnes ne nécessitent pas une intervention (biberon, change, etc.) mais marquent parfois seulement le passage d'un cycle à un autre.

Au vu de ces données, en moyenne un enfant est capable de « faire ses nuits » vers l'âge de 4 mois (moyenne entre 3 et 6 mois). En effet, à cet âge les pré requis physiologiques sont en principe en place pour lui permettre de passer 8 à 9h de sommeil nocturne sans solliciter ses parents : poids et apports énergétiques diurnes suffisants pour se passer d'alimentation nocturne, gestion des variations de température corporelle et des cycles hormonaux, réglage de l'horloge biologique avec mise en place des rythmes circadiens, apprentissage des capacités d'auto apaisement. (17) (18) Cependant, encore une fois chaque enfant est différent et certains sont en mesure de faire leurs nuits plus tôt, parfois même dès les premiers jours ; comme certains nécessitent plus de temps notamment en cas de petit poids, de prématurité ou d'allaitement maternel. Et cela suppose également un apprentissage de l'autonomie à l'endormissement et un rythme veille/sommeil adaptés (que l'on reverra en détails dans la partie III. 4 Prévention). Statistiquement, on estime ainsi à 25% la proportion d'enfants faisant leurs nuits à 2 mois, 75% à 4 mois et 90% à 10 mois. (16)

I.1.4. L'endormissement : moment-clé

On l'aura compris, l'endormissement – en particulier celui du soir – constitue un moment-clé auquel il faut apporter une attention et une vigilance particulières.

I.1.4.1. Savoir repérer les signes d'endormissement

Les signes d'endormissement ou signes de fatigue sont tous ces signes indiquant que l'enfant est dans un moment propice à l'endormissement : bâillements, frottement des yeux, regard plafonné ou regard dans le vide, tête qui dodeline, position du corps qui se love, mais aussi enfant grognon et pleurs d'endormissement. Ces signes sont importants à repérer par les parents puisque c'est à ce moment-là qu'ils doivent coucher leur enfant dès l'apparition des signes de sommeil, sans trop tarder au risque de « passer » un train du sommeil ou d'avoir des difficultés d'endormissement chez un enfant trop fatigué qui va s'agiter et s'énerver à chercher son sommeil. (16) Bien qu'assez stéréotypés, ces signes sont souvent propres à l'enfant et les

parents doivent donc apprendre à repérer les signes de leur enfant. Ils sont en général plus facilement identifiables à partir de 5-6 mois.



Image 1 – Les signes d’endormissement

Credit : « File:Yawning Infant, August 2018 » by Martin Falbisoner is licensed under CC BY-SA 4.0.

<<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/?ref=openverse>>

I.1.4.2. Les rituels d’endormissement

Le rituel d’endormissement est une habitude très importante à instaurer chez tout enfant. Il fait partie de la routine de préparation au coucher et amène l’enfant en douceur et avec plaisir vers l’endormissement. Le rituel du coucher a prouvé son efficacité : une étude a ainsi montré que les enfants en bénéficiant s’endormaient plus tôt, avec une latence d’endormissement plus courte, moins d’éveils nocturnes et un sommeil plus long et ce, selon une relation linéaire entre une meilleure qualité de sommeil et le nombre de jours par semaine où l’enfant bénéficie d’un rituel du coucher. (19) Il est aussi conseillé d’instaurer une routine, souvent un peu différente et plus courte, avant les siestes en journée.

Pour être efficace, le rituel doit répondre à quelques règles :

- il est constitué d’habitudes reproduites chaque soir au moment du coucher, dans un ordre inchangé et une séquence précise, déterminée à l’avance et facilement reconnaissable par le nourrisson. Il est essentiel que cette routine se répète à l’identique chaque soir, en pouvant idéalement être reproduite également en dehors de la maison et quelle que soit la personne qui s’occupe du coucher. C’est ce côté répétitif, routinier bref prévisible qui constitue un cadre sécurisant pour les nourrissons qui ont besoin de repères pour se développer sereinement

- il évolue avec l’âge : du rituel très court avec simple bercement et berceuse chez le nouveau-né par exemple, il s’étioffe avec le développement de l’enfant : bain, histoire, massage, berceuse, chanson, câlins, bisous etc. Ce qui le compose dépend de chaque enfant et peut se

choisir selon les préférences du nourrisson et de ses parents, le but étant de préparer avec un plaisir partagé le moment de l'endormissement. Même si ce qui le compose peut parfois sembler ridicule, comme répéter tous les soirs la même histoire, il est important de ne pas abandonner ces habitudes que l'enfant réclame, c'est qu'il en exprime sûrement le besoin pour se rassurer. A noter que le rituel est d'autant plus court que le bébé est jeune, mais cela n'empêche pas de le mettre en place très tôt dès les 2-3 premiers mois de vie, et il est important de pouvoir prendre et y consacrer suffisamment de temps ; ce doit être un moment privilégié. (18) (20)

- pour autant, il doit rester court et durer moins de 15min. En effet, le rituel ne doit devenir une activité pour l'enfant. De plus, sa limite dans le temps, son côté borné, renforce son caractère sécurisant (11)

- il doit se dérouler dans une atmosphère apaisante, comme un sas de décompression avant le coucher, en réduisant le bruit et la lumière dans la pièce, et en évitant les activités excitantes ou les écrans, afin de créer une ambiance propice au sommeil

- il ne doit pas aller jusqu'à l'endormissement. Dans un but d'acquisition d'autonomie, le parent doit sortir de la chambre à la fin du rituel idéalement avant que l'enfant ne soit endormi

- le parent qui accompagne ce moment doit être calme et confiant, résolu et ferme, et ne pas se laisser déborder par les demandes multiples notamment des enfants plus grands qui réclament « encore une histoire ». Le rituel a ses étapes prédéfinies à la fin desquelles il est temps d'aller dormir. Encore une fois, la définition d'une limite prévisible est sécurisante pour l'enfant

- le mot « bonne nuit » ou « bonsoir » répété tous les soirs +/- au sein d'une phrase rituelle répétée à l'identique chaque nuit (comme « bonne nuit, fais de beaux rêves ») est très important comme signal du début de nuit même chez les plus petits, idéalement suivi du « à demain » promesse d'une retrouvaille prochaine après cette séparation du coucher. On peut aussi pour un enfant anxieux y adjoindre la précision rassurante qu'on n'est pas loin, que l'enfant est en sécurité dans son lit et que l'on peut revenir en cas de besoin

Quel type d'histoires lire au moment du coucher ? : Tous les types d'histoires ou presque sont possibles. On évitera seulement les histoires de monstres ou de sorcières juste avant le coucher, notamment en cas de cauchemars en rapport. En revanche, cela n'interdit pas d'en lire à l'enfant en journée, et même bien au contraire en cas de cauchemars l'identification de l'enfant au héros terrassant le méchant à la source de ces mauvais rêves, peut l'aider à le rassurer. De même, il peut être utile d'ajouter à ces histoires un peu d'humour afin de dédramatiser avec l'enfant. (18) Progressivement en grandissant, on pourra aussi lui laisser lire lui-même l'histoire le soir.

Mobile et boîte à musique sont-ils conseillés ? : bien que tout à fait utilisables, ils doivent l'être avec modération afin d'éviter une surstimulation visuelle ou auditive source d'excitation. On préférera favoriser la voix du parent par l'intermédiaire du chant ou des berceuses. (17) La voix a en effet un rôle très important. Via la parole, le chant, les berceuses ou encore en racontant une histoire, même si le contenu n'est pas saisi par le bébé, la musicalité de la langue opère. Si on choisit d'installer un mobile, on préférera les couleurs contrastées que le nourrisson qui voit encore flou, distingue mieux, et on veillera à bien le fixer solidement et de manière à ce que bébé ne puisse pas l'atteindre. (15)

Et quid de la veilleuse ? : la réponse à cette question nécessite de distinguer les situations selon l'âge. En effet, il est recommandé pour la bonne acquisition des rythmes veille/sommeil de faire le noir complet la nuit afin d'aider bébé à bien distinguer jour/nuit. Ainsi, il est préférable d'éviter la veilleuse, le plus souvent inutile avant 2 ans où la peur du noir n'existe pas. Cependant, chez le nouveau-né et le jeune nourrisson, il est souvent nécessaire de rejoindre la chambre à intervalles réguliers pour l'alimentation nocturne, et il peut dans ce cas parfois être pratique pour les parents de laisser une petite veilleuse allumée afin de pouvoir donner la tétée nocturne sans allumer toutes les lumières, ce qui n'est pas non plus conseillé. (18) Dans tous les cas, que l'on décide ou non de laisser une veilleuse dans la chambre de bébé, il faudra toujours veiller à la laisser au même endroit et à la laisser allumée toute la nuit, afin qu'à chaque réveil nocturne, bébé puisse retrouver les mêmes conditions qu'à son endormissement du soir pour pouvoir se rendormir seul. On évitera les lumières LED qui peuvent perturber les cycles de sommeil et on veillera à ce que la pièce soit la plus sombre possible. (7) Si la veilleuse est utilisée par les parents à des fins de réassurance du tout petit, notamment à partir de 2-3 ans où la peur du noir peut se manifester, il est souvent plus efficace dans ce cas de laisser la lumière dans une pièce adjacente ou la veilleuse dans le couloir avec la porte entrouverte. Ainsi l'enfant peut entendre ses parents au travers et ainsi savoir qu'ils ne sont pas loin et se sentir rassuré, à condition bien sûr que cela ne perturbe pas l'endormissement. (15)

Tétine et doudou : objet transitionnel par excellence pour le premier, et outil répondant au besoin de succion pour le second, ils ont tous les deux un rôle d'apaisement et de réconfort très efficace. Ils ne sont pour autant pas toujours indispensables ni même souhaitables, comme nous le verrons dans une partie dédiée (III.5.1. Rôle du médecin traitant > les discordances).

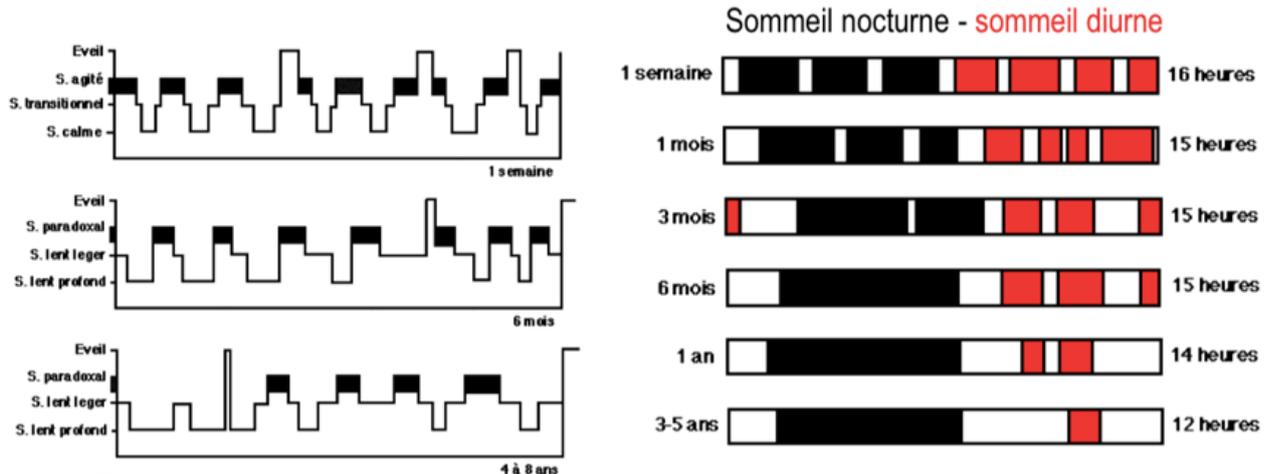
Ainsi, le rituel a pour fonction d'adoucir la séparation du coucher en rassurant l'enfant dans le passage vers le sommeil, afin d'apprendre à s'endormir seul de manière sécurisée. Il doit donc être un moment privilégié, apaisant et de plaisir avec le parent. L'objectif étant que bébé comprenne et s'habitue à ce qu'une fois toutes les étapes terminées, il est l'heure de s'endormir. Cela deviendra progressivement un automatisme pour lui.

I.1.5. Une grande variabilité inter-individuelle : chaque enfant est différent

L'organisation globale du sommeil possède des caractéristiques similaires pour tous, mais il est pour autant difficile de parler de véritable « norme » en matière de sommeil. En effet dès les premières semaines de vie, certaines particularités propres à chaque enfant commencent à se dessiner. Certains facteurs génétiques jouent un rôle : on constate par exemple que de vrais jumeaux ont une organisation semblable de leur sommeil. De plus, tout comme chez les adultes, on retrouve chez les petits des « courts ou longs dormeurs », des « couche-tôt ou couche-tard », des enfants plutôt « du matin, ou du soir ». (4) (10) (21) En réalité, cela est en partie dû au fait que l'horloge circadienne s'organise non pas sur 24h, mais plutôt sur 25h et 15min. Ainsi, selon les caractéristiques génétiques de chaque individu, les « couche-tôt » ont en général une horloge biologique rapide de moins de 24h, contrairement aux « couche-tard » dont l'horloge est plutôt lente de plus de 24h. C'est la captation de la lumière du jour par nos yeux et l'alternance avec l'obscurité de la nuit qui nous permettent chaque jour de recalibrer notre horloge biologique sur un rythme jour/nuit de 24h. (2) De là découle donc aussi l'importance des donneurs de temps et de l'alternance jour/nuit chez le nourrisson dont nous reparlerons. Les différences que l'on constate en pratique entre les « petits et les gros dormeurs » chez l'enfant portent surtout sur le sommeil de jour en matière de nombre et de durée des siestes, les besoins en sieste étant très différents d'un enfant à l'autre. Le tempérament influence également le sommeil entre les bébés vifs champions de l'exploration en comparaison aux bébés plus calmes. Enfin, au-delà de ces caractéristiques intrinsèques qui rendent chaque bébé unique, l'environnement familial, la culture, les croyances et les traditions de chaque famille influencent également les habitudes de sommeil. L'hérédité est ainsi modulée par l'éducation, l'environnement et le contexte affectif. Par conséquent, ce qui compte est que chaque parent soit attentif à son propre enfant, car étant tous différents, c'est progressivement que les parents vont apprendre à découvrir le rythme propre de leur enfant, ainsi que ses signes de fatigue personnels. (11) Et c'est à cette condition préalable qu'ils pourront agir de manière appropriée pour donner dès le plus jeune âge de bonnes habitudes à leur petit dans le respect de son rythme individuel.

I.2. Organisation du sommeil selon les âges

La période des 0-3 ans est une période cruciale pour la mise en place du sommeil futur. C'est dans ce laps de temps que s'organise et se stabilise le sommeil pour comporter vers 3 ans les mêmes stades que ceux de l'adulte. (12) On constate en particulier une grosse évolution de l'organisation du sommeil dans les 6 premiers mois de vie, étape capitale dans la maturation de l'horloge biologique avec mise en place du rythme circadien, l'identification de l'alternance jour/nuit et l'apprentissage de l'autonomie à l'endormissement. (2) Comme on peut le constater sur les hypnogrammes et agendas de sommeil ci-dessous, le sommeil de l'enfant évolue considérablement dans ses trois premières années : la durée de sommeil diminue progressivement, en particulier celle du sommeil diurne avec un sommeil de nuit s'allongeant progressivement pour devenir prédominant, et au-delà de la durée c'est aussi le type de sommeil qui se transforme (phases de sommeil calme/agité puis lent/paradoxal). Ainsi à 3 ans une grande partie de cette maturation du sommeil est réalisée et si elle s'est faite dans de bonnes conditions, elle constituera une base solide pour le reste de la vie de l'enfant. (21)



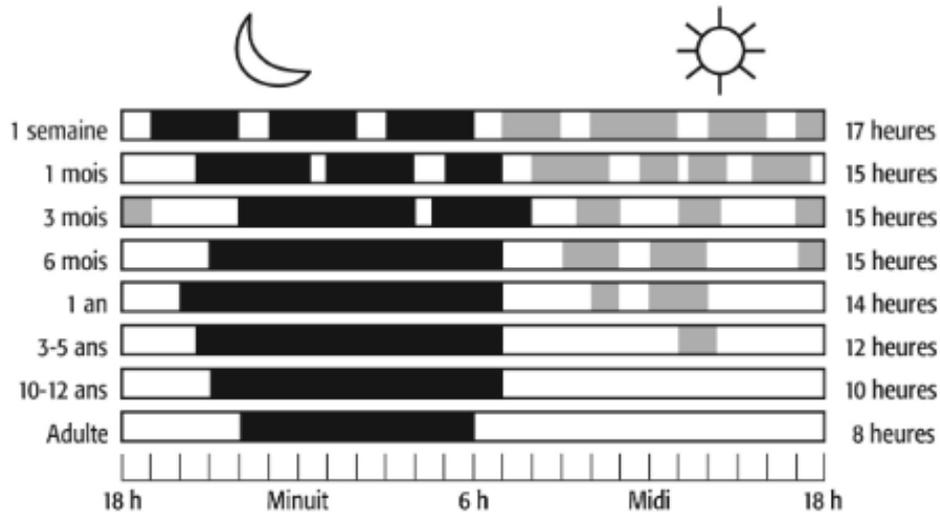


Figure 2 – Organisation du sommeil selon l'âge (horaires à titre indicatif), selon le CHU Ste Justine (23)

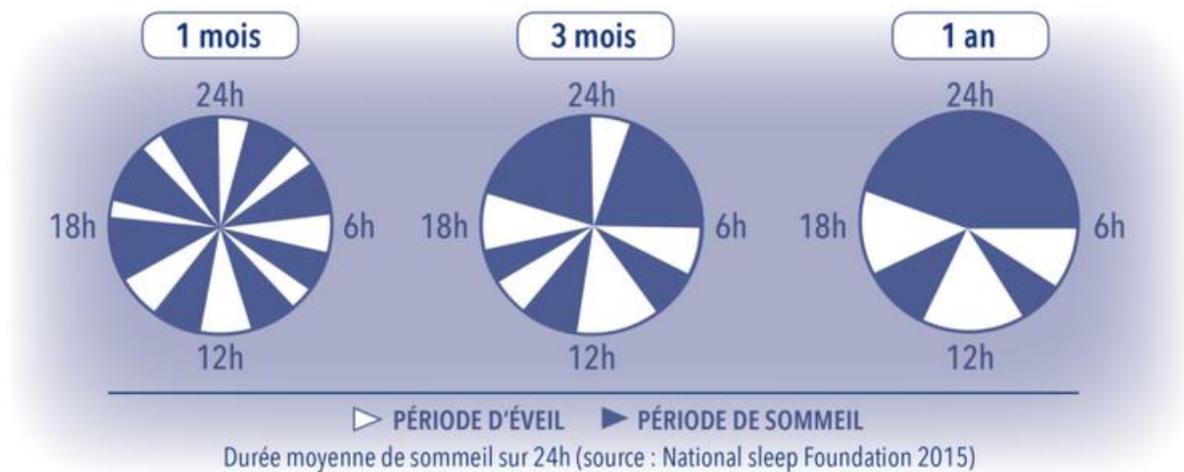


Figure 3 – Evolution de l'organisation du sommeil dans la première année de vie (horaires à titre indicatif), selon le réseau Morphée (4)

I.2.1. Le fœtus

Le fœtus dort quasiment tout le temps de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Son sommeil est indépendant de celui de la mère. In utero, dès 20 semaines de gestation, le fœtus alterne des périodes d'immobilité et d'agitation, dont la périodicité d'environ 50min est déjà pratiquement identique à celle du cycle de sommeil du nouveau-né. (2) L'horloge biologique débute vers 18 semaines de gestation avec une organisation fonctionnelle dès 24 semaines,

souvent marquée par des périodes d'agitation en soirée. Dès 25 semaines de gestation apparaissent les premières périodes de sommeil agité qui se stabilisent vers 27 semaines avec une alternance plus régulière des périodes de sommeil calme et de sommeil agité. A 36 semaines, cette alternance est bien régulière. Le sommeil agité est majoritaire et diminue progressivement pour atteindre 55 à 60% du temps de sommeil à l'approche du terme. (4) Ainsi, de 38 à 40 semaines on retrouve des quantités de sommeil calme et agité pratiquement identiques à celle du nouveau-né.

Dans le cas d'un enfant prématuré, le développement de son sommeil ne dépendra pas de son poids ni de l'âge légal de l'enfant, mais bien de son âge conceptionnel. Ainsi le sommeil d'un enfant prématuré en bonne santé est comparable à celui du fœtus de même âge gestationnel, et évoluera de la même manière que s'il était resté in utero. (2) (4) Pour la suite, on évoquera l'évolution du sommeil selon l'âge en considérant l'enfant né à terme et en bonne santé.

I.2.2. Le nouveau-né : de 0 à 1 mois

Le nouveau-né, du terme à la fin de son 1er mois, dort entre 14 et 17h/24h, avec une moyenne de 16h par jour. Il y a bien sûr beaucoup de variations d'un bébé à l'autre, et cela peut aller chez certains jusqu'à 20h par jour au début. (24)

Dans les toutes premières semaines de vie, il ne fait pas encore la différence entre le jour et la nuit, et ses périodes de sommeil s'organisent par périodes de 3-4 heures, interrompues par des réveils brefs correspondant aux périodes d'alimentation. C'est ce que l'on appelle le rythme ultradien : son rythme n'étant pas réglé sur 24h, le nouveau-né à l'horloge biologique immature se réveille fréquemment sans distinction jour/nuit et peut même parfois dormir plus le jour que la nuit.

Il s'endort en sommeil agité, au sein ou au biberon le plus souvent bien blotti contre sa mère. De la naissance à 2 mois chaque cycle de sommeil, constitué d'une période de sommeil agité et d'une période de sommeil calme, dure de 50 à 60 min (contre 90 à 120min chez l'adulte), avec un enchaînement de trois ou quatre cycles pour une période de sommeil de 3 à 4h consécutives le premier mois. (16) Entre 2 cycles, le nouveau-né est tout près de l'éveil et présente souvent une courte période d'éveil naturelle (éveil intra sommeil). Le sommeil agité représente 50 à 60% du sommeil total (contre 20 à 25% chez l'adulte). Il n'y a pas de différence dans la composition du sommeil entre la première et seconde partie de nuit, ni entre matin et après-midi.

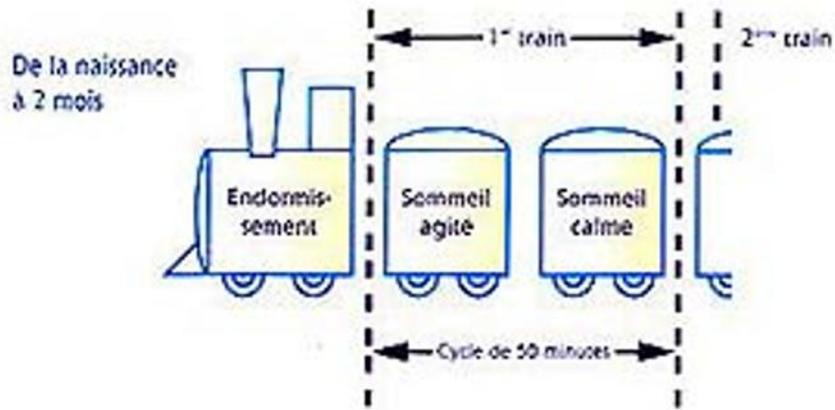


Figure 4 – Trains du sommeil de 0 à 2 mois, selon Prosom et Challamel (17)

Source : [http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/train2.php_\(17\)](http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/train2.php_(17))

Le sommeil agité est l'équivalent du sommeil paradoxal chez l'adulte. Il se reconnaît par un visage expressif chez le nouveau-né, animé de mimiques où passent les différentes émotions : joie avec sourire aux anges, tristesse, dégoût, surprise, froncement de sourcils, etc. Les muscles de bébé sont relâchés mais cette atonie musculaire est entrecoupée de nombreux mouvements : il s'étire, bouge les doigts, peut devenir rouge, grogner ou gémir etc. Il peut même arriver qu'il pleure ou qu'il ouvre les yeux un court instant et cligne des paupières. Sa respiration est irrégulière, les mouvements oculaires rapides. Cela dure de quelques secondes à 1-2 min puis le nouveau-né se calme à nouveau. L'activité de son cerveau est intense au cours de cette phase. Il peut sembler parfois éveillé mais il n'en est rien, en revanche ce sommeil est fragile, et a une durée variable de 15 à 45min. (2)



Image 2 – Le sommeil agité

Credit : « File:Newborn Julia » by Niceria Lira is licensed under CC BY-SA 4.0. <<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>>, via Wikimedia Commons

Le sommeil calme est l'équivalent du sommeil lent chez l'adulte. Au cours de cette phase, le nouveau-né est immobile, ses yeux sont fermés sans mouvements oculaires, son visage est détendu et ses muscles sont toniques : il dort « à poings fermés ». Il peut parfois avoir des petits mouvements de succion périodiques. Sa respiration est calme et régulière. Le sommeil au cours de cette phase est quant à lui bien stable et a une durée fixe d'environ 20min. (17)



Image 3 – Le sommeil calme

Credit : « File:My 2014-02-05 19-11 » by Noorwifenisha is licensed under CC BY-SA 3.0. <<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via Wikimedia Commons

Points de vigilance sur le sommeil agité et les éveils inter cycles :

De la connaissance de cette organisation du sommeil du nouveau-né se dégagent deux points de vigilance très importants à connaître des parents :

- Premièrement, il est essentiel de savoir distinguer le sommeil agité d'une phase d'éveil ou d'un réveil. En effet, comme nous venons de le voir, au cours du sommeil agité le nouveau-né bouge beaucoup, est expressif voire bruyant et peut même ouvrir les yeux. Il n'est pour autant pas réveillé ! Or ce sommeil est fragile. Ainsi, si l'on intervient trop rapidement dans cette phase en le prenant dans les bras par exemple, on risque d'interrompre son sommeil et de le réveiller complètement. Il faut donc savoir distinguer une phase d'éveil véritable où tout le corps s'agite, les yeux sont grands ouverts, de la phase de sommeil agité. De plus, le nouveau-né s'endormant souvent en sommeil agité, il peut parfois donner l'impression de ne pas parvenir à s'endormir, de s'énerver, amenant certains parents à intervenir et par cette stimulation à le réveiller complètement et/ou l'empêcher de s'endormir, alors qu'il était naturellement en train de rentrer dans son sommeil par une phase de sommeil agité. Certains nourrissons ont ainsi besoin de pleurer pour trouver leur sommeil, et c'est une notion cruciale à comprendre pour certains parents très interventionnistes.

- Deuxièmement, le passage d'un cycle de sommeil à l'autre est fréquemment marqué par un éveil bref physiologique. Au cours de cet éveil, bébé peut pleurer quelques instants ou regarder autour de lui. (21) De la même manière, il est important de ne pas intervenir de manière systématique au cours de ces éveils qui sont de courte durée et ne correspondent pas à un besoin particulier de l'enfant mais seulement à un changement de cycle. Le nouveau-né va donc s'apaiser de se rendormir de lui-même, à condition de lui en laisser la possibilité. Cela constituera notamment un des pré requis à l'apprentissage de l'autonomie à l'endormissement.

I.2.3. Le nourrisson de 1 à 3 mois

Entre 1 et 3 mois, le temps de sommeil du nourrisson reste à peu près inchangé, entre 14 et 18h/24H. En revanche c'est l'organisation de ce sommeil qui évolue. En effet, à partir de 1 mois, l'horloge biologique du nourrisson commence à se régler sur 24h. Ainsi, vers 8 à 10 semaines bébé commence à distinguer le jour de la nuit et on observe l'émergence d'une périodicité organisée sur 24h : c'est le rythme circadien. (21) (24) Les plages de sommeil nocturne s'allongent un peu et les éveils dans la journée aussi avec en général un période d'éveil plus longue en fin de journée. Il continue à s'endormir en sommeil agité qui occupe moins de temps avec environ 35% du temps de sommeil total à 3 mois, diminuant principalement sur le sommeil de jour, en devenant en parallèle de plus en plus stable pour se rapprocher du sommeil paradoxal de l'adulte. Entre 2 et 3 mois, c'est aussi le sommeil calme qui se transforme beaucoup puisque l'on observe l'émergence du sommeil lent léger et profond comme chez l'adulte. (2) En ce qui concerne l'endormissement, il commence à pouvoir s'endormir petit à petit sans tétée et c'est à cette période que l'on peut commencer progressivement à le coucher encore éveillé dans son lit. (24)

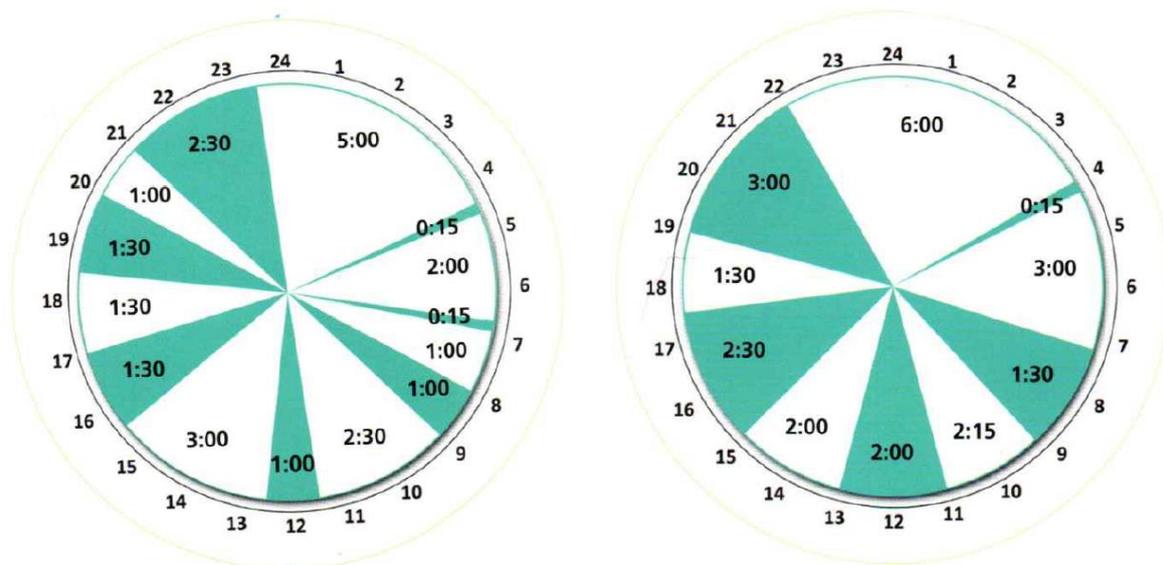


Figure 5 – Portrait type de l'organisation veille sommeil vers 2 mois (à gauche) et 3 mois (à droite) (horaires indicatifs, d'après Arna Skula dans *Bonne nuit, bébé*) (20)

I.2.4. Le nourrisson de 3 à 6 mois

Le temps de sommeil diminue à cet âge pour atteindre environ 12 à 15h/24h entre 4 et 11 mois. (24) La période 3-6 mois constitue une période d'adaptation et d'autonomisation progressive : le sommeil nocturne se consolide, l'horloge biologique se synchronise sur 24h, les périodes d'éveil et de sommeil sont de plus en plus régulières et l'alimentation nocturne disparaît progressivement (5-6 mois), conditions permettant au nourrisson de « faire ses nuits » dans cette période entre 3 et 6 mois. (3) Il acquiert de plus petit à petit les capacités d'auto-apaisement lui permettant de se rendormir seul en cas de réveils nocturnes. Ainsi, en général vers 4 mois tout est en place pour permettre un sommeil nocturne d'environ 8 ou 9h (période de sommeil sans éveil signalé aux parents), avec des variations inter individuelles bien sûr. Une fois le sommeil nocturne consolidé, le sommeil diurne est composé de 3 siestes : le matin, en début d'après-midi et en fin d'après-midi. Vers 3 mois environ, les phases de sommeil agité disparaissent au profit du sommeil paradoxal plus stable et comparable à celui de l'adulte (sommeil des rêves), et occupe environ 1/3 du temps de sommeil total à 6 mois, diminuant surtout au cours du sommeil de jour. Ainsi, le sommeil lent occupe à 6 mois environ 55% du temps de sommeil. (17) Entre 2 et 6/9 mois chaque cycle de sommeil, maintenant composé des trois stades comme chez l'adulte de sommeil paradoxal et de sommeil lent léger/profond, s'allonge pour durer environ 70 minutes, avec de courtes périodes d'éveil entre les cycles. (10) Concernant l'endormissement, entre 3 et 6 mois le nourrisson acquiert la capacité à s'endormir

seul, le rituel doit donc être adapté en étant de moins en moins interventionniste : on passe du corps à corps à la voix chantée (du bercement physique au bercement vocal) en le couchant encore éveillé dans son lit.

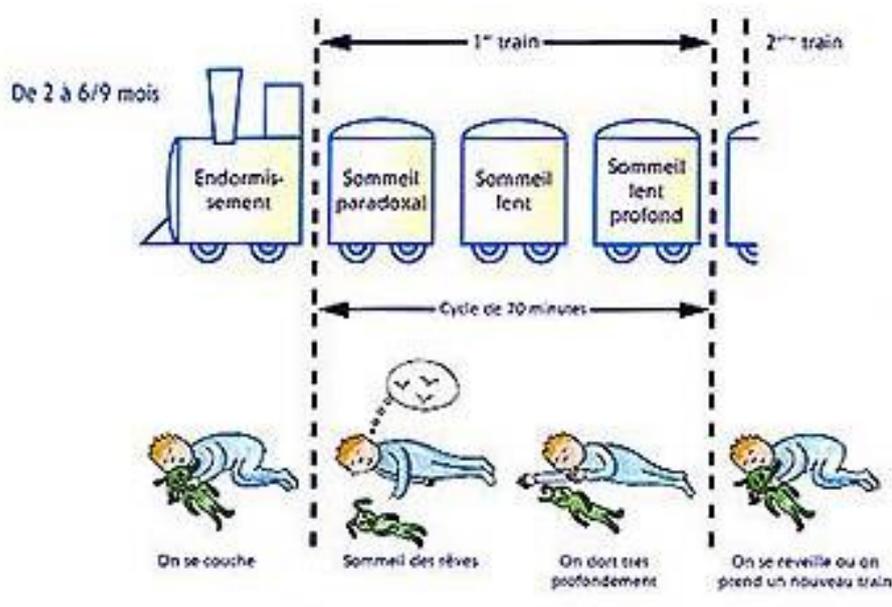


Figure 6 – Trains du sommeil entre 2 et 6/9 mois, selon Prosom et Challamel (17)

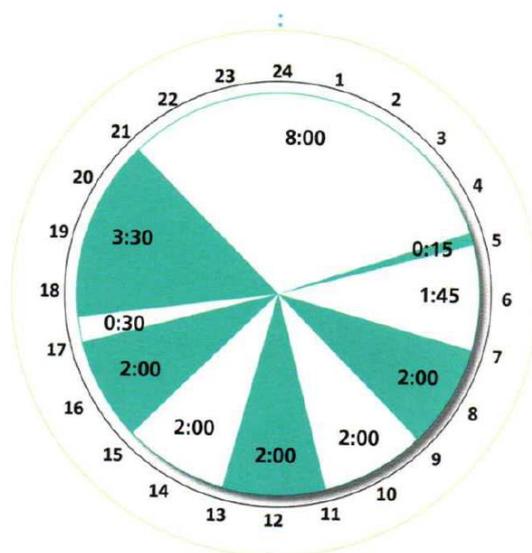


Figure 7 – Portrait type de l'organisation veille sommeil du nourrisson de 5 mois faisant 3 siestes, (horaires indicatifs, d'après Arna Skula dans *Bonne nuit, bébé*) (20)

I.2.5. Le nourrisson de 6 à 12 mois

Entre 6 et 12 mois le temps de sommeil total évolue peu : environ 13 à 14h de sommeil par 24h à 1 an. Cette durée sur 24h est à peu près stable d'un enfant à l'autre, les différences inter individuelles s'observant surtout sur le sommeil de jour. En revanche la structure du sommeil se rapproche progressivement de celle de l'adulte avec davantage de sommeil lent profond en début de nuit et de sommeil paradoxal en fin de nuit. (25) Ainsi, la période de sommeil sans éveil signalé aux parents est en moyenne de 10h et 15min à 12mois. (2) Les cycles de sommeil restent d'environ 70min à 1 an. Le sommeil paradoxal disparaît presque complètement au cours des siestes et diminue aussi la nuit à partir de 9 mois, pour atteindre environ 20% du temps de sommeil nocturne comme chez l'adulte. En parallèle, dès 1 an le sommeil léger augmente et le sommeil lent profond acquiert une grande stabilité. (11) Vers 6 mois, les rythmes de sommeil sont normalement acquis, l'horloge biologique est bien en place avec une différenciation jour/nuit acquise et une organisation circadienne consolidée, le nourrisson doit donc pouvoir faire ses nuits. (18) Concernant le sommeil diurne, entre 4 et 9 mois on compte en général 3 siestes (matin, après-midi et fin de journée), la dernière sieste disparaissant entre 9 et 12 mois (repère indicatif) à 2 siestes par jour : une le matin et une en début d'après-midi. (12) Progressivement, l'endormissement se fait comme chez l'adulte en sommeil lent et non plus en sommeil paradoxal. (2) (21) A cet âge, le nourrisson prend conscience de son environnement et peut être inquiet de la séparation, d'où l'importance des rituels et d'un environnement de sommeil stable à visée de réassurance. Un enfant doit normalement dormir seul à 9 mois. (24)

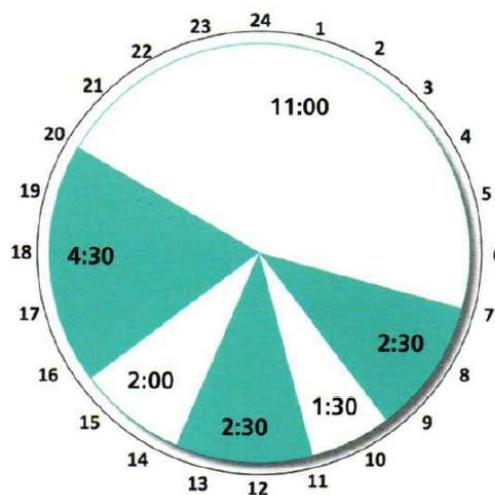


Figure 8 – Portrait type de l'organisation veille sommeil d'un nourrisson de 7-8 mois (horaires indicatifs, d'après Arna Skula dans *Bonne nuit, bébé*) (20)

I.2.6. De 1 à 3 ans

Un enfant dort en moyenne entre 11 et 14h par 24h entre 1 et 2 ans, 10 à 13h/24h à 3ans (avec une moyenne de 10h de sommeil nocturne). Les cycles de sommeil vont progressivement s'allonger à partir de 2 ans pour atteindre 90 à 120 min comme chez l'adulte vers 3-4 ans. L'enfant s'endort en sommeil lent. Il présente moins d'éveils nocturnes mais des éveils physiologiques persistent notamment entre 0 et 5h du matin mais passent inaperçus car l'enfant se rendort tout seul. Le sommeil diurne évolue beaucoup : il est en général composé de 2 siestes d'environ 1h30 par jour avec disparition de la sieste du matin vers 18 mois (repère indicatif), remplacée par une sieste plus longue de 2-3h en début d'après-midi en général juste après le repas du midi qui est souvent avancé. (25) Mais il existe d'importantes différences entre les enfants. Cette dernière sieste de début d'après-midi, persiste de manière très variable d'un enfant à l'autre jusqu'à entre 2 et 5 ans. Ces modifications de sommeil de jour entraînent une réorganisation du sommeil nocturne : le sommeil lent profond augmente en particulier en première partie de nuit, pour atteindre 36% du sommeil total à 3 ans, période où peuvent apparaître les phénomènes de parasomnies en lien avec ce sommeil lent (cf. partie III.6). (24)

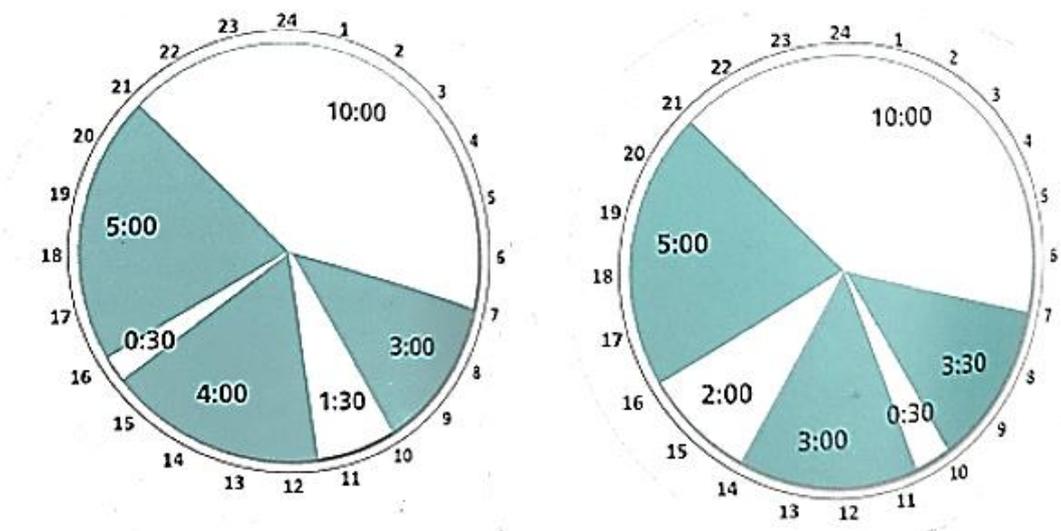


Figure 9 – Organisation veille sommeil d'un enfant sur le point de faire 1 seule sieste (horaires indicatifs, d'après Arna Skula dans *Bonne nuit, bébé*) (20)

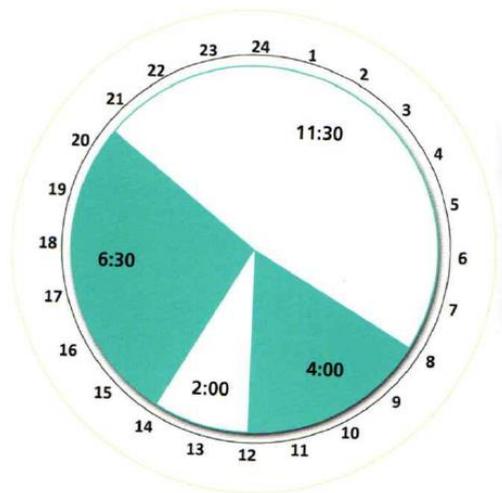


Figure 10 – Portrait type de l’organisation veille sommeil vers 18 mois
(horaires indicatifs, d’après Arna Skula dans *Bonne nuit, bébé*) (20)

I.2.7. Au-delà de 3 ans

Entre 3 et 5 ans, le temps de sommeil total est de 10 à 13h/24h avec disparition progressive du sommeil de jour. La dernière sieste de début d’après-midi disparaît à un âge très variable selon les enfants, entre 18 mois et 5 ans, mais ne persiste en général pas après 6-7 ans maximum. (3) En général, à l’entrée en école maternelle la sieste continue la première année en petite section pour disparaître au cours de la moyenne section. Selon l’étude de L’institut des Mamans menée en 2014 sur 1780 mères d’enfants de 6 mois à 11 ans en France entière, 97,7% des enfants faisaient la sieste en PS contre 62,3% en MS, avec une sieste préservée pour 59% des 3-5 ans dont 1/3 la faisaient régulièrement, puis cette prévalence chute rapidement pour atteindre 9% faisant la sieste à partir de 6 ans. (26) Certains enfants peuvent ainsi avoir encore besoin de faire la sieste à 4 ans voire jusqu’à 5-6 ans, dans ce cas s’ils ne la font plus régulièrement notamment lorsqu’elle n’est plus faite à l’école, on ne les y force pas en revanche on propose un temps calme en début d’après-midi sur le mercredi et les week-ends où cours duquel l’enfant sera parfois amené à s’endormir s’il en a finalement besoin. A partir de 3 ans, les cycles durent désormais comme chez l’adulte de 90 à 120 min, et comportent les mêmes stades que ceux de l’adulte. Le sommeil paradoxal occupe 20 à 25% du temps de sommeil total comme chez l’adulte, et avec la disparition de la dernière sieste la première partie de nuit s’enrichit encore en sommeil lent profond (22)

EN RESUME :

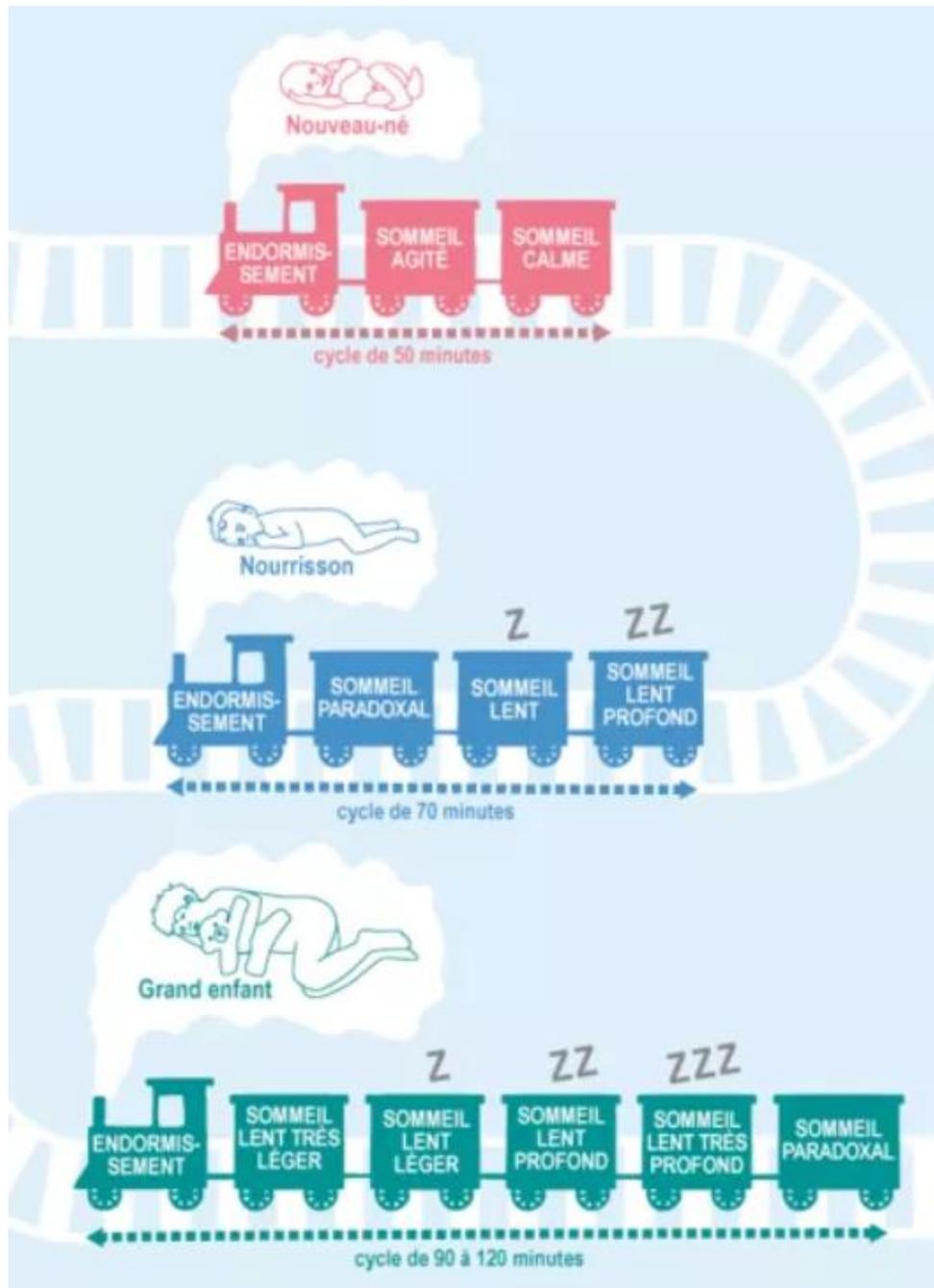


Figure 11 – Evolution des trains du sommeil avec l'âge (selon le site de l'Assurance Maladie)

(12)

| AGE | Temps de sommeil | Rythme veille - sommeil |
|-----------------------|--------------------------|--|
| Terme – 1 mois | 14 – 17 h (0-3 mois) | Rythmes ultradiens de 3-4 h (de l'alimentation), irréguliers. Sommeil agité / Sommeil calme. S'endort en sommeil agité après une tétée. |
| 1 à 3 mois | | Emergence du rythme circadien de 24h et du sommeil lent. |
| 3 à 6 mois | 12 – 15 h (4-11 mois) | Consolidation progressive du sommeil nocturne avec synchronisation rythme jour/nuit, suppression progressive de l'alimentation nocturne (5-6 mois) |
| 6 à 12 mois | | De 4 à 9 mois : en général 3 siestes (matin, après-midi et fin de journée), A 12 mois : 2 siestes (<i>repère indicatif</i>). |
| 1 à 3 ans | 11 – 14 h (1-2 ans) | En général 1 à 2 siestes dans la journée. A 18 mois : 1 sieste (<i>repère indicatif</i>). |
| > 3 ans | 10 – 13 h (3-5 ans) | Disparition progressive du sommeil de jour. |

Tableau 1 – Evolution des rythmes de sommeil selon l'âge (24)

II. LE SOMMEIL ELEMENT CENTRAL : NOTIONS CONNEXES

II.1. Sommeil et sécurité

II.1.1. Prévention de la Mort Subite du Nourrisson

La Mort subite du nourrisson concerne 0,03 à 0,09 % des bébés de la naissance à 1 an, le risque étant plus important entre 2 et 6 mois. Il s'agit donc d'un évènement rare mais qui reste cependant une des principales causes de décès pendant la première année de vie et représente toujours 30% des décès survenant entre 28 jours et 1 an. (27) Nous n'en connaissons pas encore les causes, en revanche certains facteurs de risque sont bien connus aujourd'hui, et ont conduit aux recommandations de couchage actuelles : (28) (16) (29)

- Toujours coucher bébé **sur le dos** +++ : la nuit comme au cours des siestes, dès la naissance. Ne jamais coucher sur le ventre ni sur le côté, même en cas de reflux. C'est la principale mesure de protection contre le MSN qui a fait significativement baisser la mortalité observée, passant de 1,7 nourrisson sur 1000 naissances à 0,4 pour 1000 naissances depuis la mise en place des campagnes de prévention en 1993 autour du coucher sur le dos. (27) Une fois le retournement ventre-dos acquis vers 5-6 mois, il est conseillé de continuer à le coucher sur le dos jusqu'à 1 an, en revanche le risque de MSN étant beaucoup plus faible, il n'est plus nécessaire de le remettre à chaque fois sur le dos s'il se retourne sur le ventre au cours de son sommeil.

- Le **choix du lit** est important : il doit respecter les normes NF et correspondre à l'âge de l'enfant. Privilégier le lit à barreaux et éviter les tours de lit. Les lits parapluie doivent rester des lits d'appoint d'utilisation très ponctuelle.

- Utiliser un **matelas** ferme et plat, adapté aux dimensions du cadre de lit, avec un drap housse bien ajusté au matelas et bien fixé en-dessous. Il ne faut jamais ajouter de matelas dans les lits parapluie (utiliser uniquement le matelas d'origine), le bébé pourrait se coincer entre le matelas ajouté et la toile souple du lit.

- **Ne pas utiliser de couverture, draps ni couette et pas d'oreillers** avant l'âge de 2 ans. Privilégier la gigoteuse ou turbulette, toujours bien adaptée à sa taille, pour la nuit comme pour les siestes. Il est conseillé de faire dormir bébé à plat. Si une surélévation est vraiment nécessaire (par exemple en cas de RGO...) préférer l'ajout d'une couverture roulée en dessous

du matelas. Bébé doit pouvoir bouger sans problème : éviter donc les coussins d'allaitements, les cocons, coussin de positionnement, couvertures ou serviettes roulées pour le forcer à rester sur le dos. Ne pas placer d'objets mous ou moelleux sous bébé (pas de peau de mouton ou serviette éponge).

- **Ne pas placer de jouets, de peluches** (par ailleurs potentiellement sources d'allergènes) ou autres objets mous à risque d'asphyxie dans le berceau. De manière générale, ne laisser aucun objet pouvant recouvrir son visage ou s'enrouler autour de son cou : lange, vêtement, cale bébé, collier, cordon de rideau ou de tétine, etc. Penser à retirer les mobiles et jeux suspendus lorsque bébé se met à quatre pattes.

- La **température** de la chambre doit être comprise entre 18 et 20°C afin d'éviter toute chaleur excessive. Ainsi, on adapte aussi l'habillement de bébé à la température extérieure en le faisant dormir si besoin en simple pyjama ou body. Un repère peut être d'adapter la température de la chambre agréable pour un adulte habillé légèrement. Le degré d'hygrométrie idéale se situe entre 40 et 50%. (23) Si l'atmosphère de la pièce est trop sèche on peut placer un bol d'eau sur le radiateur par exemple. Il faut aérer la pièce régulièrement, au moins 15-30min par jour.

- Faire dormir bébé dans **son propre lit** (pas de partage de lit, le cododo est plus discuté). Ne jamais faire dormir bébé sur le canapé, dans un fauteuil, un pouf ou encore dans un lit d'adulte, même pour une courte sieste et même avec un adulte surtout si risque d'assoupissement (fatigue, consommation de médicaments psychotropes ou d'alcool, etc). Le canapé est un important facteur de risque de MSN dans les études. De la même manière, il est conseillé de ne pas dormir avec son bébé et de ne pas s'endormir avec lui dans les bras. Ne pas le laisser dormir avec un autre enfant ou un animal, ni seul dans le parc.

- Il est conseillé de faire dormir bébé **dans la chambre des parents** jusqu'à l'âge de 6 mois

- **Pas de tabagisme passif** : ni dans la maison (jamais dans sa chambre) ni dans la voiture, même lorsque bébé n'y est pas. Pas de tabac pendant la grossesse.

- **Ne jamais donner de médicaments** pour faire dormir un bébé



Image 4 – Exemple de conditions de couchage inadaptées à la prévention de la MSN.

Crédit : sujet Mélody KERHERVE, tous droits réservés

Quelques autres situations nécessitent une certaine vigilance de la part des parents : il peut arriver que bébé s’endorme au cours des promenades en écharpe ou en porte bébé. Dans ce cas veillez à l’installer en position verticale le visage bien dégagé à l’air libre et visible, et qu’il n’ait pas la tête trop fléchie en avant. Autres conseils : le lit doit être aspiré régulièrement pour éliminer les acariens. Eviter l’entrée des animaux de compagnie dans la chambre. Attention à placer le lit de manière à ce que le soleil n’éblouisse pas le bébé.

Certains facteurs ont également été repérés dans les études comme protecteurs de la MSN : l’allaitement maternel à toujours encourager, l’usage de la tétine la première année de vie (mais à ne préconiser qu’après l’âge d’1 mois de façon à ne pas perturber la mise en route de l’allaitement maternel dont l’efficacité va surtout dépendre du premier mois), l’utilisation de la gigoteuse ou du surpyjama et l’installation du berceau dans la chambre des parents au cours des 6 premiers mois. (27)

II.1.2. Le matériel de puériculture

En matière de sécurité, le choix du lit est important. Quelques points de vigilance sont à repérer :

1/ Choisir un lit adapté à l’âge de l’enfant : même si le couffin peut être utilisé dans les premières semaines (jusqu’à 3 mois environ) on lui préférera en général le berceau car le couffin dispose de parois pleines et est donc moins aéré. Il faudra donc s’assurer que bébé a le plus de place possible autour de sa tête et le prendre assez large. Il faudra aussi le poser de façon stable, et le choisir avec des parois solides et un matelas ferme. Le berceau est utilisable de la naissance jusqu’à 6 mois (en pratique, jusqu’à ce que le bébé ne puisse plus gigoter à sa guise dans le

berceau ou qu'il cherche à s'asseoir). Le lit à barreaux est possible jusqu'à 3 ans et peut s'utiliser dès la sortie de maternité. Le passage au lit simple « de grand » se fait en général vers les 2-3 ans, selon la taille et l'agilité de l'enfant, avec la possibilité de dormir avec un petit oreiller à ce moment-là. Certains lits appelés « lits évolutifs » permettent de s'adapter jusqu'au lit junior. Enfin, il est préférable d'éviter le lit superposé avant 6 ans. (16)

2/ Choisir un lit qui respecte les normes de sécurité NF EN 1130 qui stipulent un espacement des barreaux inférieur à 7cm, une hauteur de montants de lit suffisamment haute d'au moins 60cm pour éviter les chutes, une peinture sans plomb ne s'écaillant pas. Le lit doit être stable, s'il dispose de roulettes il faudra penser à les bloquer durant le sommeil. S'il est équipé de montants qui s'ouvrent vérifier qu'ils soient bien bloqués lorsque bébé dort. Ne pas l'installer près d'un radiateur ou de rideaux que le petit risque de vouloir toucher. En détails, la révision de la norme NF EN 1130 publiée le 25/01/2020 prévoit : (30)

- pour les couffins (premiers mois de vie) : doivent répondre aux normes NF EN 1446 à savoir disposer d'une assise rigide et de poignées solides ne dépassant pas 30cm de longueur.

- pour les berceaux (naissance à 6 mois) : doivent répondre aux normes NF EN 1130-1 à savoir disposer d'une assise rigide, de parois rigides d'une hauteur d'au moins 20cm avec un espace entre matelas et parois qui ne doit pas dépasser 1cm, des barreaux dont l'espacement ne dépasse pas 7cm, présence de freins en cas de pieds à roulettes, etc. En ce qui concerne les berceaux cododo munis d'une barrière amovible permettant de coller la partie ouverte au lit parental, ils doivent veiller à conserver un espace propre au bébé pour dormir.

- pour les lits à barreaux (naissance à 3ans), le plus souvent munis d'un sommier réglable en hauteur pour accompagner la croissance du bébé : ils doivent répondre aux normes NF EN 716-1 à savoir disposer de panneaux d'une hauteur minimale de 60cm et des barreaux verticaux dont l'espacement ne dépasse pas 7cm.

- pour les lits pliants ou lits parapluie (naissance à 3 ans) : doivent répondre aux normes NF EN 716, et constituer uniquement des lits d'appoint utilisés de manière occasionnelle et sans ajout de matelas supplémentaire.

3/ De manière générale, une grande prudence est de mise en ce qui concerne le matériel de puériculture d'occasion. En effet, les normes de sécurité en matière d'articles de puériculture sont réglementées par le décret n°91-1292 du 20/12/1991, qui impose entre autres le marquage des articles français par la mention « conforme aux exigences de sécurité ». (31) On recommande de façon générale avant l'achat d'un article de puériculture de vérifier qu'il

correspond à l'âge, la taille et le poids de l'enfant, qu'il est bien destiné à l'usage prévu et de ne pas le modifier ni le réparer soi-même. Dans la mesure du possible on évitera les lits de seconde main. A défaut, il faudra être vigilant à ce que le lit choisi respecte les normes. Solidité des barreaux, espacement de moins de 70mm, types et état de la peinture, année de conception, propreté, correspondance aux normes NF etc., autant de paramètres à passer soigneusement en revue. Il pourra être utile dans ce cas de repasser un coup de peinture et de changer le matelas, qui est un des éléments essentiels dans la prévention de la MSN comme nous l'avons vu (15)

II.2. Alimentation et sommeil

Comme nous l'avons vu, les premières semaines les rythmes de l'alimentation et du sommeil sont dépendants l'un de l'autre. Vers 8 à 10 semaines le nourrisson va commencer à distinguer le jour de la nuit et à concentrer ses prises alimentaires sur la journée pour boire moins la nuit. (16) Cependant, même après cet âge les rythmes nutrition et sommeil restent intimement liés et donc mettre de l'ordre dans l'horaire des repas aura très souvent un effet positif sur les rythmes de sommeil, et inversement.

II.2.1. Faut-il réveiller bébé pour manger ?

La règle générale est qu'on ne réveille pas un bébé qui dort. En effet, un enfant en bonne santé et qui prend bien du poids n'a pas besoin d'être réveillé la nuit pour manger. Ainsi, entre 0 et 3 mois il n'est pas inquiétant qu'un nourrisson fasse des plages de sommeil de 5 à 6 h, au contraire ! Ce qui doit interpeler, c'est la conjonction de 3 facteurs : absence de tétée dans la nuit + peu de sommeil diurne + prise de poids limitée. (15) Dans ce cas un avis médical est requis. Dans certaines situations spécifiques : bébés prématurés, de petits poids de naissance ou prenant mal du poids, ET sur recommandation médicale, il pourra parfois être nécessaire de réveiller l'enfant la nuit pour le nourrir. Dans les autres situations, quand bébé va bien et grossit bien on ne le réveille pas d'autant plus qu'on l'a vu, le sommeil est indispensable à la croissance et à la maturation du cerveau donc il est important que bébé puisse dormir autant qu'il en a besoin. (21)

II.2.2. A partir de quel âge bébé peut se passer de manger la nuit ?

Jusqu'à 4-5 mois, un nourrisson peut encore avoir besoin d'un biberon nocturne car il n'a pas encore toujours la capacité de stocker suffisamment de calories pour la nuit. Mais à partir de 5kg le nourrisson n'a besoin que de 4 repas par jour et donc en principe, un bébé de 4-5 mois

non prématuré et en bonne santé n'a plus besoin d'être alimenté la nuit, et souvent de manière un peu plus tardive vers 5-6 mois pour un bébé allaité où il peut encore persister une tétée nocturne vers 6 mois. (17) (27) (4) (18) Il est important de noter qu'avoir ou non un gros biberon le soir n'influencera pas la durée des cycles de sommeil, au contraire si l'estomac est trop plein cela risque de générer un inconfort et des régurgitations. De plus, il est fortement déconseillé d'endormir bébé au sein ou au biberon chaque soir ou de répondre par l'alimentation à chaque réveil nocturne, au risque de créer un conditionnement anormal défavorable à son autonomisation. On peut retenir de manière générale qu'au-delà des 6 mois, si bébé (né à terme, en bonne santé et non hypotrophe) réclame encore des biberons la nuit ce n'est pas par besoin nutritionnel mais plutôt par habitude et plaisir, et qu'il faudra donc l'accompagner pour trouver d'autres moyens de s'apaiser en cas de réveil nocturne.

II.3. Les pleurs

II.3.1. Les « coliques du nourrisson »

Les « pleurs du soir » sont des pleurs survenant en fin d'après-midi ou début de soirée, en général entre 18h et minuit, durant en moyenne 45min à 3h. Ils sont bénins et surviennent chez le bébé en bonne santé. (32) Ils débutent vers 2-3 semaines de vie pour atteindre leur maximum vers 6-8 semaines (2 mois) pour s'atténuer puis disparaître vers 4-5 mois. (33) Durant cette période, les pleurs physiologiques semblent intensifiés : ils sont plus fréquents, plus intenses, durent plus longtemps et semblent inexplicables et inconsolables. Bébé a mangé, il est propre, a eu son câlin... pourtant il continue de pleurer, n'est pas apaisé par l'alimentation et est très difficile à consoler.

Ce que l'on appelle « coliques du nourrisson » sont en fait les « pleurs excessifs », définis par une durée de plus de 3h par jour, pendant plus de 3 jours par semaine, depuis plus de 3 semaines. Ils ont les mêmes caractéristiques que les pleurs du soir classiques. Ces pleurs surviennent souvent au pic des 6-8 semaines et suivent la même courbe pour s'estomper vers 4 mois. Ils touchent jusqu'à 20% des nourrissons. Bébé a les poings serrés, le front plissé, le visage rouge et peut même sembler avoir mal. Sa position cuisses repliées sur le ventre, parfois ballonné avec émission de gaz, peut donner l'impression à ses parents qu'il a des difficultés de digestion, des « coliques ».

Pourtant ces « pleurs inexplicables », impressionnants pour les parents, sont très fréquents chez l'enfant de cet âge. Ils ne sont le plus souvent pas le signe d'une maladie et n'ont en général

aucun lien avec des troubles digestifs. Ainsi, 15 à 30% des bébés de moins de 3-4 mois pleurent plus de 3h par jour en étant en parfaite santé. (16) On ne leur retrouvent une cause médicale que dans 5% des cas. (2)

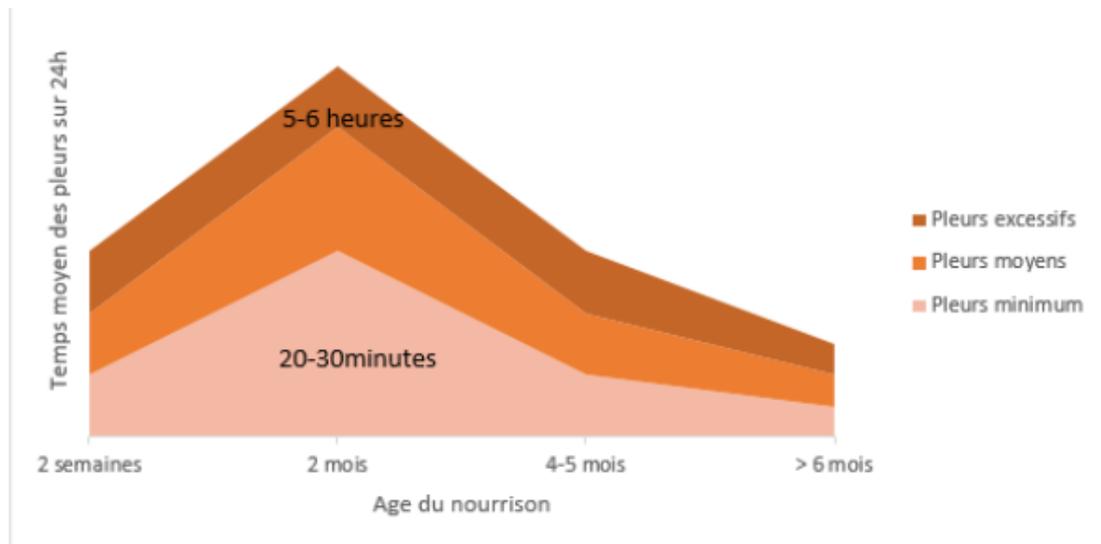


Figure 12 – Courbe des pleurs physiologiques du nourrisson
D'après le réseau sécurité naissance – ressources parents (33)

Quelle cause à ces pleurs du soir ?

Le terme de colique du nourrisson est trompeur car il suggère que tous ces pleurs sont en lien avec des troubles digestifs, ce qui n'est pourtant pas le cas. En effet, si certains auteurs les attribuent à une mauvaise digestion du lactose, d'autres leur opposent que ces pleurs surviennent pourtant essentiellement le soir et non à chaque tétée. Certains chercheurs émettent l'hypothèse d'une immaturité gastro intestinale notamment sur la base de certaines études mettant en évidence une flore intestinale différente chez les bébés ayant des « coliques », ces experts préconisant donc chez ces enfants des probiotiques mais qui n'ont pas encore pu faire la preuve de leur efficacité. (34) Une étude américaine de faible ampleur étude Rhoads en 2009 a ainsi montré une flore intestinale plus pauvre et des signes d'inflammation intestinale via la mesure de la calprotectine fécale mais sans pouvoir identifier de différence selon le régime alimentaire du nourrisson. (35) Par conséquent, il n'y a pas aujourd'hui de preuve formelle d'une cause digestive aux pleurs du soir. De plus, les pleurs entraînent eux-mêmes une déglutition d'air qui peut être à l'origine de gaz ou favoriser les régurgitations.

Les mécanismes et causes de ces pleurs ne sont donc pas encore complètement élucidés mais en réalité, pour mieux les comprendre il faut prendre en compte l'évolution du sommeil chez le nourrisson, sans oublier qu'à cet âge les caprices n'existent pas et que les pleurs restent un moyen de communication pour lui. (33) Ainsi, ces dysrythmies du soir seraient une exagération des pleurs physiologiques du nourrisson en lien avec la mise en place de l'organisation circadienne dans les premiers mois. En effet, quand on enregistre l'activité physique et cérébrale du fœtus, on retrouve déjà cette phase d'agitation entre 18 et 20h que beaucoup de mamans ressentent d'ailleurs. (25) Ces pleurs du soir seraient donc chez le nourrisson le premier indice de l'apparition d'un rythme circadien sur 24h sous la forme d'un hyperéveil agité en fin de journée. (2) Par conséquent ces pleurs ont un rôle physiologique de « décharge émotionnelle » en fin de journée, sans lien la plupart du temps avec un besoin particulier ou un problème somatique. Ils constituent une étape normale du développement et certains bébés pleureraient plus que d'autres en raison de leur tempérament et/ou d'un surplus de stimulation dans la journée ou de fatigue.

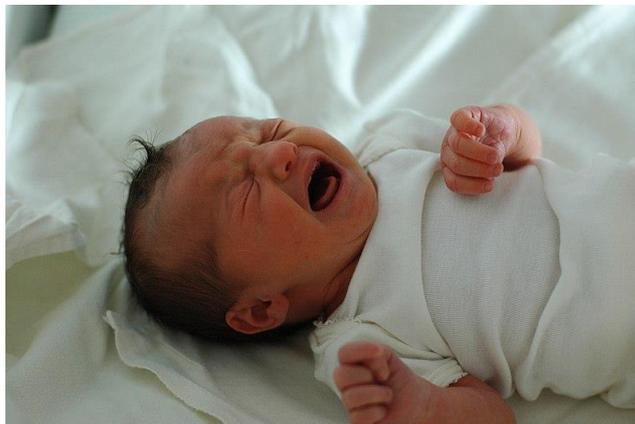


Image 5 – Les pleurs du nourrisson

Crédit : « File:Crying newborn » by Jean-Jacques Milan is licensed under CC BY-SA 2.0. <<http://www.flickr.com/photos/inferis/112448305/> « Inferis » > , via Wikimedia Commons.

Conduite à tenir :

Bien que bénins, ces pleurs peuvent être épuisants pour les parents et conduire à certaines réactions inadaptées : sevrage anormalement précoce de l'allaitement maternel ; voire dangereuses : partage de lit, syndrome du bébé secoué. Il est donc important d'interroger et d'accompagner les familles afin de les aider à avoir la bonne conduite à tenir.

Que faire en cas de pleurs ?

Le plus simple et rassurant pour les parents est de procéder par étapes :

1/ la première chose à identifier est de savoir si bébé a réellement besoin d'une intervention. Dans les 4 premiers mois la réponse aux pleurs se veut en général rapide. S'ils surviennent au cours de son sommeil, lui laisser un peu de temps et ne pas intervenir tout de suite au risque de le réveiller d'une phase de sommeil agité. On vérifie ainsi tout d'abord que les besoins de base sont satisfaits : a-t-il faim ? Est-il fatigué ? A-t-il besoin d'être changé ? A-t-il trop chaud ou trop froid ? On vérifiera également que bébé est dans un environnement de sommeil adapté (bruit, lumière).

2/ Ensuite on élimine toujours une cause somatique potentielle et au moindre doute on consulte le médecin traitant : douleur ? fièvre ? autres signes associés ? Ainsi la cause somatique de ces pleurs devra toujours être éliminée +++

3/ Si des signes digestifs ont été repérés par les parents et les inquiètent, on peut leur proposer de mettre bébé à plat ventre sur l'avant-bras sur les genoux, de faire des petits massages dans le sens des aiguilles d'une montre +/- avec ses hanches repliées, en dehors des périodes douloureuses, de mettre du chaud sur le ventre, etc. Sans que ces mesures aient prouvé leur efficacité dans la prise en charge des coliques du nourrisson, elles ne comportent pas de risque particulier et peuvent parfois conduire à un certain apaisement et une réassurance des parents. Certains bébés avalent beaucoup d'air en mangeant, on peut proposer de changer le débit de la tétine s'ils semblent manger trop vite, nourrir bébé dans le calme et penser à bien incliner le biberon afin qu'il n'y ait pas d'air dans la tétine. (18) Certains médecins utilisent également des traitements à base de probiotiques ou le julep gommeux, mais de la même manière que le changement de lait, ces traitements n'ont pas prouvé leur efficacité dans ce cadre-là. (32) Certains parents emmènent leur bébé chez l'ostéopathe, là aussi on y retrouve sûrement un effet placebo. Ce qui est sûr c'est qu'il est préférable d'éviter les changements de lait intempestifs qui demandent au nourrisson de se réhabituer à chaque fois et qui peuvent pour le coup réellement perturber le transit.

4/ Une fois tous ces paramètres éliminés, si tout va bien, qu'il pleure sans raison apparente c'est qu'il décharge. (32) En fait, la conduite à tenir passe essentiellement par la présence rassurante des parents auprès de bébé. On veillera à créer une atmosphère apaisante dans la pénombre et dans un lieu calme et silencieux. Au cours des crises on alternera phases de câlin, bercement, peau à peau, portage, massages, bain d'eau tiède dans le calme et

l'obscurité, berceuses, chants, musique douce, lui parler d'une voix douce et apaisante ; et moments où on pose bébé, voire où on sort faire une promenade en poussette ou en voiture. Il faut en tous cas éviter de stimuler bébé au risque de le surexciter, et procéder étape par étape en essayant une action à la fois. (33) On peut être amené à proposer une tétine, en pensant à reconsidérer cette habitude après 3 mois quand la période des pleurs se terminera. La technique de l'emballage peut parfois aider en ayant un effet apaisant, mais cette technique n'est pas recommandée au cours du sommeil surtout au-delà de 2 mois en raison des mouvements importants du bébé et du risque de MSN s'il se met sur le ventre. (16)

II.3.2. Prévention maltraitance et bébé secoué

Dans tous les cas il est essentiel de rester calme car bébé peut ressentir le stress parental et y répondre en augmentant ses pleurs. Il est important aussi en tant que professionnel de repérer les situations à risque de maltraitance notamment en cas de parents épuisés. Lorsqu'un parent est à bout face aux pleurs de son enfant, on lui recommande de le laisser pleurer un moment dans son lit en sécurité, en retournant le voir toutes les 5-10 min pour s'assurer que tout va bien. Bébé ne court aucun danger, il est en sécurité dans son lit, et pendant quelques minutes le parent s'accorde une pause nécessaire en sortant de la pièce, en appelant une personne ressource, etc. Si l'on se sent désarmé il est important de savoir passer la main : à l'autre parent ou un ami de confiance. En cas de sensation de perte de contrôle, il ne faut pas rester seul : on peut appeler un proche, un professionnel ou encore le 119 numéro d'urgence. (32) Les parents doivent être informés que quel que soit la situation, il ne faut jamais secouer le bébé ou donner des sédatifs. (7) Une consultation médicale est en général nécessaire dans ces situations.

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des pleurs du nourrisson est donc multiple : il élimine une pathologie somatique en repérant notamment certains signes d'alerte : pleurs à toute heure ou rythmés par les tétées, associés à des signes digestifs ou une mauvaise prise alimentaire, une mauvaise prise de poids, des pleurs très précoces dès les premiers jours de vie ou persistants au-delà des 3 mois, la présence d'autres signes associés tels que douleur, fièvre, troubles du tonus, etc. Il refait le point sur l'alimentation afin d'éliminer des erreurs alimentaires, une suralimentation, l'absence du rot, etc. (16) Ensuite, il délivre des informations et conseils adaptés, intervient le cas échéant dans la prévention de la maltraitance et du syndrome du bébé secoué, et rassure les parents en réaffirmant le caractère répandu et

temporaire du phénomène, qui n'a aucune conséquence néfaste et ne nuit pas au bon développement de l'enfant.

II.4. Les autres causes « digestives » hors coliques

II.4.1. Reflux gastro-œsophagien

Le RGO est très probablement plus fréquemment incriminé qu'il n'est réellement responsable de troubles du sommeil. En effet, il est en général responsable de régurgitations simples mais plus rarement de vraies douleurs présentes en cas d'œsophagite qui est heureusement bien plus rares que les régurgitations simples. De la même façon le RGO non extériorisé est probablement surdiagnostiqué dans ce contexte. En cas de vraies douleurs, en général les tétées sont compliquées avec difficulté à terminer les biberons, pleurs au moment des biberons, troubles du sommeil et parfois impact sur la croissance. Dans ces situations, on peut proposer de faire des pauses au milieu des tétées pour limiter la quantité d'air absorbée, éviter les couches et vêtements trop serrés comprimant l'estomac, en revanche il faut toujours continuer de coucher bébé sur le dos. On conseille d'éliminer l'allaitement nocturne dès que possible en respectant le soir un intervalle de 20-30 min entre la dernière tétée et l'heure du coucher. En général, une consultation médicale est nécessaire pour discuter l'adaptation du lait vers une formule AR anti-reflux, voire la mise en place d'un traitement spécifique anti acide. En revanche, on veillera à éviter les changements de laits itératifs et notamment trop précoce après l'instauration d'une nouvelle formule qui nécessite toujours un temps d'adaptation du système digestif du nourrisson avec une modification fréquente et bénigne du transit et des selles.

II.4.2. Allergies et intolérances

L'allergie aux protéines de lait de vache APLV :

L'APLV est un diagnostic difficile à poser, reposant sur des signes peu spécifiques, responsable d'environ 10% des troubles du sommeil rebelles du petit enfant. (4) L'insomnie dans le cadre de l'APLV est de survenue précoce avant 1 an, avec un sommeil très fragmenté, une durée de sommeil très courte, une hypersudation nocturne, une hyperactivité diurne, un temps de sieste aussi très diminué en journée. (27) Le mécanisme physiopathologique des troubles du sommeil dans l'APLV n'est pas encore connu. Ce diagnostic est très probablement

aujourd'hui évoqué par excès en cas de pleurs et troubles du sommeil. En effet, c'est une pathologie rare ne touchant que 3% des enfants, et en général on y retrouve d'autres signes associés et souvent des antécédents familiaux d'atopie. Il est donc toujours nécessaire d'avoir un avis médical afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic, avant de faire une modification du lait.

Cliniquement, elle se manifeste dès les premiers mois de vie et peut prendre deux formes : la forme immédiate de diagnostic plus aisé (urticaire, vomissements, diarrhées, rhinite, conjonctivite, jusqu'au choc anaphylactique, avec apparition des symptômes dans les minutes à 2h suivant l'ingestion), ou retardée plus fréquente et de diagnostic plus complexe. Dans cette dernière on peut retrouver des manifestations d'eczéma, des vomissements et diarrhées fréquents, des régurgitations, une mauvaise prise de poids ou cassure de la courbe staturo-pondérale. Mais ces symptômes n'étant pas rythmés par les repas, leur mise en relation avec l'alimentation est plus difficile pour le clinicien. En général, le nourrisson atteint d'APLV présente plusieurs symptômes et le diagnostic est peu probable en cas de symptôme isolé. Un avis spécialisé est souvent nécessaire pour poser le diagnostic de certitude : par prise de sang pour recherche d'IgE et tests cutanés pour la forme immédiate, et test d'éviction réintroduction pour la forme retardée.

Le traitement repose sur le régime d'éviction des protéines de lait de vache via l'utilisation d'hydrolysats. En cas d'échec, on discutera les préparations à base d'acides aminés. On évitera les laits d'animaux type chèvre, brebis ou jument qui ne sont pas assez nutritifs pour le nourrisson et donc à risque de carences mais aussi d'allergie croisée par des protéines en commun avec le lait de vache. De même pour les laits végétaux type soja, amande, riz, châtaigne, pas assez nutritifs et jus de soja à risque d'allergie. L'APLV est aussi possible en cas d'allaitement maternel par passage des protéines dans le lait maternel. La mère pourra continuer d'allaiter mais en évitant les laitages dans son alimentation. Vers 4 mois, avec la diversification on sera vigilant aux produits laitiers mais aussi à la présence de ce type de protéines dans les aliments transformés : caséine, caséinate, lactalbumine, lactoglobine, lactoprotéine, lactose, protéines lactées... (36)

Heureusement, cette allergie tend à disparaître avec l'âge, et après quelques mois de régime sans PLV un test de réintroduction peut se faire. On attend entre 3 et 18 mois selon les symptômes initiaux de l'allergie pour réintroduire petit à petit les PLV en commençant à l'hôpital.

L'intolérance au lactose :

L'APLV doit être différenciée de l'intolérance au lactose qui résulte d'un manque en lactase et n'est pas une allergie. Le lactose non digéré par l'estomac est fermenté par les bactéries du tube digestif, ce qui conduit à la production de gaz responsables de ballonnements parfois douloureux. (36) Tout comme l'APLV, l'intolérance vraie au lactose est rare.

Cette intolérance est à elle-même distinguer de la mauvaise digestion du lactose se manifestant en général par des pleurs après un intervalle libre de 20 à 30 min après chaque tétée avec des ballonnements abdominaux, une émission de gaz, des selles liquides, etc. Dans ces cas-là, on choisit une formulation d'un lait pauvre en lactose. (15)

II.4.3. Autres

II.4.3.1. Réflexe gastro-colique

Le réflexe gastro-colique est un phénomène physiologique d'accélération du péristaltisme intestinal en particulier du colon après le remplissage de l'estomac entraînant généralement l'émission d'une selle après le repas. Ce réflexe peut parfois être exagéré et devenir douloureux en particulier chez les enfants « gloutons » ou avalant beaucoup d'air en buvant sans faire de pause ou en l'absence de rot. Dans ces cas-là, on préconise de donner la tétée dans le calme, en prenant le temps de faire des pauses pour faciliter l'émission de rot, on peut essayer un changement de tétine pour du silicone plus dur que le latex, utiliser une valve pour limiter la déglutition d'air ou éventuellement opter pour une formulation plus épaissie pour permettre une tétée plus lente. On évitera les élastiques qui serrent trop à la taille ou les couches trop serrées, on pourra même parfois être amené à changer le nourrisson au milieu du repas. En cas d'allaitement maternel avec un fort réflexe d'éjection, on pourra laisser s'écouler ce premier jet avant de mettre bébé au sein. (15)

II.4.3.2. Constipation

La constipation peut parfois être douloureuse et générer pleurs et troubles du sommeil. Dans ces situations, une consultation médicale est utile pour éliminer un diagnostic différentiel, discuter l'adaptation du lait, encourager l'hydratation, essayer les massages abdominaux cuisses repliées sur le ventre. En cas d'échec de ces mesures hygiéno-diététiques, un traitement spécifique par macrogol pourra se discuter avec le médecin.

II.4.3.3. Satiété non satisfaite

Un enfant qui a faim va évidemment réclamer, pleurer et donc mal dormir. Un point sur l'alimentation sera donc nécessaire en veillant à la bonne prise de poids de bébé, et il sera parfois nécessaire de revoir avec la mère la technique d'allaitement.

II.4.4. Comment distinguer les pleurs ?

On l'a vu, la notion de « pleurs » peut recouvrir des réalités multiples. Alors dans tout cela comment faire la part des choses afin de s'orienter sur la cause des pleurs ?

En premier lieu, comme toujours on sera attentif aux éventuels signes associés afin d'éliminer de manière systématique une cause somatique.

Deuxièmement, l'horaire de ces pleurs est souvent informatif : le soir de façon régulière pour les pleurs du soir et coliques ; pleurs rythmés par l'alimentation pour le réflexe gastro-colique, l'APLV, la satiété non satisfaite, la mauvaise digestion du lactose et parfois le RGO ; ou à toute heure du jour ou de la nuit pour le RGO, la constipation et parfois l'APLV dans sa forme retardée. (15)

Enfin, le ressenti des parents est à toujours prendre en compte. En effet, personne ne connaît aussi bien le tout-petit que ses parents. Le tout pour eux va être d'apprendre avec le temps à distinguer les pleurs de recherche de sommeil des pleurs du soir des pleurs de manifestation d'un problème somatique chez leur petit. Avec l'expérience leur expertise est précieuse pour le clinicien : « là il ne pleure pas comme d'habitude ».

II.5. La plagiocéphalie

Avec les préconisations de position de couchage sur le dos sont arrivées les inquiétudes quant au phénomène de la « tête plate ». En réalité plus que la position de couchage, il faut surtout se tourner vers l'utilisation florissante des coques de transport (type cosy) et transat qui limitent les mouvements de rotation cervicale et favorisent la plagiocéphalie positionnelle. On limitera donc le temps passer en cosy au trajet en voiture, et on préférera la nacelle du landau pour les promenades les premiers mois en veillant à ce que bébé soit libre de ses mouvements. A l'éveil, on le placera sur le tapis d'éveil avec des jeux posés au sol tout autour de sa tête, plutôt que dans le transat et/ou l'arche. On profite des périodes de change et de jeux pour attirer son attention sur chaque côté et on privilégie la position verticale dans les bras pour les interactions parents/enfants. (27) En journée quand il est bien éveillé, on peut le placer quelques minutes plusieurs fois par jour sur le ventre selon sa tolérance et toujours sous surveillance parentale. On peut modifier périodiquement l'orientation de son lit dans la chambre, par rapport

à la porte ou la fenêtre, pour l'encourager à regarder de l'autre côté. On évite les coussins de plagiocéphalie potentiellement dangereux (15) et surtout on ne couche pas bébé sur le ventre ni sur le côté. (29)

II.6. Les écrans

Il est désormais bien établi que l'exposition précoce aux écrans est délétère au sommeil mais aussi au développement, amenant même certains spécialistes à parler d'un nouveau trouble du neurodéveloppement l'EPEE pour Exposition Précoce et Excessive aux Ecrans, responsable de retard de langage, de troubles de l'attention, d'agitation et de troubles du comportement en cas de suppression des écrans. Pourtant cette exposition reste encore bien trop répandue chez les tout-petits. L'enquête nutri bébé de 2013 a ainsi montré que 15% des bébés de 15 jours à 3 mois mangeaient devant un écran de télévision, ce chiffre atteignant les 29% pour les enfants de 0 à 3 ans. La cohorte Elfe ayant suivi 18329 nouveau-nés en 2011 a publié un rapport en 2018 qui met en évidence qu'un enfant sur deux commence à regarder la télévision avant ses 18 mois, deux enfants sur trois de 2 ans la regardent quotidiennement, et dès 2 ans c'est 28% des parents qui déclarent que leur enfant joue sur un ordinateur ou une tablette une à deux fois par semaine. (2) Or, il semble y avoir un lien avec le sommeil, puisque les symptômes décrits sont similaires à ceux retrouvés en cas de manque de sommeil sur des nuits trop courtes ou de mauvaise qualité : troubles cognitifs, difficultés de concentration et d'apprentissage, problème de mémorisation, troubles de l'humeur et du comportement avec hyperactivité. Et ce n'est pas sans raison car il est scientifiquement démontré que les écrans ont un impact sur la durée et la qualité du sommeil.



Image 6 – Les écrans, néfastes au sommeil du nourrisson

*Credit : « Baby phone- » by Indigo Skies Photography is licensed under CC BY-NC-ND 2.0.
<<https://creativecommons.org/licenses/by-nd-nc/2.0/jp/?ref=openverse>>.*

II.6.1. Relation entre écrans et temps de sommeil

On l'a vu, la lumière a un impact sur l'horloge circadienne qui dépend de son intensité et de la durée d'exposition, c'est pourquoi il est conseillé de faire le noir complet pour dormir. Mais cet impact dépend aussi de la couleur de la lumière. Ainsi la lumière bleue, celle émise par les écrans, active 100 fois plus les cellules à mélanopsine que la lumière blanche. Ces cellules de la rétine, sensibles à l'intensité de la lumière, informent le cerveau de la luminosité extérieure afin d'inhiber la sécrétion de mélatonine. (2) Or les enfants sont davantage sensibles à cet effet. Ainsi, l'exposition aux écrans retarde la sécrétion de mélatonine et donc l'endormissement. (23) On dispose de peu d'études sur l'impact en pratique des écrans chez les moins de 6 ans. L'étude de Chen et ses collègues d'une cohorte de 714 enfants âgés de 0 à 2 ans vivant à Singapour, tend à montrer une relation inverse entre le temps de télévision et la durée de sommeil, corrélation encore plus forte chez les moins de 6 mois. (2) L'étude britannique de Celeste Cheung sur 715 enfants de 6 mois à 3 ans, a mis en évidence que 51% des 6-11 mois utilisaient quotidiennement un écran tactile, et 92% pour les 25-36 mois. (2) Elle a montré une association significative entre l'utilisation d'un écran tactile et la diminution du temps de sommeil sur 24h dans la proportion de 15,6 min de pertes pour chaque heure supplémentaire d'utilisation de la tablette, mais aussi un impact sur la diminution du temps de sommeil nocturne, l'augmentation du temps de sommeil diurne et l'allongement de la latence d'endormissement. Ainsi, plusieurs autres études montrent également un impact des écrans dont les smartphones et tablettes sur un temps de sommeil plus court et une latence d'endormissement plus importante. (2)

II.6.2. Relation entre écrans et qualité de sommeil

L'étude de Helm en 2019 a montré que l'exposition aux écrans avait pour conséquence un sommeil non seulement plus court mais aussi de moins bonne qualité et des enfants qui dormaient davantage dans la journée. L'étude de Brokmann dans Sleep Medicine de 2016 tend à faire un lien entre la présence de la télévision dans la chambre de l'enfant et la fréquence de certaines parasomnies (terreurs nocturnes, cauchemars, somniloquie) avec des enfants plus fatigués au réveil. (2) Au total, les études concernant les jeunes enfants présentent des résultats concordants en termes d'impact du temps passé devant les écrans sur un endormissement retardé, des nuits écourtées et de moins bonne qualité.

Par conséquent, aujourd'hui les recommandations sont les suivantes :

- Ecrans fortement déconseillés avant l'âge de 3 ans. (7) Notamment pour les parents : vigilance à ne pas utiliser d'écran (smartphone notamment) à proximité de bébé.
- Pas d'écran le matin avant d'aller à l'école
- Pas d'écran dans l'heure qui précède le coucher (difficultés d'endormissement et détérioration de la qualité de sommeil)
- Pas d'écran dans la chambre
- Pas d'écran à l'heure des repas (même en arrière-plan)
- Limiter les écrans à moins d'une heure par jour pour les 3-5 ans et moins de 2h chez l'enfant d'âge scolaire
- Chaque heure passée devant un écran devrait être compensée par une heure d'activité physique
- A tous les âges, discuter avec les enfants de ce qu'ils regardent

II.7. Autres : attachement, environnement, lien mère-enfant, etc.

Comme on peut le constater, le sommeil est donc une question centrale dans le développement autant psychomoteur que psychoaffectif du petit enfant. Parmi les nombreuses notions connexes qui gravitent autour d'elle, on retrouve aussi celle de l'attachement et du lien mère-enfant. En effet, au cours des premiers mois bébé apprend lentement qu'il est un être distinct de sa mère. Cette séparation peut parfois être complexe, d'autant plus qu'elle survient tardivement ou dans les situations de familles monoparentales. Chez ces enfants qui ont du mal à se développer une identité propre, la relation mère enfant peut parfois devenir éprouvante pour l'un comme pour l'autre avec des réveils multiples la nuit notamment. Et cela est d'autant plus marqué dans les situations de forte anxiété maternelle ou de dépression où on peut observer des enfants très demandeurs, se réveillant beaucoup la nuit et pleurant davantage pour s'assurer que « maman va bien », ce qui paradoxalement à l'inverse peut rapidement devenir épuisant et éprouvant pour la mère déjà en souffrance. Il est donc important dans ces cas-là de prendre en compte cette séparation de la mère nécessaire au bon développement de l'enfant, en déterminant qui prendra soin de bébé et dans quel contexte, réaffirmant l'importance de la place du père (ou d'une autre personne de confiance en son absence). Lorsque cette séparation s'avère compliquée malgré ces mesures et que bébé réagit négativement, on décidera donc d'y aller plus progressivement en commençant par exemple par un temps de jeux avec un tiers de confiance (qui peut être le père bien-sûr), la maman restant présente dans la pièce. Puis

progressivement, maman sortira parfois de la pièce et on passera ensuite la main aussi pour les soins quotidiens comme changer la couche, donner le biberon, etc. jusqu'à faire coucher bébé le soir par une autre personne que la mère. L'objectif étant qu'en procédant par étapes, bébé s'habitue à ce que d'autres personnes prennent soin de lui. (20)

III. LES TROUBLES DU SOMMEIL

III.1. Troubles du sommeil / sommeil pathologique

Avant de parler des troubles du sommeil, il faut d'abord bien comprendre de quoi on parle et définir correctement le sommeil physiologique, les troubles du sommeil et le sommeil pathologique.

Ces distinctions sont particulièrement importantes afin de différencier ce qui est inconfortable ou jugé comme anormal pour les parents, de ce qui peut réellement être considéré comme pathologique. Ainsi, les éveils nocturnes sont physiologiques chez l'enfant mais sont à distinguer selon les âges : ne pas faire ses nuits à 3 mois est par exemple tout à fait normal, même si c'est inconfortable pour les parents ce n'est médicalement pas pathologique. C'est pourquoi il est essentiel d'avoir de grands repères de normalité en termes de sommeil (cf. I.2. Organisation du sommeil selon les âges) même s'il est difficile de parler de « norme » en matière de sommeil. Savoir notamment que la période des premières semaines de vie est une période fatigante en règle générale puisqu'il faut deux à trois mois pour qu'un rythme veille/sommeil se mette en place, que le sommeil du nourrisson est marqué par des phases agitées où peuvent survenir des pleurs physiologiques, que c'est la période des pleurs du soir et que les multiples réveils nocturnes sont la norme. Il faut donc rassurer les parents sur cette période normale de maturation cérébrale qui peut être difficile mais transitoire. Dans cette distinction sommeil physiologique / sommeil pathologique, s'ajoute l'importante distinction à faire entre plainte rapportée (par les parents en général) et la réalité de ce que peuvent être les troubles. Ainsi, notre sensibilité et notre perception du temps étant impactés naturellement par la fatigue, il est parfois possible que la durée ou l'intensité des troubles ou de leur retentissement soient surévalués par des parents épuisés. A l'inverse, certains parents répondront toujours « oui » à la question « est-ce qu'il/elle dort bien ? », peut-être par tolérance supérieure à la fatigue, par définition personnelle différente de ce qui est attendu de l'enfant en termes de « sommeil normal », notamment en cas d'expériences (similaires ou différentes) avec un autre

enfant par exemple. Il est ainsi parfois compliqué pour le médecin de faire la part des choses entre ce qui est rapporté par les parents et la réalité de la situation. C'est pourquoi, l'interrogatoire précis et complet est un enjeu majeur de la consultation, permettant parfois de dédramatiser certains troubles décrits comme catastrophiques, ou à l'inverse de mettre le doigt sur certaines anomalies non spontanément déclarées par les parents. Avoir l'analyse de plusieurs personnes autour de l'enfant, poser des questions factuelles et précises, réaliser un agenda de sommeil, etc. sont autant d'outils à mettre en œuvre pour évaluer correctement la situation.

On peut commencer à évoquer un trouble du sommeil en fonction du retentissement de ces insomnies sur la vie de l'enfant mais aussi de sa famille. Ce qui est gênant n'est pas tant le réveil de l'enfant mais la sollicitation systématique des parents à chacun de ces réveils. (3) Des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents avec difficultés d'auto apaisement, des conditionnements anormaux à l'endormissement, etc. sont autant de troubles sur lesquels on peut agir tôt en prévention afin d'éviter leur chronicisation et des répercussions diurnes trop importantes. Il faut également savoir distinguer les troubles persistants de perturbations transitoires qui peuvent survenir à l'occasion d'un événement passager et qui sont fréquentes, notamment dans les moments de nouvelles acquisitions motrices (comme la marche), un changement d'environnement (déménagement, mise en place d'un mode de garde), ou une pathologie somatique aiguë (otite par exemple). Devant des troubles du sommeil on se demandera donc : sont-ils isolés ou non ? Sont-ils réguliers ? Sont-ils prolongés ? Sont-ils durables ? Quel est leur impact sur l'enfant et sa famille ? (25)

De la réponse à ces questions, le sommeil peut être considéré comme médicalement pathologique lorsque le retentissement sur l'enfant est important avec des conséquences en journée (asthénie, troubles cognitifs ou du comportement, etc.), mais aussi sur la famille (dépression, risque de maltraitance, schéma familial très perturbé), a fortiori si ces troubles se chronicisent. Des réveils très fréquents, quotidiens, et très prolongés devront également alerter. L'environnement et la situation familiale seront à toujours évaluer car en lien étroit avec le sommeil (bébé peut ressentir les difficultés relationnelles dans le couple, l'anxiété ou la dépression maternelle, etc.). Enfin, le sommeil pathologique peut aussi s'insérer dans un cadre syndromique de pathologie somatique, de troubles du neurodéveloppement, de maladies chroniques ou génétiques, de troubles psychiatriques, etc. Il est donc important dans ces cas-là d'être vigilant à la présence ou non de signes associés.

III.1.1. Et les parents ?

Evaluer l'impact du sommeil sur les parents :

Même si la question du sommeil se pose en général en consultation de suivi du nourrisson centrée sur la santé de ce dernier, il est indéniable que les répercussions sur les parents peuvent être non négligeables même si l'enfant va parfaitement bien de son côté. On n'oubliera pas que la plainte rapportée par les parents doit être analysée à la lumière de leurs limites floues et subjectives entre sommeil normal et trouble du sommeil, les parents identifiant rarement les causes des troubles du sommeil de leur enfant. Ce sujet reste cependant une préoccupation majeure de la plupart des parents parfois très inquiets de trouver une solution, souvent conseillés de-ci de-là par des proches, de la famille, internet ou de nombreux professionnels, qui peuvent rentrer en contradiction les uns avec les autres, retardant la demande d'avis médical. L'épuisement parental se retrouve alors fréquemment être la porte d'entrée en consultation, les parents étant souvent demandeurs de solution immédiate. Il paraît donc impossible de prendre en charge efficacement l'enfant sans prendre aussi en charge les parents et évaluer le retentissement des troubles sur leur vie et leur moral. L'étude de l'institut des mamans a ainsi évalué l'impact des troubles du sommeil chez les parents d'enfants de 6 à 35 mois. (26) La fatigue parentale est évaluée avec un impact fort dans 52% des cas, l'anxiété parentale avec un impact fort à plus de 30%, en revanche il y a peu d'impact rapporté par les parents sur la santé de leur enfant ou les autres enfants de la famille. La première solution mise en place d'après cette étude est chez 73% des parents le rituel avant le coucher et un climat propice au sommeil. Par contre, seulement 14% d'entre eux consultaient leur médecin pour ces problèmes. L'homéopathie était utilisée dans 13% des cas, et les médicaments dans 1,2%. 21% des parents, soit plus d'un sur 5, ne mettaient rien de particulier en place pour remédier à ces problèmes, pensant que cela passerait avec le temps. Ces stratégies tendaient à évoluer avec l'âge, avec chez l'enfant plus grand : adaptation des repas du soir, arrêt des sodas, limitation des écrans. Le rituel quant à lui diminuait en grandissant restant cependant la première solution mise en place chez 55% des 9-11 ans contre 73% des 6-35 mois. (26)

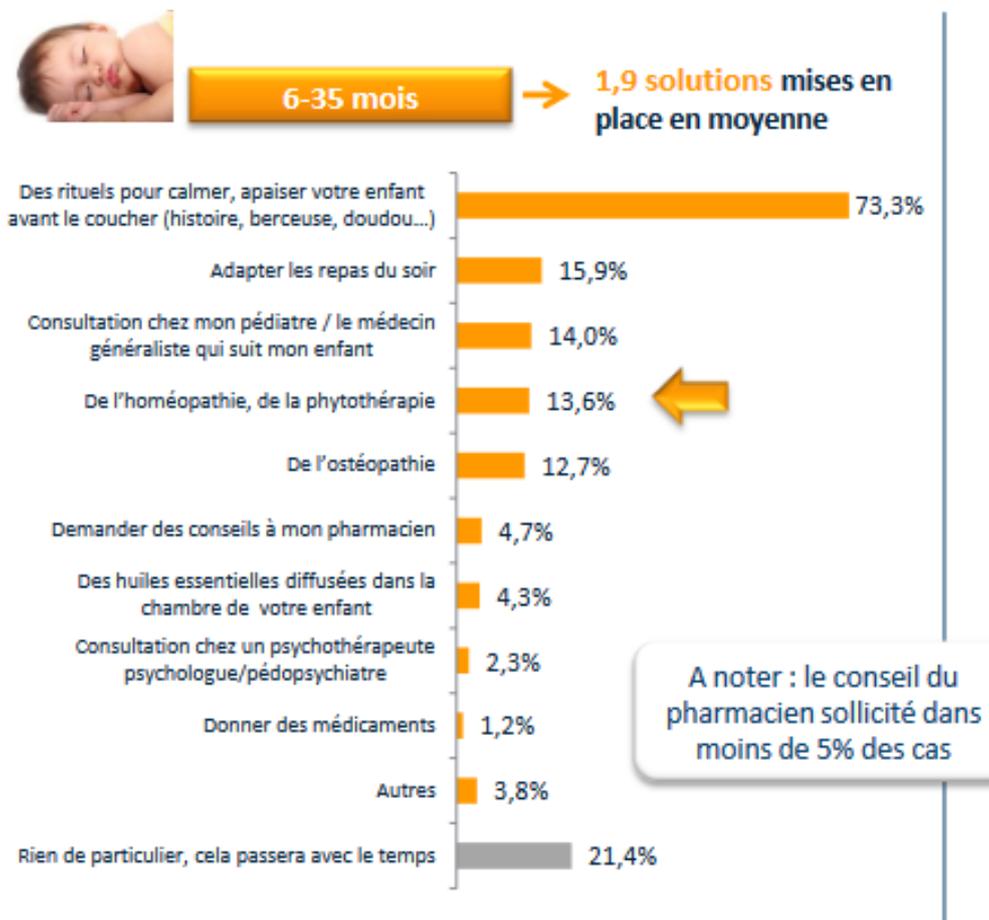


Figure 13 – stratégies parentales en cas de troubles du sommeil, selon l'étude de l'Institut des Mamans 2014 (26)

Ainsi, en consultation, on interrogera en sus du sommeil de bébé, le sommeil des parents, leur conseillant de dormir quand bébé dort, de s'organiser pour se relayer avec le père ou une autre personne ressource, voire en cas d'épuisement de confier bébé pour une nuit au conjoint et dormir à l'extérieur, ou à l'inverse de faire dormir bébé chez un proche. Le caractère d'urgence est souvent davantage concerné par la prise en charge de l'épuisement parental que celle d'une dette de sommeil entraînant réellement des conséquences sur le développement de l'enfant, situation finalement assez rare. (37)

Evaluer l'impact des parents sur le sommeil :

Dans l'autre sens, les troubles du sommeil de l'enfant semblent parfois entretenus ou trouver leurs origines chez les parents eux-mêmes. Nous avons déjà évoqué les problématiques d'anxiété et dépression parentales qui peuvent impacter le sommeil du petit. L'étude de l'institut des mamans confirme cette donnée en mettant en évidence que la cause la plus fréquemment

retrouvée dans les troubles du sommeil du nourrisson avant 6 mois était une cause parentale : soit par dépression maternelle soit par inquiétude trop grande des parents qui répondent alors trop vite et trop intensément au moindre pleur, entraînant un cercle vicieux. (26) La situation peut vite devenir éprouvante et conduire certains parents à un sentiment de doute sur la capacité parentale sur lequel il conviendra de travailler. Pour expliquer certains comportements on explorera aussi les conceptions parentales autour de l'arrivée de l'enfant (ressenti ambivalent à l'égard de l'enfant, déception, agressivité, culpabilité ?) en sus de l'état psychologique des parents.

De même, nous avons vu que la question de l'attachement n'est pas sans lien avec le sommeil, certains bébés ayant des difficultés à se détacher de leur mère, mais l'inverse est aussi vrai et d'ailleurs les deux sont souvent liés avec des mamans ayant du mal à « lâcher prise ». En effet, l'acquisition de l'autonomie par le détachement constitue pour le bébé un défi après la phase de fusion avec la mère in utero où le fœtus est constamment bercé par ses mouvements, percevant sa chaleur et sa voix en permanence dans son sommeil. Ceci explique son besoin naturel les premières semaines de s'endormir dans les bras de sa mère voire au sein ou au biberon. (38) Ainsi, avant 3-4 mois la mère suit le rythme de son enfant et répond à la demande. A partir de 4 mois un besoin de séparation, nécessaire autant pour l'enfant que pour la mère, doit se mettre en place et passés 4-6 mois la mère ne devrait plus se sentir obligée de se précipiter vers son enfant à chaque sollicitation. Winnicott a défini cela sous le terme de « good-enough mother » ou mère « suffisamment bonne », c'est-à-dire capable de répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant, ni trop ni pas assez. (15)

Parfois ce ne sont que quelques ajustements à faire ou mauvaises habitudes à corriger. Il pourra notamment être intéressant d'interroger les parents sur le temps passé le soir avec l'enfant, souvent insuffisant avec un rituel se laissant déborder de nos jours par les nouvelles technologies. (37) On voit aussi parfois des parents qui continuent de bercer de manière très énergique et systématique leur bébé, le plus souvent des bébés qui ont des difficultés à s'endormir, qui pleurent beaucoup, présentes des coliques ou des reflux, qui se réveillent dès qu'on les pose, etc. Il faut encourager ces parents à remplacer cela par un stimulus plus doux et plaisant pour l'enfant : le toucher ou la voix par exemple, qui reproduit un autre mouvement qui est celui de la prosodie de la langue. (38)

Des études ont ainsi montré dans ce sens que les interventions qui aident les parents à comprendre les comportements et la gestion du sommeil semblent plus efficaces que les stratégies centrées-bébé pour éviter les réveils (39). Ces études suggèrent que l'éducation des parents est la stratégie de première ligne pour prévenir les troubles du sommeil chez les nourrissons et jeunes enfants. (40) (41)

S'adapter à chaque enfant... et à chaque parent :

Enfin, les conseils et l'accompagnement proposés aux parents s'adapteront à leur singularité et leur tempérament plus ou moins anxieux. Savoir s'endormir seul est un apprentissage et c'est aux parents qu'il revient de décider du bon moment pour le mettre en place. Ce peut être dès les premiers mois de vie ou plus tard, l'essentiel étant que les parents soient à l'aise avec ce choix et agissent selon leurs convictions, préalable essentiel à la transmission du sentiment de sécurité nécessaire au bébé pour l'acquisition de cette autonomie. (4)



Image 7 – La relation parent-enfant, un lien unique

Credit : « File:Adult-baby-bed-225744 » by Wayne Evans is licensed under CC Baby Holding Human Finger. <<https://www.pexels.com/photo/baby-holding-human-finger-225744/>> via Wikimedia Commons.

III.1.1.1. La place du père

La place du père est essentielle dans la question du sommeil du nourrisson et ce, à plus d'un égard. Il joue en effet un rôle important dans la phase de prise de conscience du bébé qu'il est un être à part entière. En tant que « tiers séparateur », il empêche la fusion mère-enfant pour leur permettre à tous deux une séparation en douceur, préalable nécessaire au développement futur de bébé, mais aussi à un sommeil serein des deux parties. Cependant, bien que la mère représente souvent la figure d'attachement pour bébé, ce rôle peut aussi incomber aux pères. De plus il n'appartient pas qu'aux mères de s'occuper du sommeil de leur petit. Il est réputé que les pères entendraient moins leur enfant pleurer la nuit. En réalité, ils seraient en effet moins sensibles que les femmes aux sons aigus (et donc aux pleurs des bébés) mais en plus, ils n'écouteraient qu'avec une partie de leur cerveau là où les femmes utiliseraient les deux hémisphères, leur permettant à la fois d'entendre mais aussi d'analyser dans le même temps la signification des pleurs. (18) Cependant, cela ne justifie pas pour autant que ce soit toujours maman qui se lève la nuit, la responsabilité incombant aussi aux mères qui ne veulent souvent pas, même de manière inconsciente, céder la place au papa pour les soins de bébé. C'est en cela que le rôle de « tiers séparateur » du père est aussi important. Cependant, à l'inverse il faut veiller à ce que cette présence ne soit pas délétère. Cela peut parfois être le cas dans les situations où un des deux parents (qui n'est pas toujours le père d'ailleurs) rentre tard du travail et veut profiter de ses enfants le soir en jouant avec eux, mais en réalité il ne fait que les exciter et les empêcher ensuite de trouver le sommeil. On conseillera dans ce cas de se consacrer si possible un soir de la semaine où l'on rentre plus tôt pour passer du temps avec les enfants, ou bien de profiter de week-end. (18)

La place du père est également primordiale dans les techniques comportementales dans lesquelles il se substitue souvent à la mère les premières nuits pour faciliter le changement, parfois un peu radical, d'habitudes de sommeil. Ainsi, si bébé est habitué à ce que ce soit maman qui intervienne à chaque fois qu'il pleure la nuit ou qui le couche tous les soirs, le fait que ce soir ce soit papa qui le couche et se lève plus souvent ensuite, marque une différence nette et peut être un bon moyen d'enrayer une spirale infernale. C'est dans cette optique que cette étape est souvent présentée comme un préambule aux techniques comportementales. Bien entendu, dans le cas des familles monoparentales, ce tiers ressource peut aussi être un proche, un membre de la famille ou un grand-parent. (20)

III.2. Troubles du sommeil : les causes

L'insomnie chez l'enfant est un phénomène fréquent, elle concerne près de 30% des moins de 6 ans. Elle se distingue en deux entités (1) :

- les troubles de l'initiation du sommeil = de l'endormissement : retard à l'endormissement, pleurs, opposition au coucher, etc.
- les troubles du maintien du sommeil = les réveils : éveils nocturnes récurrents ou prolongés

La première cause d'insomnie chez l'enfant est environnementale liée à des problèmes de conditionnement et d'installation/maintien du rythme veille-sommeil, et représente 70 à 80% des troubles du sommeil entre 6 mois et 3 ans (2) (27). Les autres causes sont organiques, plus rares puisqu'elles représentent moins de 20% des cas mais à éliminer systématiquement, et plus rarement d'origine psychologique, psychiatrique ou en lien avec une pathologie du développement. Enfin, il reste de manière beaucoup plus exceptionnelle les insomnies idiopathiques qui constituent un diagnostic d'élimination et nécessitent une exploration spécialisée en centre du sommeil.

Ainsi, chez le jeune enfant en cas de difficultés d'endormissement et/ou de réveils nocturnes, on recherchera en priorité, en sachant que ces causes sont fréquemment associées entre elles (27) :

- 1/ Un conditionnement anormal à l'endormissement :
- 2/ Un trouble de l'installation du rythme jour/nuit
- 3/ Des erreurs alimentaires, notamment un excès de liquide nocturne
- 4/ Une insuffisance de limites
- 5/ Un excès de stimulation

III.3. Prévenir les troubles du sommeil = en amont

Un enfant sait de façon naturelle dormir, en revanche l'hygiène de sommeil et l'autonomie à l'endormissement constituent un apprentissage comme un autre. Aucun parent n'endort son enfant, il lui donne simplement le contexte favorable à son endormissement. (3) Ainsi, le parent ne doit pas culpabiliser en pensant ne pas avoir « réussi » à endormir son enfant, car celui-ci s'endort seul. On peut par contre lui donner très tôt les conditions et les habitudes nécessaires à un bon sommeil en prévention. (23)

III.3.1. Généralités

III.3.1.1. Conditionnement anormal à l'endormissement

Dans cette situation, bébé ne sait pas s'endormir seul. Il s'endort habituellement au sein ou au biberon, dans les bras, bercé, promené en poussette ou en voiture, a besoin de la présence parentale jusqu'à l'endormissement ou s'endort en dehors de sa chambre, devant les écrans, etc. Ainsi, à chaque réveil lors des changements de cycle ou lors des éveils nocturnes physiologiques, il va chercher à retrouver les mêmes conditions d'endormissement que le soir, et sera donc dépendant de ses parents, qu'il sollicitera, pour se rendormir. C'est le trouble du sommeil le plus fréquent du jeune enfant avant 3 ans.(2) (15)

III.3.1.1.1. Apprentissage de l'autonomie à l'endormissement

La première étape est d'abord d'identifier le bon moment pour l'endormissement. Dès que bébé est plus grand et ne s'endort plus systématiquement au sein ou au biberon, il convient de commencer à le coucher encore éveillé au moment où il manifeste des signes de fatigue. Le coucher encore éveillé dans son lit +/- sa chambre a aussi l'intérêt pour bébé de s'habituer à son environnement qu'il identifiera comme familier et donc rassurant au moment des réveils nocturnes. (17) En effet, comme le nourrisson recherchera toujours les mêmes conditions qu'à son endormissement du soir lors des réveils nocturnes, il peut être déroutant pour lui de se réveiller dans une autre pièce (s'il s'est endormi en dehors de la chambre), ou seul lorsqu'il a l'habitude de s'endormir en présence de ses parents. (23) Ainsi, pour faire ses nuits bébé doit d'abord être capable de s'endormir seul, car s'il est capable de le faire à l'endormissement du soir il pourra le reproduire au cours des réveils nocturnes. (7) On le couche donc à la fin du rituel et on quitte la chambre avant qu'il ne soit endormi, même s'il peut encore les premiers temps s'endormir dans les bras ou au sein, progressivement on lui apprendra à s'endormir par lui-même en prenant de moins en moins de place dans son endormissement. (16) Si la séparation est très difficile, à partir de 4-6 mois on peut procéder de manière plus progressive, en patientant quelques minutes avant de revenir en cas de pleurs puis de réduire petit à petit le temps passé dans la chambre soir après soir, sur plusieurs jours, en général en moins d'une semaine bébé parvient à s'endormir seul. (7) Chez l'enfant plus grand, notamment dans les phases d'opposition au coucher vers 2-3 ans, il faudra penser à rassurer l'enfant sur ses capacités à

s'endormir seul, montrer que l'on croit en lui, l'écouter s'il exprime une peur ou une anxiété (en rapport avec la peur du noir ou des cauchemars par exemple), de manière bienveillante sans se moquer ni chercher à le convaincre que c'est irrationnel. Puis on contractualise avec l'enfant que le rituel a une durée fixe (exemple 15min avec telle et telle étape) puis que l'on sort de la chambre car c'est le moment de dormir, en marquant cela clairement par la même petite phrase rituelle chaque soir « bonne nuit à demain ». Les premiers jours on peut rester un peu avec lui après le rituel en diminuant progressivement ce temps passé et/ou en éloignant de plus en plus la chaise sur laquelle le parent est assis pour se rapprocher de la porte. En cas de réveils la nuit, on patientera de plus en plus longtemps jour après jour avant d'intervenir et on limitera les visites au temps le plus court possible avec le moins d'interactions et de contacts physiques possibles. (42)

Si cet apprentissage s'avère compliqué, on commencera par la sieste, souvent la première de la journée, en choisissant des repères stables : heure et endroits fixes pour la sieste, des circonstances un peu différentes de celle de la nuit (luminosité et bruits ambiants) ; toujours précéder d'un court rituel adapté. En cas de pleurs on attend quelques minutes et pour éviter de le bercer on peut lui donner sa tétine ou son objet transitionnel, puis on se rassoit et on répète la même opération jusqu'à ce qu'il s'endorme. Si on anticipe une forte résistance ou chez les bébés plus jeunes, on peut suivre ces étapes sur un temps pré déterminé avant de le bercer un peu puis recommencer. S'il ne parvient toujours pas à s'endormir on peut faire une pause en le sortant de son lit 10-20 min avant de réessayer en suivant les mêmes étapes. Ce qui est important est de ne jamais utiliser les méthodes que l'on cherche à éliminer (notamment biberon ou tétée). Attention également à l'endormissement en poussette au cours de la promenade qui équivaut à un bercement auquel bébé risque de s'habituer, dans ce cas préférer faire les promenades quand bébé vient de se réveiller et est moins susceptible de s'endormir.

Puis on mettra cela en place pour l'endormissement le soir, si besoin en utilisant une des deux méthodes suivantes en cas de difficultés :

- Méthode 1 : l'idée est de faire comprendre à bébé que son parent va revenir non parce qu'il pleure ou réclame mais parce qu'on le lui a dit. Pour cela, le coucher puis lui dire que vous sortez de la chambre et que vous allez revenir (on peut chez l'enfant plus vieux utiliser une petite excuse comme le fait d'aller chercher une chaise par exemple). Puis on reste hors de vue pendant quelques minutes, si possible en disant ou en faisant quelque chose que bébé puisse entendre. Ensuite, le parent revient et s'assoit sur une chaise sans rien dire jusqu'à ce que bébé

s'endorme. On refera la même chose chaque soir mais en allongeant progressivement le temps passé hors de la chambre. Puis à un moment donné, bébé décidera qu'il n'a plus besoin d'attendre le retour de son parent pour s'endormir.

- Méthode 2 : l'idée est de sevrer de manière progressive bébé de la présence parentale, par la vue puis le son. Concrètement, laisser la porte ouverte de façon à ce que bébé vous voie (on peut faire autre chose comme plier du linge en attendant par exemple), idéalement en fredonnant ou en parlant pour qu'il puisse vous entendre. Les soirs suivants, on se place presque hors de vue en ne laissant visible par exemple que le pied mais en continuant à chantonner. Puis, on se place complètement hors de vue en gardant encore la voix puis progressivement on baisse la voix soir après soir jusqu'à cesser complètement. (20)

Dans tous les cas de figure, il faut éviter d'endormir ou de prendre l'enfant dans le lit des parents la nuit.



Image 8 – Exemple de conditionnement anormal à l'endormissement

Sujet : Mélody Kerhervé, tous droits réservés

III.3.1.1.2. Endormissement en tétant

Dans les premiers mois de vie, une des choses les plus importantes pour favoriser l'autonomie à l'endormissement est de dissocier le sommeil de l'alimentation. Ainsi, après 4 mois on évitera que bébé s'endorme systématiquement au sein ou au biberon, en mettant en place un rituel du coucher et en le quittant avant qu'il ne soit endormi. (2) Pour marquer qu'il s'agit de deux moments bien distincts, on préférera donner les biberons ou le sein en dehors du

lit, et en dehors de la chambre. (4) La dernière alimentation de la journée devra être suffisante pour éviter un réveil nocturne sur la faim, mais pas trop abondante pour éviter des reflux ou des réveils par envie d'uriner. (7) Chez l'enfant plus grand, on préfère un repas un peu plus léger le soir et suffisamment éloigné de l'heure du coucher. (42) Si cela est compliqué et que c'est maman qui se charge du dernier biberon ou de la dernière tétée, on peut proposer à la mère de rester hors de vue après cette dernière tétée et de confier à papa le soin de coucher bébé, en suivant toujours le même rituel que les autres jours. De la même manière, en cas de difficultés, on peut entraîner bébé à le faire progressivement en commençant par les moments où il est le plus calme donc en général sur la tétée du matin précédant la première sieste. En cas d'allaitement maternel, on peut comme pour l'endormissement, utiliser une technique de sevrage de la présence parentale progressive, en laissant bébé s'endormir sur la poitrine de sa mère sans l'allaiter, puis sur la poitrine de son père puis en restant juste à ses côtés en le réconfortant de moins en moins. (20) Et chez l'enfant plus vieux entre 1 et 3 ans on ne réintroduira pas de biberon pour aider à l'endormissement.

Par conséquent c'est en séparant bien la tétée du soir du moment du coucher, autant sur le plan spatial (deux endroits distincts) que sur le plan temporel (deux moments distincts) qu'on parviendra à s'émanciper de ce conditionnement anormal très fréquent.



Image 9 – Conditionnement anormal à l'endormissement au biberon

*Credit : « Sleeping baby » by Valerie Everett is licensed under CC BY-SA 2.0.
<<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/?ref=openverse>>.*

III.3.1.2. Troubles de l'installation du rythme jour-nuit

Un adage à retenir : « les nuits se préparent le jour », et ce autant pour l'enfant que pour les parents par la mise en place de repères temporels clairs. (24)

III.3.1.2.1. Donneurs de temps, synchroniseurs externes et régularité

Le respect des donneurs de temps ou synchroniseurs externes est essentiel pour l'acquisition du rythme veille/sommeil et la mise en place du rythme circadien. Deux éléments sont importants : la régularité des rythmes de vie, prévisibles et rassurants pour le nourrisson, et marquer la distinction entre le jour et la nuit. Ainsi, à partir de 4 mois on régularisera progressivement les horaires de coucher et de lever, de siestes et d'activité, et des repas, y compris le week-end. (17) On encouragera les activités stimulantes dans la journée notamment l'activité physique en plein air et les sorties/promenades à l'extérieur à la lumière du jour. Les échanges et interactions parent/enfant auront surtout lieu en journée. Le soir, on diminuera progressivement l'intensité des lumières et le bruit pour créer un climat propice au sommeil et la nuit on privilégiera silence et obscurité. Les alimentations nocturnes se feront dans le calme et la pénombre avec le moins de stimulation possible. (2) En revanche, le matin on ouvre grands les rideaux et volets. Ainsi, cette alternance lumière/obscurité est le principal synchroniseur de l'horloge biologique. De même, en journée au cours des siestes, on ne fera pas le noir complet comme la nuit, la sieste se fait à la lumière du jour ou dans une légère pénombre, et on ne respectera pas un silence total, les bruits familiers de la maison étant aussi rassurants pour bébé. A l'inverse, les activités non structurées et notamment les écrans ont un effet néfaste sur la mise en place du rythme circadien. De même que les couchers trop tardifs, les éveils nocturnes avec sommeil « rattrapé » le matin, les siestes à des heures irrégulières et inappropriées. Notamment chez l'enfant plus vieux, on évitera les « grasses matinées » prolongées pour compenser une mauvaise nuit, car cela peut décaler les heures de sieste et donc perturber l'endormissement ou entraîner des réveils. (7)

III.3.1.2.1.1. Régularité : à quelle heure coucher bébé ?

Quand bébé commence à avoir un rythme veille/sommeil plus régulier, la question de l'heure à laquelle le coucher peut se poser. Eviter de coucher l'enfant après 21h semble être un repère approprié. Une étude américaine suggère en ce sens que l'heure de coucher idéale se situerait entre 19h40 et 20h10 coïncidant avec le pic de sécrétion de mélatonine. (43) Cela

permet aussi d'avoir un nombre suffisant d'heures de sommeil avant minuit pour reconstituer l'énergie et assurer le traitement des informations, en profitant du sommeil lent profond plus riche en première partie de nuit. (24) (44) Après 12 mois, un coucher trop tardif après 21h peut entraîner un sommeil nocturne plus court et de moins bonne qualité, fragmenté par plus de réveils. Cependant, chaque enfant étant différent, il peut parfois être difficile de trouver un juste milieu entre ne pas être trop rigide et poser des limites nécessaires. Il est important pour chaque parent d'observer son enfant pour trouver l'heure qui lui convient. (11) Concrètement, l'apparition des signes d'endormissement est un bon indicateur qu'il est temps de coucher bébé : « il faut prendre le train du sommeil quand il passe ». (23) On identifiera donc les signes d'endormissement spécifiques à l'enfant et l'heure à laquelle ils surviennent habituellement pour anticiper un peu et débiter idéalement le rituel juste avant leur apparition. Notamment chez l'enfant plus grand qui peut s'opposer au sommeil, il sera inutile de tenter de le coucher trop tôt car il risque d'identifier le lit à une période d'ennui voire à une attente anxiogène ne parvenant pas à s'endormir ; ni trop tard car s'il est trop fatigué et énervé il aura toutes les difficultés à trouver son sommeil. Dans ces cas-là, si on constate que l'heure de coucher de l'enfant n'est pas adaptée, on peut commencer par l'observer voire réaliser un agenda de sommeil. Cela permettra de repérer l'heure à laquelle il est habituellement endormi. On le couchera donc à cette heure-là en continuant de le lever le matin toujours à la même heure, et ce 7j/7 y compris le week-end, avec une souplesse à une demi-heure près, une heure maximum. (18) Puis, dès que l'endormissement est rapide en moins de 15min, soir après soir on avancera très progressivement l'heure du coucher de 15min tous les 3 jours par exemple, pour que celle-ci coïncide davantage avec une heure raisonnable pour son âge. (2) On veillera également à ce que l'enfant ait une période d'éveil suffisamment longue avant d'aller se coucher, quitte à réorganiser les siestes parfois un peu trop tardives.

III.3.1.2.1.2. Régularité : réveiller bébé ?

Plusieurs éléments de réponse sont à apporter et se distinguent notamment selon l'âge. En effet, nous l'avons vu il n'est pas souhaitable de réveiller un nouveau-né qui dort. En revanche, à partir de 4 mois il est recommandé de commencer à donner petit à petit des repères temporels en régularisant les rythmes de repas et de sommeil. L'heure de réveil le matin sera régularisée vers 5 mois environ. (27) Ainsi, on profitera d'une phase d'agitation et de demi-éveil entre deux cycles pour s'approcher et réveiller doucement bébé en laissant la porte ouverte, en faisant un peu de bruit, en lui parlant sans chercher à le réveiller brutalement. Chez les petits dès les premiers mois de vie on se méfiera d'un écueil fréquent : celui du nourrisson restant très

peu éveillé (moins de 30min) après sa première tétée du matin et qui se rendort ensuite pour quelques heures. S'il se réveille ensuite par exemple à 10h, sa journée débutera pour lui à cette heure et le temps de sieste suivant sa première tétée sera considéré pour lui comme un prolongement de la nuit et la première tétée comme un réveil nocturne avec alimentation. Cela peut conduire à retarder l'heure du coucher et à décaler les siestes. On marquera donc bien le début de journée de bébé en faisant le jour, en donnant la première tétée en dehors de la chambre, en lui parlant et en se déplaçant, afin d'obtenir une période d'éveil d'au moins 60-90 min avant la première sieste. (20)

Pour le sommeil diurne, en règle générale il n'est pas nécessaire de réveiller un enfant de sa sieste mais il n'est pas souhaitable que celle-ci dure plus de 3h au risque de retarder l'heure du coucher. Ainsi quand l'enfant est plus âgé vers 9 mois par exemple, il peut être nécessaire dans ces situations de le réveiller tranquillement au bout de 2h, pour le bain et le repas du soir. On veillera également au cours des siestes à ne pas faire le noir ni le silence complet, afin de laisser la possibilité à l'enfant de se réveiller spontanément quand son sommeil devient plus léger en fin de sieste. (15) De même le matin on évitera chez les grands les grasses matinées prolongées, au-delà de 1 à 2h de l'heure de lever habituel, en ouvrant plus tôt les volets et en débutant les activités normalement bruyantes de la maison à heure régulière et pas trop tardive (éviter > 8h30). (42) On peut ainsi procéder de même que pour les heures de coucher tardives en avançant progressivement de 10 min en 10min l'heure du lever. (2)

En revanche attention à toujours garder en tête que ces horaires constituent des moyennes, et que si un enfant ne possède pas le même rythme mais que cela n'a aucune conséquence et ne dérange ni l'enfant ni les parents, il ne faudra pas toujours s'acharner à vouloir modifier son rythme. (20)

III.3.1.2.2. Préparation au sommeil et rituels

III.3.1.2.2.1. La préparation au sommeil

Au-delà du rituel, c'est toute la routine mise en place le soir qui prépare le bébé à l'arrivée du sommeil. En effet, le caractère habituel et prévisible des événements est apaisant et sécurisant pour le nourrisson. Ainsi, ce sont des activités de moins en moins stimulantes qui effectuées tous les jours dans le même ordre structurent la fin de journée : on enlève les chaussures et se lave les mains au retour de la crèche, on joue un peu, puis le bain, puis on dîne, on se lave les dents, on va aux toilettes avant de se coucher, etc. Dans cette phase, on évite ce qui désorganise : trop de bruits et de lumières, l'activité physique 1h avant le coucher, les

écrans, les jeux trop violents ou stimulants (saute-mouton, etc.). (10) Avec l'enfant plus grand on pourra créer un tableau de la routine avant de se coucher qui le valorisera et renforcera son sentiment d'autonomie. On le responsabilisera notamment sur l'heure jusqu'à laquelle il a le droit de jouer calmement le soir. (42)

III.3.1.2.2.2. Le rituel

Cette préparation au sommeil conduit donc naturellement au rituel du coucher qui a pour but d'adoucir la séparation du soir. On l'a vu ce rituel ne doit pas être trop long maximum 15min, il doit être stable soir après soir, réalisé toujours dans le même ordre et évoluer avec l'âge de l'enfant. Il ne faut pas le négliger entre 1 et 3 ans, période à laquelle certains parents l'abandonnent petit à petit : le conserver y compris en vacances et le week-end.

III.3.1.2.2.3. Le lit associé au sommeil

Il est crucial que l'enfant ait son espace dédié au sommeil. Chez le tout petit il doit s'y familiariser en étant couché progressivement encore éveillé. Chez le plus grand notamment entre 1 et 3 ans, on peut l'aider à s'approprier cet espace en choisissant ensemble les draps, les parures de lit, en le décorant, etc. Mais le lit doit toujours être réservé au sommeil et seulement au sommeil. On ne le surcharge pas de jouets et on évite les latences d'endormissement prolongées en adaptant l'heure du coucher. Il faut éviter que l'enfant reste plus de 30 min dans son lit pour autre chose que le sommeil, c'est aussi dans cette optique que le rituel du soir ou de la sieste ne doit pas être trop long.

Qu'en est-il alors du sommeil en dehors de la maison ? Celui-ci ne doit pas inquiéter les parents. Au contraire, la vie en collectivité favorise l'acquisition de rythmes réguliers. Même si le rituel proposé est différent de celui de la maison, l'essentiel est que l'enfant bénéficie d'un moment apaisant avec la personne qui le couche. Parfois, au contraire, le sommeil chez un tiers est bénéfique et permet aux parents de se rendre compte que l'enfant est finalement capable de s'endormir seul puisqu'il le fait chez les grands-parents par exemple. (11)

III.3.1.2.2.4. Le lit / aller dormir associé au plaisir

Le moment du coucher doit rester un moment privilégié et de plaisir partagé avec les parents. Il ne doit pas se transformer en moment d'angoisse en raison d'une latence d'endormissement excessive et encore moins être utilisé comme une punition par les parents.

III.3.1.3. Insuffisance de limites

Les oppositions au coucher sont souvent d'origine multiple et il n'est pas rare d'y retrouver une insuffisance de limites parentales. Comme pour tout ce qui concerne l'éducation de l'enfant, des limites posées avec constance mais aussi souplesse constituent un cadre sécurisant nécessaire aux apprentissages. (15) Ainsi, vers 18 mois débute souvent une phase d'opposition normale et certains parents peuvent se laisser déborder pour diverses raisons : angoisses devant les pleurs de l'enfant renvoyant à leur propre vécu, difficultés de séparation, culpabilité de ne pas passer assez de temps avec l'enfant, peur des réactions des voisins devant les pleurs ou de réveiller le frère, difficultés personnelles (professionnelles, conjugales, fatigue, dépression, etc.). Il est important de redéfinir dans ces cas un cadre clair, plus ou moins avec l'aide d'un professionnel, pour la sérénité de tous.

III.3.1.4. Erreurs alimentaires

On l'a vu sommeil et alimentation sont intimement liés et bien interroger les habitudes alimentaires peut parfois permettre quelques réajustements bénéfiques au sommeil, en particulier chez le nourrisson :

1/ Insuffisance d'apports : le nourrisson se réveille car il a faim ou soif. L'insuffisance de liquides peut aussi conduire à une constipation douloureuse. (20)

2/ Excès d'apports : plus fréquents que l'insuffisance, ils peuvent entraîner reflux et régurgitations. On en distingue deux types : soit par un trop grand nombre de repas qui va fragmenter le sommeil nocturne, soit à l'inverse par un nombre insuffisant conduisant à des volumes plus importants à chaque repas favorisant le RGO.

Une entité à part entière est représentée par l'excès de liquide nocturne : défini comme un apport de lait ou de liquide ingéré dépassant 200ml par nuit, il survient en général avant 6 mois, entraînant des éveils nocturnes sur distension vésicale. Le bébé étant suralimenté la nuit, il s'y ajoute fréquemment des difficultés alimentaires diurnes. Ce syndrome est souvent associé au conditionnement anormal par tétée d'endormissement. (27)

3/ Déséquilibres : un apport trop important de protéines le soir peut donner une sensation de soif réveillant bébé la nuit. On y retrouve également l'apport en sucre trop abondant et les manques d'apports en lipides. (11) De même, l'allaitement maternel exclusif de très longue durée prolongé au-delà de 12 mois peut causer des apports nutritionnels insuffisants normalement compensés par la mise en place de la diversification.

III.3.1.5. Excès de stimulation

Cette cause concerne surtout les enfants entre 1 et 3 ans. Ce sont toutes les activités désorganisantes qu'il faudra limiter à l'approche du soir : jeux trop violents, activité physique (facilitatrice du sommeil si pratiquée en journée mais néfaste dans les heures précédant directement le coucher), écrans et a fortiori télévision dans la chambre de l'enfant, jeux vidéos, boissons vitaminée ou caféinées (soda notamment, la caféine et la théine pouvant bloquer la production d'adénosine inducteur naturel de sommeil), lumières ou bruits excessifs en soirée.

III.3.2. Réveils nocturnes : conduite à tenir

On l'a vu les éveils de quelques secondes à quelques minutes à chaque changement de cycle sont physiologiques. Ils diminuent ensuite progressivement à partir de 6 mois et avec l'augmentation du sommeil lent profond en première partie de nuit, ils se concentrent davantage en seconde partie de nuit. (2) Le problème n'est donc pas les réveils mais l'impossibilité pour le petit à se rendormir seul, rejoignant par là le même enjeu d'autonomie à l'endormissement. Devant des réveils répétés chez le nourrisson on analysera d'abord son rythme de sommeil dont celui des siestes, on cherchera à savoir s'il a besoin d'aide pour s'endormir le soir et enfin on étudiera avec eux les réactions des parents la nuit face aux réveils de leur enfant. (20)

III.3.2.1. S'agit-il d'un vrai réveil ? Ce réveil nécessite-il une intervention ?

Les parents doivent en premier lieu savoir distinguer un vrai réveil d'une phase de sommeil agité ou d'un éveil physiologique court entre deux cycles. Bébé grogne, pleure parfois, mais n'a en réalité pas besoin d'être consolé et il se rendort ensuite. (7) Ne pas intervenir dans ce cas est essentiel pour éviter de fragmenter le sommeil de bébé. En cas de pleurs, il est donc souvent utile d'attendre un peu avant d'intervenir afin de lui laisser une chance de se rendormir seul.

Une fois cette distinction acquise, il s'agira de déterminer si le réveil en question nécessite oui ou non une intervention. On l'a vu, chaque éveil n'est pas synonyme de besoin d'alimentation ou de problème physique. Au contraire, la majorité de ces éveils nocturnes ne nécessitent qu'une simple réassurance qui peut prendre différentes formes, mais dont la plus propice à l'autonomie de l'enfant est sa capacité à s'auto apaiser. (4) Pendant ces éveils, bébés

peut gazouiller, bouger et parfois même pleurer, mais si on intervient tout de suite on l'empêche de se rendormir seul. On aidera ainsi bébé dès l'endormissement du soir à trouver les moyens par lui-même de se rassurer en cas d'éveils : cadre sécurisant, objet transitionnel, etc. En cas de réveil, on attendra quelques minutes pour voir si bébé se rendort de lui-même. Si une intervention parentale de réassurance est nécessaire car bébé ne parvient pas à se calmer seul, celle-ci devra être la plus modérée possible et graduelle, après avoir vérifié que bébé va bien : simple présence courte sans allumer les lumières ni forcément parler, si besoin prononcer tout bas des paroles apaisantes ou fredonner, seulement si insuffisant un contact physique, une caresse ou une main sur le ventre peut aider, et uniquement en dernier recours on sortira bébé de son lit. L'objectif étant d'éviter de le prendre dans les bras, de le bercer ou de le nourrir la nuit pour le rendormir. Avec l'expérience et les conseils de professionnels, les parents apprendront à ne pas attribuer de fausses raisons à ces réveils (douleur, dents, diversifications, tétine, doudou...) qui conduisent à une intervention de leur part organisant ces réveils. (15) On évitera notamment de redonner sa tétine à bébé à chaque réveil nocturne pour qu'il ne l'associe pas à un mode d'endormissement systématique. (1)

Des techniques comportementales (cf. Boîte à outils III.5.2) existent également pour la gestion des réveils nocturnes et peuvent s'avérer très utiles et efficaces quand la mise place des bonnes habitudes en prévention reste insuffisante.

III.3.2.2. Réveils et alimentation nocturne

On l'a vu un bébé de plus de 5-6 mois en bonne santé n'a plus besoin d'être alimenté la nuit. Cette limite est un peu plus floue en cas d'allaitement maternel où une tétée nocturne persiste souvent à 6 mois mais tend ensuite à disparaître. En prévention, on peut si on le souhaite dès les premières semaines en cas de poids suffisant, allonger très lentement et délibérément une des périodes de sommeil en retardant la première tétée nocturne, en commençant par une période de 3h puis en augmentant de 30 min à chaque fois.

Si les réveils de bébés sont induits par une alimentation nocturne persistante on pourra mettre en œuvre une stratégie de sevrage. Les avis de spécialistes divergent quant à la suppression totale de toute alimentation nocturne ou un sevrage progressif. Pour simplifier cela dépend essentiellement de l'âge. On peut proposer chez le plus grand à partir de 9 mois d'éliminer complètement toute alimentation nocturne plutôt que d'y aller progressivement. Dans ce cas on fera attention à ne plus donner aucune alimentation dans la chambre en journée, de ne pas allaiter couché et de n'alimenter le nourrisson que lorsqu'il est bien éveillé et peu susceptible de s'endormir au biberon ou au sein. En cas de difficultés pour la mère allaitante

surtout, une démarche radicale peut consister à quitter le domicile le soir après la dernière tétée pendant que papa fait le rituel et couche bébé, afin que ce dernier comprenne que ce sera papa qui s'occupera de lui pendant la nuit et qu'il ne soit pas tenté de réclamer le sein puisque maman est absente. (20)

Si on opte pour un sevrage progressif notamment chez le plus petit, on procédera par étapes. La première étant bien sûr de ne plus proposer le sein ou le biberon de manière systématique à chaque réveil, mais de trouver d'autres moyens d'apaisement (cf. ci-dessus). En effet, le réveil n'est pas toujours synonyme de besoin nutritionnel et rien que l'odeur du lait envoie un message erroné au bébé qu'il est l'heure de manger, l'habituant alors à prendre la tétée comme un mode d'endormissement dont il deviendra dépendant. N'oublions pas non plus que le biberon de lait (mais aussi celui d'eau sucrée qui le remplace parfois) favorise la formation de caries dentaires. (7)

Ensuite, en cas d'allaitement artificiel on peut diminuer progressivement la quantité des biberons nocturnes de 10 à 20 ml chaque jour sur une quinzaine de jours. (2) On peut aussi diluer petit à petit le lait avec de l'eau, puis diminuer progressivement la quantité d'eau, dans l'objectif que bébé se désintéresse de fait du biberon.

Chez la femme allaitante, à partir de 4-6 mois l'allaitement dit à la demande doit devenir un allaitement à l'amiable, la maman n'accordant plus systématiquement tout de suite le sein à la sollicitation du bébé, mais pourra attendre un peu par exemple le temps de préparation d'un biberon. On retardera ainsi progressivement si besoin la tétée afin de régulariser l'heure des repas, en espaçant les tétées en début de journée et les rapprocher en fin de journée. Pour cela en cas de pleurs, on peut essayer d'apaiser bébé par d'autres moyens que l'allaitement et le porter dans une position différente de celle de l'allaitement. (23) Si papa peut intervenir la nuit c'est encore mieux car cela évite la tentation du sein. Ensuite, on espacera et/ou diminuera progressivement la durée des tétées la nuit. On pourra aussi proposer de l'eau au gobelet en remplacement. Petit à petit, le nombre de tétées nocturnes diminuera pour qu'il n'en reste qu'une qu'on retardera progressivement, par exemple en laissant papa s'occuper du bébé en cas de pleurs, jusqu'à ce qu'elle se confonde naturellement avec la première tétée du matin. (20) Une fois cela acquis, il faudra veiller à donner cette première tétée du matin en dehors de la chambre afin qu'elle ne soit pas interprétée par bébé comme une tétée nocturne sur laquelle il se rendormira le matin.

III.3.3. Les siestes

| | Nombre de siestes | Siestes du matin | Siestes de l'après-midi |
|----------------------|---|------------------|-------------------------|
| Avant 6 mois | Le bébé dort quasiment toute la journée | | |
| A partir de 4-6 mois | 3 | 2 à 3 h | 2 à 3 h (en 2 fois) |
| 6-9 mois à 1 an | 2 | 1 à 2 h | 1 à 2 h |
| 18 mois | Variable | 1 à 2 h | |
| 2 à 3 ans | 1 | - | 2 h |

Tableau 2 – Rappel du rythme des siestes selon l'âge
(âges et horaires variables, à titre indicatif) (4)

Les besoins en sieste évoluent radicalement avec l'âge et varient d'un enfant à l'autre, en particulier après 2 ans. On peut les évaluer sur le comportement en fin de journée et les difficultés à l'endormissement du soir. Ainsi, certains enfants entre 3 et 5 ans ont encore besoin d'une sieste en l'absence de laquelle ils se montreront irritables et grognons en fin d'après-midi. Par ailleurs, une disparition trop précoce de la sieste peut favoriser les terreurs nocturnes par augmentation du sommeil lent profond en première partie de nuit. En revanche, au-delà de 6-7 ans, la persistance de la sieste peut être le marqueur d'une nuit trop courte. (12) Ainsi, au-delà de ces âges on évitera les siestes en journée au risque de perturber le sommeil de nuit du plus grand enfant. A l'inverse on ne forcera pas un enfant de 3 ans qui ne fait plus habituellement la sieste à la faire s'il est en forme l'après-midi, au risque de perturber l'endormissement du soir et de retarder le coucher. Il est donc bien important d'interroger, en sus des heures de lever et de coucher, le rythme des siestes afin d'identifier certaines situations à risque de perturbations du sommeil nocturne : en particulier des siestes trop fréquentes pour l'âge, trop longues ou trop tardives dans l'après-midi. A partir de 3 ans il existe une corrélation négative entre le sommeil de jour et le sommeil de nuit et une sieste trop tardive après 15h30 ou trop longue de plus de 2h peut entraîner un retard au coucher et des éveils plus fréquents. (2) En effet, il faut rester suffisamment éveillé en journée pour pouvoir s'endormir le soir puisque plus nous restons éveillés plus le cerveau fabrique l'adénosine qui va faciliter l'endormissement et rendre le sommeil de début de nuit plus profond. Une sieste trop tôt le matin après le réveil peut aussi être prise à tort par l'enfant pour un prolongement de sa nuit. Il est donc parfois nécessaire pour améliorer le sommeil nocturne de réorganiser en fait le sommeil diurne : supprimer la sieste du matin, avancer celle de la mi-journée, réduire sa durée, etc. Et très souvent ces simples petits

ajustements permettent d'améliorer des difficultés d'endormissement et/ou de réveils nocturnes. (18)

Pour aider l'enfant à trouver son rythme, on proposera des siestes à heures régulières aux moments où il présente des signes de fatigue, et ce avant qu'il ne soit trop fatigué et énervé pour s'endormir convenablement. On veillera à ce que les conditions d'endormissement soient les mêmes pour chaque sieste : lumière du jour ou demi obscurité, dans son lit (qui peut être différent de celui de la nuit mais toujours le même pour les siestes), avec les bruits ambiants de la maison et après un petit rituel toujours identique mais différent de celui du soir. On appliquera les mêmes conseils de prévention du conditionnement anormal à l'endormissement et les techniques comportementales valables pour l'endormissement ou les réveils peuvent aussi être utilisées et adaptées aux siestes en journée.

III.3.4. Quelques périodes charnières : prévention et bonnes pratiques **âge par âge**

Les troubles transitoires du sommeil font partie du développement normal de l'enfant et certaines périodes sont plus à risque.

III.3.4.1. Le sommeil de 0 à 3 mois

Au départ, bébé s'endort au sein ou au biberon, dans son lit mais souvent dans la chambre des parents. Progressivement, on commence à le coucher éveillé entre 1 et 3 mois pour lui apprendre à s'endormir seul, et le bercement physique est relayé doucement par un bercement vocal. Petit à petit on ne répond plus de manière systématique aux réveils par l'alimentation et on reste vigilant à ne pas intervenir trop vite et de manière inadaptée notamment en cas de réveil bref entre deux cycles ou de phase de sommeil agité.

III.3.4.2. Le sommeil de 3 à 6 mois

Entre 4 et 6 mois bébé peut commencer à dormir dans sa propre chambre, selon le souhait des parents. Les horaires de coucher, de lever et des repas se régularisent vers 4 mois. Le nourrisson a de moins en moins besoin d'être nourri la nuit et son horloge biologique se règle petit à petit sur le rythme circadien de 24h, lui permettant de commencer à « faire ses

nuits ». Il est couché éveillé et s'autonomise de plus en plus en ayant de moins en moins besoin d'intervention physique des parents pour l'endormissement. Vers 3-4 mois c'est aussi le bon moment pour supprimer progressivement la tétine utilisée jusque-là pour le plaisir oral de la succion, au risque plus tard d'être réveillé à chaque fois que bébé la perd dans la nuit. En contrepartie on accompagnera l'endormissement avec la mise en place d'un rituel apaisant et plaisant. A partir de cet âge, en cas de réveils on ne se précipite plus à chaque fois et si le nourrisson nécessite vraiment une intervention on agit le plus sobrement possible sans le prendre dans les bras ni proposer d'alimentation. A 6 mois, bébé a normalement acquis son rythme de sommeil et fait ses nuits.

III.3.4.3. Le sommeil de 6 à 12 mois

A cet âge, bébé prend conscience de son environnement et peut s'inquiéter de la séparation avec les parents. C'est la période sensible de l'angoisse de séparation vers les 8-9 mois. De plus bébé s'endort en sommeil léger plus fragile et n'atteint la phase de sommeil profond qu'au bout de 30min. Il peut donc se (re)mettre à pleurer et réclamer ses parents mais il a la capacité physiologique de s'endormir seul. Il est donc en général inutile de rester avec lui trop longtemps ou de revenir plus de trois fois. Il a simplement besoin de réassurance et on pourra s'aider de son attachement à son objet transitionnel, en veillant à ne jamais omettre le rituel du coucher qui est alors essentiel avec son « bonne nuit à demain » promesse de retrouvailles, mais qu'il faudra clore avec « tendre fermeté ». En l'accompagnant +/- en s'aidant de techniques comportementales, il apprendra en quelques jours à s'endormir seul et surtout sans bercement ni alimentation. Les parents prennent de moins en moins de place dans son endormissement : il doit pouvoir ainsi s'endormir seul à 9 mois. En cas de réveils, on attendra un peu avant d'intervenir pour lui laisser la possibilité de se calmer par lui-même. Au bout de 5-10 min on pourra le rassurer et le sécuriser mais en le laissant dans son lit et en ne le prenant jamais dans celui des parents. A partir de 6 mois, le nourrisson passe souvent de 3 à 2 siestes : en général s'il reste éveillé 60-90 min le matin il aura besoin de 3 siestes, en revanche s'il peut rester éveillé pendant 2h ou plus c'est qu'il peut sans doute se contenter de deux siestes. On retarde alors souvent un peu à ce moment-là l'heure des siestes et on avance légèrement celle du coucher. Ce passage à deux siestes se fait généralement naturellement mais quelques indices peuvent l'annoncer : la troisième sieste devient très courte (moins d'une demi-heure) et/ou il a plus de mal à s'endormir au cours de cette troisième sieste et/ou les siestes surviennent de plus en plus tard dans la journée et retardent l'heure du coucher. Bien sûr la transition entre les deux

peut s'accompagner de certaines journées où il aura besoin de 3 siestes et d'autres où 2 lui suffiront. Une fois à 2 siestes par jour, l'une peut durer plus longtemps que l'autre ou bien elles peuvent être de la même durée. A partir de 8-9 mois, l'une d'entre elles va en général se raccourcir progressivement pour finir par disparaître.

III.3.4.4. Le sommeil de 12 à 18 mois

C'est une période de mise en confiance et d'autonomisation avec séparation nécessaire du sommeil de l'enfant par rapport à celui des parents : « c'est l'heure que tu ailles te coucher ». (24) Le soir on fait le rituel de séparation... et c'est tout. Ensuite, il est l'heure d'aller au lit. Sortir en disant toujours les mêmes phrases en partant. C'est aussi la phase d'acquisition de la marche, aptitude nouvelle qu'il voudra parfois reproduire la nuit ou le soir perturbant son sommeil. Dans ce cas, ne pas intervenir tout de suite, faire comme si on n'avait rien vu (contrairement à la journée où on l'encourage et le félicite), donner quelques tapes sur le lit pour qu'il comprenne qu'il doit se recoucher, et si besoin l'aider à se recoucher mais sans le prendre dans les bras, seulement en l'aidant à se rasseoir. On intervient le moins possible, on ne replace pas la couverture, on ne le borde pas une nouvelle fois, on peut lui redonner sa tétine mais plutôt dans sa main que dans sa bouche. S'il recommence on allonge progressivement l'attente avant d'intervenir en recommençant les mêmes étapes sans le gronder. Concernant le sommeil diurne, le passage de deux siestes à une seule se fait en général quand l'enfant présente certains signaux : il combat le sommeil lors de la deuxième sieste, veut se coucher plus tard le soir et peut dormir jusqu'à une heure de moins la nuit. C'est le bon moment pour essayer de passer à une seule sieste, plutôt sur un week-end pour commencer, en la plaçant environ 4h après son lever soit en général vers 11h et en le couchant un peu plus tôt le soir vers 20h le plus souvent. De même il pourra passer par une phase transitoire où certains jours il aura besoin d'une deuxième sieste, notamment si la première se termine avant 13h ou qu'il ne parvient pas à rester éveillé plus de 3h30 le matin avant cette première sieste. (20)

III.3.4.5. Le sommeil vers l'âge de 2-3 ans

L'endormissement vers les 2-3 ans est une autre période sensible car c'est à cet âge que peuvent survenir les phases d'opposition au coucher et/ou de phobie du sommeil. En cas d'opposition, on ré insistera sur le rituel du soir, rassurant et structuré, qui doit être un moment agréable ayant un début et une fin définie et ferme. Le rituel ne durera pas plus de 15-20 min puis « bonne nuit ». On peut écouter et comprendre sa colère, en discuter mais en restant

déterminé. C'est la période du « non » où l'enfant va chercher à tester les limites de ses parents et il sera plus sécurisant pour lui qu'il soit clairement défini ce qui est autorisé ou non. En revanche, on cherchera tout de même à savoir si cette opposition n'est pas induite par une phobie du coucher, des cauchemars ou la peur du noir. Si l'enfant se lève, on le ramènera dans son lit sans parler. Cette opposition est parfois associée à la phobie du sommeil ou du coucher, parfois en lien avec des cauchemars ou des terreurs nocturnes. De même c'est l'âge de l'apparition de la peur du noir. L'enfant a besoin de réassurance, on pourra en discuter avec lui, sans se moquer ni rationaliser de trop, et en s'aidant de l'objet transitionnel et de l'imaginaire de l'enfant pour instaurer un rituel magique rassurant (mettre en place un jouet ou un objet lui tenant à cœur qui le « protégera des monstres des cauchemars » par exemple). On pourra laisser une porte entrouverte avec la lumière du couloir faiblement allumée, ou bien une veilleuse. On fera attention aux histoires racontées le soir ou aux images de la télévision qui peuvent favoriser la peur du noir, parfois également alimentée par des illusions hypnagogiques. On veillera à une bonne hygiène de sommeil avec des horaires de coucher, de lever et de siestes réguliers y compris le week-end. Si cette période d'endormissement est très compliquée on cherchera à limiter le temps passé au lit sans dormir en retardant si besoin un peu l'heure du coucher à une heure où l'enfant est habituellement endormi. Une fois l'endormissement rapidement obtenu, on avancera progressivement de 5 à 10min soir après soir l'heure du coucher pour la recaler sur une heure plus normale. (21) Dans tous les cas, on ne prendra pas l'enfant dans le lit parental. En cas de difficultés persistantes, il faudra explorer avec les parents une éventuelle insuffisance de limites ou des difficultés de séparation parents/enfant. La gestion des réveils nocturnes est un peu différente à cet âge et doit aussi prendre en compte qu'en général de nombreux éléments de sa vie changent à cette période et peuvent induire une certaine angoisse. L'enfant a donc besoin de réassurance et doit savoir que ses parents sont là pour lui en cas de besoin, en intervenant si besoin la nuit pour ne pas le laisser pleurer seul et/ou le contenir dans ses bras pour l'apaiser : « la nuit il faut savoir venir comme le soir il faut savoir partir ». (24) On fera attention à la suppression trop précoce de la dernière sieste parfois essayée par les parents devant des difficultés de sommeil nocturne mais qui instaurée trop tôt, peut être encore plus délétère sur l'endormissement : l'enfant somnole sans que l'on s'en rende compte en fin de journée lorsqu'il est dans le calme ou dans la voiture, ce qui peut suffire à gêner l'endormissement du soir ou entraîner des réveils nocturnes. (20) Il en ira de même en cas de sieste trop tardive. L'effet de la suppression de cette dernière sieste et l'âge auquel elle doit intervenir varient beaucoup d'un enfant à l'autre. Dans l'ensemble, on préservera la sieste ou à défaut au moins un temps calme jusqu'à 4 ans.

III.4. Sommeil perturbé : boîte à outils = en aval

III.4.1. Bilan et principes de prise en charge

III.4.1.1. Quand consulter ?

Au vu de la grande évolution du sommeil au cours des 6 premiers mois, il est difficile de parler de véritable insomnie avant l'âge de 6 mois. On l'a vu les parents consultent spontanément assez rarement leur médecin généraliste en cas de difficultés de sommeil chez leur petit. Ils cherchent d'abord des solutions auprès d'autres ressources : proche, parent, blog, sites internet, revues, livres, etc. La mise en évidence des troubles se fait donc soit de manière fortuite au cours d'une consultation de suivi du nourrisson, soit à l'initiative des parents en cas d'épuisement après avoir déjà tenté certaines choses le plus souvent. Un interrogatoire minutieux est donc primordial pour un dépistage au plus tôt au cours des visites de routine. Un des enjeux majeurs est en effet le repérage et l'intervention thérapeutique les plus précoces possibles afin de prévenir un passage à la chronicité. Dans ce contexte une prise en charge rapide est efficace dans plus de 80% des cas. (27) (1) Par conséquent, les signes suivants doivent amener les parents à une consultation médicale : (7)

- répercussions dans la journée : asthénie, somnolence diurne, agitation, agressivité, difficultés scolaires
- signes d'alerte d'une atteinte somatique : ronflements sonores, pauses respiratoires la nuit, dyspnée, difficultés à s'alimenter, régurgitations importantes, mauvaise prise de poids, infections ORL fréquentes, pleurs inhabituellement prolongés et inconsolables, fièvre, douleur, etc.
- un sommeil très agité entre les éveils et notamment en cas de parasomnies
- des troubles qui se répètent, s'intensifient ou se chronicisent dans le temps
- l'absence d'amélioration malgré la mise en place de mesures simples

III.4.1.2. Une consultation dédiée

Le médecin proposera une consultation spécifique, dédiée entièrement au trouble du sommeil qui nécessite une exploration approfondie. Cette consultation sera l'occasion de refaire le point avec les parents sur les rythmes de sommeil et d'alimentation, les besoins en sommeil de l'enfant, idéalement en s'appuyant sur un agenda de sommeil. L'interrogatoire devra être « policier », très minutieux et précis dans ces questions. Un agenda de sommeil réalisé par les

III.4.1.3. Traitements

La prise en charge sera avant tout comportementale et non médicamenteuse. Les traitements médicamenteux devront rester exceptionnels et réservés à quelques cas particuliers (cf. III.5.4. Traitements médicamenteux).

1/ Le préambule à toute prise en charge sera dans un premier temps d'appliquer les règles de « bonne hygiène de sommeil » vues précédemment : régularité des rythmes d'alimentation et de sommeil diurne et nocturne, synchroniseurs externes et donneurs de temps, limites établies dans un cadre sécurisant et apaisant, mise en place d'un rituel adapté.

2/ Une fois revus ces fondamentaux, le praticien pourra proposer la mise en œuvre de techniques comportementales. Ces dernières se préparent à plus d'un égard : on préparera déjà les parents à leur mise en place car elles nécessitent un investissement en termes de temps, d'énergie et de patience. On les sensibilisera au fait qu'apprendre à leur enfant à s'endormir seul sera un des plus beaux cadeaux qu'ils puissent lui faire pour son avenir, même s'il faut souvent faire la concession de quelques nuits très difficiles pour que les choses s'améliorent ensuite. Il faudra veiller avec eux à l'instauration de limites claires et sécurisantes et s'assurer qu'ils seront en mesure de respecter les étapes de la technique choisie. En effet, pour que cette dernière fonctionne, il est essentiel que les parents y adhèrent complètement et que leur mise en œuvre soit tenable pour eux dans le temps. Ainsi, plus que « combien de temps peut-on laisser pleurer bébé ? » on demandera surtout « combien de temps vous sentez-vous capable de le laisser pleurer ? ». Le choix de la technique se fera donc en accord avec les parents, selon leurs valeurs et leur préférence, mais aussi bien sûr selon l'âge de l'enfant. Cette préparation passe également par une progressivité : on procédera étapes par étapes dans l'installation des nouvelles routines de comportement, et ce sur plusieurs semaines, avec réévaluations nécessaires avec le médecin. Dans un second temps, on préparera aussi l'enfant (notamment le plus grand) à la mise en place de la technique, en lui expliquant ce que l'on va faire et pourquoi. Plusieurs jours à semaines avant, on évoquera avec lui cette chance de pouvoir mettre en place une nouvelle acquisition, en la présentant de manière positive et joyeuse, comme une merveilleuse occasion d'apprendre à grandir et à devenir plus autonome en valorisant l'enfant. Certaines techniques se basent même une contractualisation préalable avec lui. On choisira un moment propice, de stabilité et de calme dans la vie de l'enfant (et celles des parents) pour commencer. Très souvent, il pourra être utile les premiers soirs de s'appuyer un peu plus sur le conjoint (souvent le père) ou sur un tiers de confiance.

3/ Un avis +/- une prise en charge médicale spécialisée est parfois nécessaire selon l'étiologie suspectée ou son retentissement : ORL, neuropédiatre, gastropédiatre, pneumopédiatre, centre spécialisé du sommeil, etc.

4/ Enfin, une prise en charge psychologique ou pédopsychiatrique est parfois utile, indépendamment de l'âge car autant (voire plus selon les cas) pour les parents que pour l'enfant, en cas d'anxiété de séparation, de troubles de la relation mère/enfant, d'anxiété généralisée ou troubles de l'humeur, etc. Notamment, l'approche de type familial peut s'avérer très bénéfique dans ce genre de situations. (1)

III.4.2. Les techniques comportementales

III.4.2.1. Sevrage de la présence parentale

III.4.2.1.1. Technique de la chaise combinée (tout âge, 0-6mois)

Cette technique assez douce peut débuter à tout âge dès avant les 4-6 mois de l'enfant, mais peut aussi s'envisager pour les plus vieux quand les parents ne se sentent pas de laisser pleurer leur enfant. On installe une chaise à côté du lit et on effectue le rituel habituel : chanter, caresser le nourrisson, placer les doigts de l'enfant près de sa bouche, etc. S'il crie on le prend dans les bras pour le bercer puis on le repose dans son lit encore éveillé. Progressivement, le bercement se voudra de plus en plus distant des bras du parent : d'abord avec une couverture puis un coussin entre le parent et le bébé, puis un coussin de plus en plus gros et petit à petit on réduira également les mouvements pour ne presque plus bercer puis cesser également de fredonner. (45) L'idée est donc de parvenir de manière extrêmement progressive à ne plus bercer l'enfant puis à ne plus avoir besoin de le prendre dans les bras.

III.4.2.1.2. Technique de l'attente progressive ou méthode 5-10-15 (6-18 mois)

La technique de l'attente progressive peut débuter selon le nourrisson dès 6 mois et se pratiquer jusqu'aux 18 mois de l'enfant. On ne l'utilisera pas avant l'âge de 4-6 mois car à cet âge on évite de laisser pleurer un enfant plus de 5min sans aller voir si tout va bien. C'est une approche comportementale applicable en cas de conditionnement anormal à l'endormissement mais aussi au cours des réveils nocturnes. (46) Au-delà d'un an on expliquera à l'enfant comment va désormais se passer le coucher et ce qu'on attend de lui : il doit s'endormir seul.

On le couche éveillé dans son lit avec son objet transitionnel puis on reste 10min auprès de lui pour le rituel avant de quitter la chambre avant qu'il ne soit endormi. Puis on procède par étapes : la technique la plus connue est la technique d'extinction graduelle de Ferber ou méthode 5-10-15 : (46)

Le 1^{er} soir : laisser pleurer l'enfant 5 min sans rien dire puis aller le voir s'il pleure encore, sans allumer les lumières ni le prendre dans les bras. Le rassurer par la parole, avec son doudou en gardant un ton ferme et doux. Rester au maximum 5 min puis ressortir. Puis si les pleurs se répètent, attendre 10 minutes avant d'intervenir en gardant la même attitude. Puis espacer l'attente à 15 min et ensuite y retourner toutes les 15min en cas de pleurs, jusqu'à ce qu'il s'endorme seul. Il peut être utile d'alterner papa et maman pour les interventions mais en se mettant d'accord pour garder la même attitude quel que soit le parent qui se lève.

Le 2^{ième} soir : on procédera de la même façon mais en débutant par un temps d'attente de 10 min, augmenté ensuite à 15 minutes puis toutes les 20 min. On ne dépassera en revanche jamais les 20 min avant d'intervenir. (2)

Le 3^{ième} soir : débiter par 15 min d'attente puis 20 min puis toutes les 20-25 minutes.

Les soirs suivants on procédera de la même façon que le 3^{ième} soir. Pour les réveils, on suivra la même technique en commençant par lui dire de la chambre parentale que c'est la nuit et qu'il faut dormir et seulement si besoin on interviendra après un temps d'attente s'allongeant progressivement à chaque réveil jusqu'au matin. (27) En règle générale, si les parents restent fermes, moins d'une dizaine de jours suffisent à ce que l'enfant s'endorme seul.

Bien sûr la technique de l'attente progressive peut aussi utiliser une version adaptée de la méthode 5-10-15, en particulier chez les parents qui tolèrent mal les pleurs de bébé. On définira avec eux au préalable la durée d'attente : au lieu de 5-10-15min on pourra commencer par 3-7-10 par exemple, voire moins. Cette durée pourra ainsi être ajustée à chaque parent, l'essentiel de la technique étant d'augmenter progressivement le temps d'attente avant intervention et de s'y tenir.

III.4.2.1.3. Routine de la chaise (> 18mois)

A partir de 18 mois, la routine de la chaise permet à l'enfant d'apprendre graduellement à se séparer de ses parents au coucher et à développer des associations d'endormissement indépendantes de ces derniers. (24) On commence toujours par le rituel et l'objet transitionnel puis le 1^{er} soir on s'assoit sur une chaise placée à côté du lit. La chaise restera au même endroit

toute la nuit et pendant les siestes. Soir après soir on éloignera la chaise de 10 à 20 cm vers la porte jusqu'à sortir de la chambre. Pour aider l'enfant, on renforce en parallèle son attachement à son objet transitionnel et on le rassure par des paroles apaisantes sans le toucher.

III.4.2.2. Méthode Chronododo

Cette méthode créée par Aude Becquart, s'adapte selon l'âge pour la gestion des endormissements du soir et des siestes, mais aussi celle des réveils nocturnes. (47) Elle permet notamment aux parents qui ont beaucoup de mal à attendre plusieurs minutes avant d'intervenir d'y aller beaucoup plus progressivement. Les temps d'attente étant très précis à chaque étape, il est conseillé de réaliser un schéma détaillé avec les parents qu'ils puissent suivre à la lettre en pleine nuit plutôt que d'essayer de le faire de mémoire en contexte de fatigue.

III.4.2.2.1. Méthode 1 : jusqu'à 12-14 mois

Pour les endormissements sieste et soir : (47)

- Jours 1 et 2 : on commence par 15 secondes d'attente (montre en main) avant une visite de maximum 10 secondes et ce à 4 reprises avant de faire une pause pour un câlin de 2 min. Puis de nouveau un cycle à 4 reprises d'un temps d'attente plus long de 30 secondes pour une visite de 10 secondes, avant une pause câlin de 2 min. Puis 45 secondes d'attente avant 10 secondes de visite, à 4 reprises. Si échec de l'endormissement à l'issue de ces trois étapes on choisira une option parmi 3 possibles : soit option 1 on propose un temps calme de 10 min avant de recommencer la méthode du début, soit option 2 les parents se sentent en mesure de doubler la dernière série (45s/10s) avant de proposer un temps calme, soit option 3 ils décident d'endormir l'enfant comme ils le souhaitent.

Jours 1 et 2 :

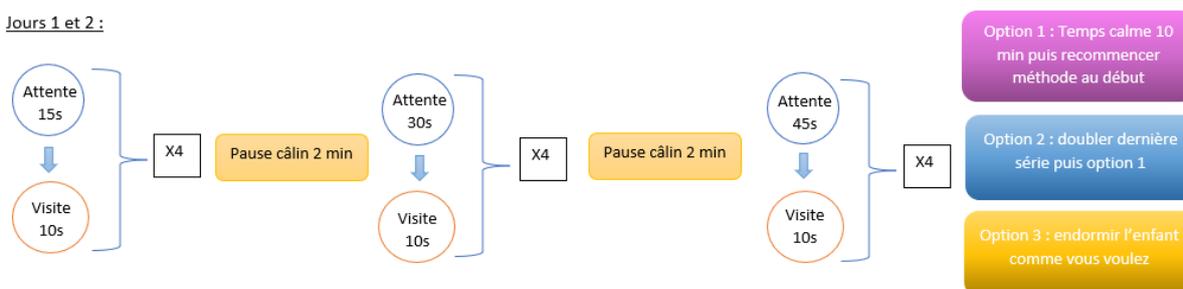


Figure 15 – Méthode chronododo : méthode 1 - Jours 1 et 2

- Jours 3 et 4 : on procède de même mais en commençant par un temps d'attente de 45s avant visite de 10s, 4 fois puis pause câlin de 2 min. Puis attente 1 min, visite 10 secondes, 4 fois et

pause câlin 2 min. Enfin attente 2 min pour visite 10s, 4 fois avant de choisir une des trois options précédentes : temps calme, répétition de la dernière série ou endormir comme vous voulez.

Jours 3 et 4 :

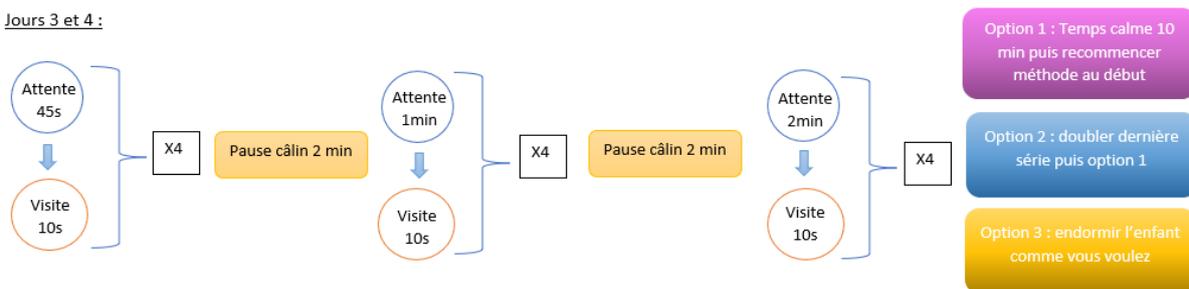


Figure 16 – Méthode chronododo : méthode 1 - Jours 3 et 4

- Jours 5 et 6 : idem que jours 3 et 4 à la seule différence qu'il ne restera plus que 2 options à la fin des 3 cycles : temps calme de 10 min avant de recommencer ou essai de répétition de la dernière série avant temps calme. On n'endormira plus à ce stade l'enfant par n'importe quel moyen.

Jours 5 et 6 :

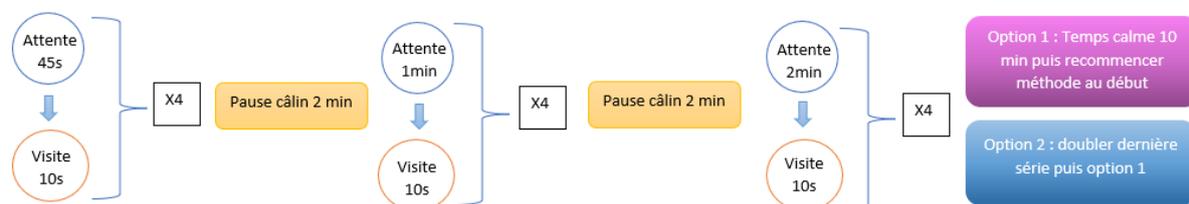


Figure 17 – Méthode chronododo : méthode 1 - Jours 5 et 6

- Jour 7 : idem mais les temps d'attente s'allongent à chaque cycle et ne se répéteront que 3 fois au lieu de 4 : 1 min 3 fois, puis 2 min 3 fois et 3 min 3 fois, puis option 1 ou 2.

Jour 7 :

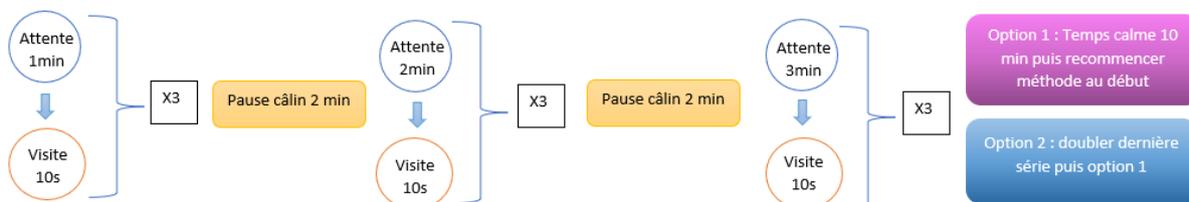


Figure 18 – Méthode chronododo : méthode 1 – Jour 7

- Jour 8 et suivants : le premier cycle commencera par un temps d'attente de 1 min avant visite de 10s, puis 2 min et visite de 10 s puis 3 min et visite 10 secondes avant pause câlin de 2 min. Le cycle suivant reprendra le temps d'attente de 3 min puis visite 10 s à 3 reprises avant pause

câlin. Et le dernier cycle allongera le temps d'attente à 4 min avant visite à 3 reprises, puis choix option 1 ou 2.

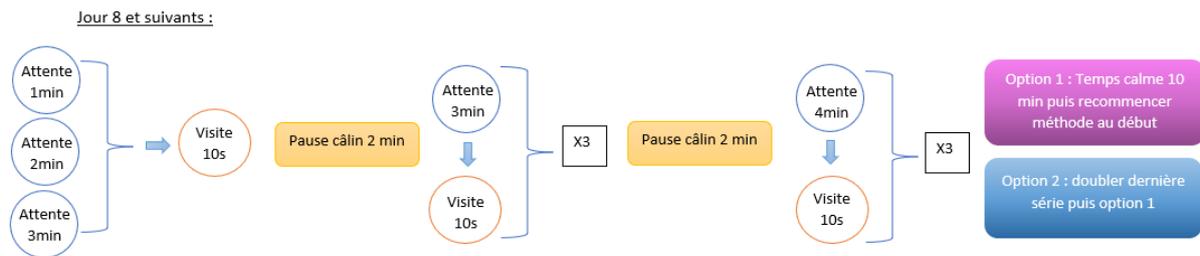


Figure 19 – Méthode chronododo : méthode 1 – Jour 8 et suivants

Pour les réveils nocturnes : (47)

La première semaine on rendort l'enfant comme on le souhaite puis au bout d'une semaine :

- Nuits 1 à 4 : temps d'attente de 3min puis visite de 10s, à répéter 4 fois puis endormir l'enfant comme vous voulez.
- Nuits 5 et 6 : Idem mais en le répétant 5 fois avant d'endormir l'enfant comme vous le voulez.
- Nuit 7 et suivantes : attente de 4 min avant visite de 10s, à répéter autant de fois que nécessaire jusqu'au matin.

III.4.2.2.2. Méthode 2 : après 1 an

La méthode 2 peut s'utiliser jusqu'à 3-4 ans avec une version pour les endormissements diurnes et nocturnes et une pour les réveils. La différence avec la méthode 1 est qu'elle débute par des temps d'attente plus longs et évolue plus rapidement au fur et à mesure des jours.

Pour les endormissements sieste et soir : (47)

- Jours 1 à 3 : 3 cycles de 4 répétitions d'attente progressive d'1 minute puis 2 minutes puis 3 minutes avant visite de 10s, entrecoupés de pause câlin de 2 min, avant choix d'une des 3 options.

Jours 1 à 3 :

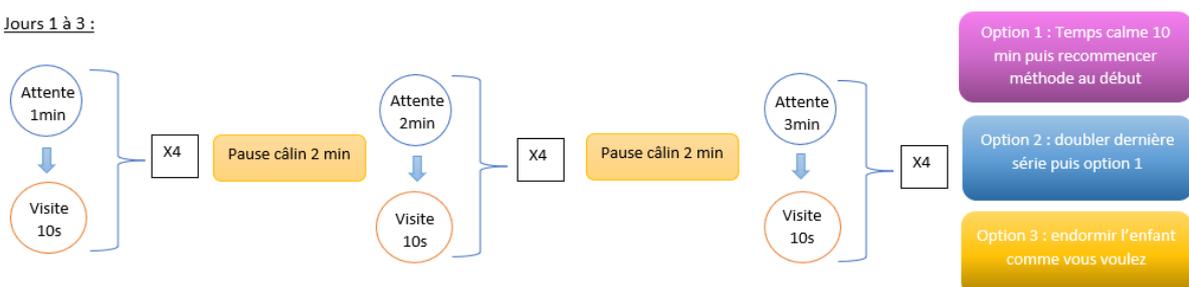


Figure 20 – Méthode chronododo : méthode 2 – Jour 1 à 3

- Jour 4 : idem mais en supprimant l'option 3.

Jour 4 :

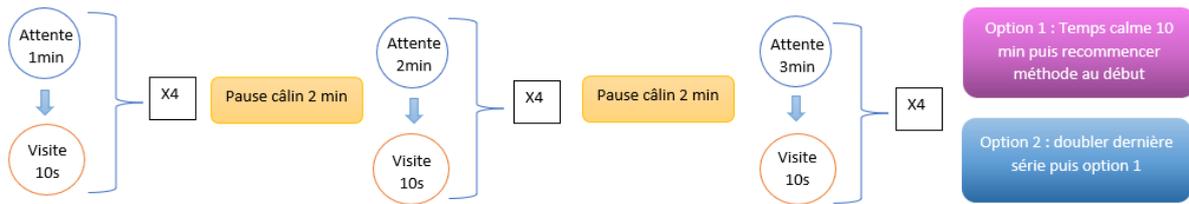


Figure 21 – Méthode chronododo : méthode 2 – Jour 4

- Jour 5 : idem mais avec 3 répétitions au lieu de 4 à chaque cycle et ajout d'un cycle avec attente de 4 min avant choix d'option.

Jour 5 :

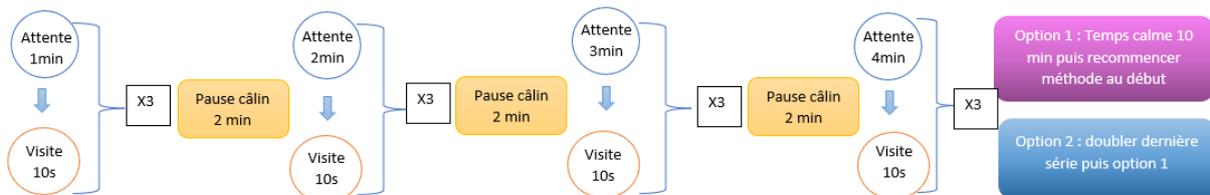


Figure 22 – Méthode chronododo : méthode 2 – Jour 5

- Jour 6 et suivants : idem à méthode 1.

Jour 6 et suivants :

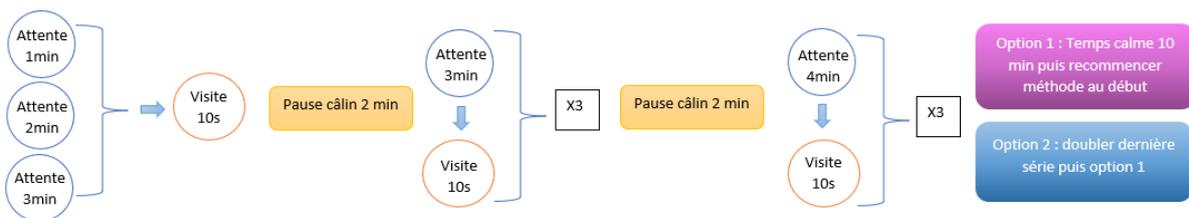


Figure 22 – Méthode chronododo : méthode 2 – Jour 6 et suivants

Pour les réveils nocturnes : (47)

On débute d'emblée sans attendre 1 semaine :

- Nuits 1 à 4 : attente de 4 min avant visite de 10s, à 4 reprises avant d'endormir l'enfant comme vous voulez

- Nuits 5 et 6 : attente de 4 min avant visite de 10s, à 5 reprises avant d'endormir l'enfant comme vous voulez

- Nuits 7 et suivantes : attente de 4 min puis visite de 10s à répéter autant de fois que nécessaire jusqu'au matin

III.4.2.3. Techniques de renforcement

III.4.2.3.1. Méthode du calendrier ou récompenses (> 2 ans)

A partir de 2 ans on peut établir avec l'enfant un contrat, permettant de l'impliquer et de le rendre fier de ses efforts. L'idée est de constituer un tableau calendrier sur lequel on placera une gommette pour chaque nuit où il n'a pas réveillé ses parents. Au bout d'un certain nombre de gommettes déterminé à l'avance, on offrira (en général en fin de semaine) une petite récompense à l'enfant. On peut aussi faire de même en collectionnant des briques de lego ou des perles : quand la construction ou le collier est fini, l'enfant a le droit à une récompense. Cette récompense ne sera pas un cadeau mais plutôt d'ordre émotionnelle, comme un projet de sortie avec les parents. (2)

III.4.2.3.2. Le ticket modérateur (2 ans ½ - 3 ans)

On confie à l'enfant plusieurs petits objets (billes, figurines, etc.) qu'il gardera près de son lit sur sa table de chevet. S'il se lève la nuit, on lui en confisquera un. S'il a réussi à en garder 5 en arrivant au samedi, il a un droit à une récompense ou un privilège. On peut aussi décider qu'il puisse échanger un certain nombre de ces objets, déterminé à l'avance, contre une petite récompense (qui sera de même plutôt d'ordre émotionnelle que matérielle).

III.4.3. Cas particulier des perturbations survenant après un évènement

On l'a vu certains évènements transitoires peuvent perturber le sommeil d'un enfant qui jusque-là dormait bien : poussées de croissance et poussées dentaires (même si c'est loin d'être systématique), nouvelles acquisitions (retournement, station debout, marche, propreté...), changement d'environnement, vacances, naissance d'un autre enfant, reprise du travail de la mère, entrée en crèche ou à l'école, peur après un accident, un incendie, un décès, déménagement, séparation des parents, périodes sensibles (peur de l'étranger entre 4 et 8 mois, angoisse de séparation entre 8 et 15 mois, opposition vers 2 ans, peur du noir après 2 ans), et bien sûr une pathologie somatique aigüe en particulier lorsqu'il y a eu hospitalisation, etc. Ils peuvent même parfois être l'occasion d'une certaine régression : bébé se réveille à nouveau la nuit et/ou réclame à nouveau des biberons alors qu'il n'en avait plus besoin. Le plus souvent

les perturbations sont passagères mais il arrive parfois, notamment en cas de réponse inappropriée, que les difficultés persistent même après résolution de l'évènement. L'accompagnement débutera toujours par rétablir les fondamentaux : rythmes réguliers, donneurs de temps, rituel encadrant, limites claires. On réinsistera notamment sur les rituels et on accentuera les marqueurs de temps. On cherchera à trouver une cause même si elle n'est pas toujours modifiable (acquisitions motrices, déménagement...) mais on aura toujours intérêt à mieux comprendre le pourquoi pour réagir de manière adaptée. Dans tous les cas, éviter de revenir en arrière sur d'anciennes habitudes ou des solutions à proscrire : alimentation nocturne, partage de lit parental. Une fois les rythmes régularisés et les bonnes habitudes reprises, si les perturbations durent on pourra employer une technique comportementale après avoir éliminé une cause somatique avec le médecin traitant, ou une cause environnementale familiale et/ou psychologique persistante.

III.4.4. Traitements médicamenteux : quand les parents demandent « un médicament »

La prise en charge de l'insomnie chez l'enfant repose en première intention sur le traitement comportemental. Les traitements médicamenteux constituent une solution de dernier recours qui doit rester exceptionnelle et réservée à certains cas particuliers (pathologie cérébrale, insomnie organique, d'origine psychiatrique, syndrome autistique, etc.), et en tenant compte de l'âge. La thèse de Diane Weick de 2008 met pourtant en évidence une utilisation encore importante des traitements médicamenteux (peut-être par manque d'autres solutions à proposer ?) par les médecins généralistes puisque 40% d'entre eux en prescrivaient à 79% de la phytothérapie ou de l'homéopathie, mais aussi 39,5% des anti histaminiques. (5) Dans tous les cas, mêmes si certains sont disponibles sans ordonnance, on ne donnera jamais de médicaments sédatifs à un enfant sans un avis médical préalable. En effet, ces traitements (et en particulier les benzodiazépines et anti histaminiques) peuvent comporter des effets indésirables non négligeables (dépresseurs du SNC, troubles de vigilance et de la mémoire) et/ou des effets paradoxaux non rares (l'agitation est majorée chez l'enfant qui, désarçonné par les sensations provoquées par le médicament, cherche à lutter contre ses effets). Si cette prescription est nécessaire, elle sera toujours accompagnée d'une prise en charge comportementale et/ou psychologique, car le sommeil procuré par les somnifères est de mauvaise qualité (ils diminuent le sommeil lent profond récupérateur et le sommeil paradoxal

des rêves au profil du sommeil lent léger) et n'a pas vocation à régler les causes originelles des troubles. (18) De plus un phénomène de tolérance s'observe rapidement au bout de 15 jours environ, avec tentation d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. La prescription se limitera donc à la durée la plus courte (recommandation de 2 semaines) et la dose la plus faible possibles, (48) avec une diminution progressive (d'autant plus longue que la prise a été chronique) pour éviter un risque de sevrage et/ou d'effet rebond. (27)

Le tableau ci-dessous résume les différentes classes médicamenteuses disposant d'une AMM dans cette indication. En résumé, on possède assez peu d'outils médicamenteux en réalité avant 3 ans puisque :

- Les anti histaminiques H1 ont une AMM en 2^e intention, mais pas avant 20kg et/ou 3ans.
- L'utilisation des benzodiazépines dans cette indication est déconseillée et hors AMM
- L'homéopathie n'a pas d'AMM avant 1 an
- La phytothérapie possède une AMM seulement dans les troubles mineurs ou légers du sommeil de l'enfant pour la plupart à partir de 12 ans et pas de traitement avant 30 mois, le tout sans avoir fait l'objet de recommandation officielle
- La mélatonine est une hormone synthétisée naturellement par l'épiphyse à fortes concentrations le soir à partir de 3mois et faibles concentrations dans la journée, impactant de manière essentielle la mise en place du rythme circadien. La littérature fait état de rapports contradictoires sur l'efficacité de la mélatonine sur le sommeil. Elle aurait un effet chronobiotique ou effet de changement de phase du rythme circadien, mais son effet hypnotique et favorisant le sommeil est moins bien établi. De plus, des études complémentaires semblent nécessaires pour évaluer le profil d'innocuité à long terme et les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques au sein de la population pédiatrique en bonne santé, puisque la plupart des études est de petite envergure et centrée sur les enfants atteints d'anomalies neurodéveloppementales. Pour cette raison on ne dispose pas de recommandation sur son utilisation en population générale. (49) Sa prescription est donc limitée aux situations de troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux, et en particulier aux troubles du spectre autistique.

| Classe | Médicament (principe actif) | AMM/Indications |
|--------------------------------------|--|---|
| Anti histaminiques H1 | ALIMEMAZINE (Théralène) | - AMM chez l'enfant de plus de 20kg (solution buvable) ou plus de 6ans et plus de 20 kg (comprimés) - traitement de courte durée des insomnies d'endormissement en lien avec un état d'hyperéveil (manifestations anxieuses au coucher), en 2 ^e intention après échec des mesures comportementales. |
| | HYDROXYZINE (Atarax) | - AMM chez l'enfant de plus de 3 ans (sirop) ou plus de 6 ans (comprimé) - traitement de courte durée (maximum 2 semaines) des insomnies d'endormissement liées à un état d'hyperéveil, en 2 ^e intention après échec des mesures comportementales |
| Phytothérapie | BIOCARDE sol buv (agripaume + aubépine + avoine + mélisse + passiflore + valériane) | Troubles mineurs du sommeil chez l'enfant de plus de 6 ans |
| | EUPHYTOSE cp enr (aubépine + ballote + passiflore + valériane) | Favoriser le sommeil, à partir de 12 ans |
| | OMEZELIS cp enr (aubépine + calcium lactate + magnésium thiosulfate + mélisse) | Troubles mineurs du sommeil chez l'enfant de plus de 6 ans |
| | SANTANE N9 tisane (aubépine + houblon + mélisse + passiflore + tilleul) | Troubles mineurs du sommeil de 30 mois à 15 ans |
| | PASSIFLORINE sol buv en flacon (aubépine + passiflore) | Troubles mineurs du sommeil chez l'enfant de plus de 30 mois |
| | SEDATIF TIBER sirop (aubépine + passiflore + potassium bromure + sodium bromure) | Troubles légers du sommeil à partir de 30 mois |
| | SPASMINE cp enr (aubépine + valériane) | Favoriser le sommeil à partir de 12 ans |
| | ARKOGELULES Escholtzia gél (eschsoltzia) | Troubles mineurs du sommeil à partir de 12 ans |
| | Huile essentielle de lavande schwabe caps molle (lavande) | Favoriser le sommeil à partir de 12 ans |
| | ARKOGELULES Mélisse gél (mélisse) | Troubles mineurs du sommeil à partir de 12 ans |
| | DORMICALM cp enr (mélisse + passiflore + valériane) | Troubles du sommeil à partir de 12 ans |
| | ANXEMIL 200mg cp enr (passiflore) | Faciliter l'endormissement à partir de 12 ans |
| | ARKOGELULES Valériane gél (valériane) | Troubles mineurs du sommeil à partir de 12 ans |
| | SEDINAX cp pell (valériane) | Troubles du sommeil à partir de 12 ans |

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Homéopathie | Avena sativa teinture mère weleda, crataegus complexe No 15, crataegus oxyacantha teinture mère boiron, homéogène 46, L 72, nerediem, quiétude, sédatif pc, somnidoron | |
| | Quiétude (sirop) | Troubles mineurs du sommeil, à partir de 1 an (sur avis médical entre 1 an et 30 mois) |
| | Sédatif PC (granules) | Troubles mineurs du sommeil, à partir de 1 an (et sur avis médical entre 1 an et 30 mois) |
| | L 72 (sol buv en gouttes ou cp orodispersible) | Troubles mineurs du sommeil à partir de 30 mois |
| Oligoéléments | Granions de lithium, oligosol lithium | Au-delà de 6 ans |
| Sédatifs contenant du brome | Sédatif tiber (cf. phytothérapie), calcibronat (> 30kg) | |
| Mélatonine | SLENYTO cp LP 1 et 5 mg | AMM pour l'insomnie chez les enfants et adolescents de 2 à 18 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme et/ou un syndrome de Smith-Magenis |
| | CIRCADIN cp 2mg | En prescription compassionnel (ancienne RTU) pour les troubles du rythme veille-sommeil chez des enfants de 6 à 18 ans présentant des handicaps neurodéveloppementaux ou psychiatriques |

Tableau 3 – Insomnie chez l'enfant : liste et indications des principaux traitements médicamenteux existants (1) (48)

III.5. Rôle du médecin traitant dans les insomnies comportementales

III.5.1. Besoin d'une référence : les discordances

Les parents confrontés aux difficultés de sommeil de leur enfant se retrouvent aujourd'hui face à une multitude de sources et de conseils divers, parfois contradictoires. Devant un référentiel de si grande ampleur (a fortiori depuis la généralisation d'internet), pas toujours validé ou étayé scientifiquement, les familles sont parfois démunies, perdues, et ont besoin d'une référence pour les guider. C'est le rôle du médecin généraliste qui en tant que médecin « traitant » de la famille est le mieux placé pour accompagner les parents, car il a souvent une fine connaissance du cadre familial, de l'environnement et de la fratrie entourant bébé. Or, on l'a vu en introduction, les connaissances et la formation des médecins généralistes ne sont pas toujours suffisantes pour investir efficacement ce rôle de référent et de soutien à la parentalité. (5) C'est donc tout l'objectif de cette thèse, de pouvoir apporter un outil qui se veut à la fois clair, synthétique et le plus exhaustif possible, pour améliorer la formation des médecins. Et ce notamment sur quelques points particuliers qui font aujourd'hui débat et sèment le trouble parmi familles (mais aussi les professionnels !).

III.5.1.1. Allaitement maternel et sommeil

On entend souvent dire qu'un enfant allaité au sein se réveillera forcément à de multiples reprises la nuit et qu'il est normal que la mère allaitante ne dorme pas bien. Mais qu'en est-il réellement ?

III.5.1.1.1. Allaitement et qualité de sommeil

Il faut avant tout bien comprendre que les « normes » en termes de sommeil ont été établies statistiquement sur des nourrissons nourris essentiellement au biberon. Pourtant, il n'y a rien de plus naturel que l'allaitement maternel, et les mères allaitantes doivent être informées que physiologiquement, le sommeil de leur enfant et le leur seront de fait un peu différents qu'en cas d'allaitement artificiel. Mais cela signifie-t-il qu'il soit nécessairement moins bon ? De nombreuses études ont montré que l'allaitement maternel était en effet corrélé à une mise en place plus tardive des nuits complètes, avec des réveils nocturnes plus fréquents (Elias et al, 1986). Ainsi on retrouve ces facteurs comme des barrières à l'allaitement maternel dans les études car les parents sont mal préparés à ce que les bébés allaités se réveillent plus fréquemment la nuit pour téter et ce de manière tout à fait normale ; conduisant parfois malheureusement à des sevrages précoces interprétant à tort cela comme un signal que le lait maternel ne suffit plus au bébé. En réalité, physiologiquement, le lait maternel est rapidement digéré en 90 min environ, ce qui explique que le nourrisson aura faim toutes les 2 -3h. (50) De plus, les quantités ingérées au moment des tétées sont souvent plus faibles que celles des biberons mais aussi plus physiologiques par rapport à la capacité de l'estomac du nourrisson. Ainsi, ce n'est pas le lait maternel qui est moins nourrissant, mais plutôt le lait artificiel qui est plus lourd et moins digeste, qui met plus de temps à être digéré et entraîne donc une satiété rapide et un endormissement plus profond. Tout ceci explique un besoin de tétées nocturnes fréquentes en cas d'allaitement maternel, le nourrisson fractionnant un peu plus son alimentation et donc son sommeil. Pour autant, il est essentiel de comprendre et d'expliquer aux parents, que cela n'est pas synonyme de nuit plus courte ou de moins bonne qualité, que ce soit pour l'enfant mais aussi les parents. En effet, selon l'étude de Cubero la quantité de sommeil des bébés allaités peut même être plus importante que celle des bébés nourris au biberon car s'ils se réveillent plus souvent ils se rendorment aussi plus vite. (51) De plus, si on veut être précis en réalité le bébé allaité ne se réveillerait pas plus souvent que le bébé nourri au lait artificiel mais il serait plus systématiquement mis au sein par sa mère qui est plus sensible à ses éveils (52) et parce que c'est la manière la plus rapide de le rendormir, (contrairement aux

autres bébés qui ne reçoivent pas un biberon à chacun de leurs éveils nocturnes qui ne sont pas toujours signalés aux parents). (53) Même chose côté parental, les études tendent à montrer que les parents d'enfants allaités dorment autant voire plus que les parents d'enfants nourris au biberon. (54) Cela s'expliquerait notamment par l'action anti-stress et sédatrice de l'ocytocine produite par la mère allaitante qui se réveille peut-être plus mais se rendort aussi plus vite et plus facilement. Par ailleurs, bébé est en général tout près d'elle dans son lit souvent accolé au sien et elle n'a pas à se lever, allumer les lumières, préparer un biberon... ses éveils seraient donc moins longs et moins stimulants. La littérature suggère également que l'augmentation du taux de prolactine chez la femme allaitante augmenterait la durée de son sommeil lent profond récupérateur. (55) Bien sûr on manque encore d'études randomisées à grande échelle pour avoir une preuve scientifique formelle, mais ces éléments apportent des arguments encourageants pour préparer les mères et les soutenir dans la poursuite de leur allaitement maternel. (56)

III.5.1.1.2. Sevrage de l'allaitement nocturne

Ainsi, le bébé nourri au sein aura plus tendance à se réveiller la nuit et jusqu'à un âge un peu plus avancé que le bébé nourri au biberon, mais il est tout aussi à même d'apprendre à dormir la nuit et à s'endormir seul le soir. On suivra donc les mêmes conseils de prévention en termes de mise en place des rythmes veille/sommeil et du conditionnement anormal à l'endormissement. L'enfant étant habitué à recevoir le sein fréquemment, il sera plus susceptible de le réclamer la nuit en cas de réveils. On sera donc vigilant à l'habituer progressivement à s'apaiser par d'autres moyens. Par ailleurs, un bébé allaité en bonne santé et qui prend bien du poids n'a pas besoin de boire davantage la nuit qu'un bébé nourri au biberon. Même si une tétée nocturne persiste souvent vers 6 mois, à partir de cet âge on envisagera un sevrage de l'alimentation nocturne. On l'a vu les avis des spécialistes divergent quant à la méthode à employer : sevrage radical ou progressif. En réalité, ce que l'on peut retenir est que cela dépendra de l'âge de l'enfant mais aussi du choix des parents (cf. III.4.2.2 Réveils et alimentation nocturne). De plus, si la persistance d'une tétée nocturne ne dérange en rien maman et que bébé dort bien par ailleurs, on ne s'acharnera pas obligatoirement à modifier ses habitudes, en prévenant tout de même les parents qu'en cas de perturbations transitoires de son sommeil, bébé aura plus de risques de réclamer le sein la nuit en cas de réveils nocturnes. (52)

III.5.1.1.3. Allaitement, partage de lit et MSN

L'allaitement maternel et le partage de lit font aujourd'hui grand débat. En effet, d'un côté les défenseurs de l'allaitement maternel prônent un allaitement facilité, plus efficace et plus prolongé en cas de partage de lit avec la mère. De l'autre, des spécialistes rappellent les risques de mort subite du nourrisson et conseillent de bannir cette pratique. Si en tant que professionnel de santé il paraît compliqué de ne rien dire devant un partage de lit quant aux risques bien établis aujourd'hui de MSN, il est important d'avoir conscience que certaines mères le pratiquent et de pouvoir en discuter avec elles. En effet, les mères qui allaitent semblent deux fois plus nombreuses à dormir avec leur bébé que les autres. (52) Pour rappel, l'allaitement maternel fait partie des facteurs de protection de MSN à partir du moment où celui-ci dure au moins 2 mois. (16) Mais les études manquent pour connaître précisément le risque réellement imputable au partage de lit en cas d'allaitement maternel. Une méta analyse de 2007 sur les avantages et les risques du partage de lit parental concluait à des bénéfices évidents tandis que les preuves sur ces risques étaient plus ambiguës (Horsley et al, 2007). En effet, certaines études montrent que l'attitude de la mère non allaitante qui partage le lit avec son enfant est très différente de celle de la mère allaitante. Pour cette dernière, son comportement instinctif l'incite à se positionner de façon protectrice face au bébé, l'entourant comme dans un cocon : tournée sur le côté, jambes repliées sous l'enfant l'empêchant de rouler vers l'avant, bras levé au-dessus de sa tête, l'enfant couché sur le dos sous son épaule et près de son sein. (52) De plus, il existe une synchronisation des cycles de sommeil entre la mère et son enfant qui se met en place en cas d'allaitement maternel ainsi qu'une sensibilité accrue aux stimuli de bébé, permettant une réponse instinctive plus rapide à ses besoins, la mère étant plus à même d'émerger d'un sommeil léger. Pour les défenseurs de l'allaitement maternel, cela limiterait les risques de MSN mais malheureusement on ne dispose pas d'assez d'éléments aujourd'hui pour établir un lien direct. (50) Par conséquent, en l'absence d'études plus poussées et de certitude, il semble licite pour le médecin de déconseiller le partage de lit au profit éventuellement du cododo en respectant les consignes de sécurité de prévention de la MSN, ou encore mieux d'accoler le lit de bébé à celui de sa mère afin qu'elle puisse réagir rapidement et facilement à ses sollicitations, perturbant ainsi le moins possible leurs deux sommeil.

III.5.1.2. Co-sleeping et MSN

Il faut distinguer partage de lit, cododo et partage de chambre.

III.5.1.2.1. Partage de lit

Le partage de lit est, comme son nom l'indique, quand bébé dort dans le lit de ses parents. Ce partage de lit est fortement déconseillé dans les pays occidentaux où les lits pour adultes ne sont pas adaptés aux nourrissons et augmentent fortement le risque de MSN. Bien sûr cette question est aussi très culturelle, car dans certains pays notamment en Afrique, au Maghreb ou au Japon le partage de lit est la norme sans que l'on constate plus de MSN. Seulement, dans ces pays le lit et les conditions de couchage ne sont pas les mêmes qu'en Europe : au Vietnam par exemple, les parents dorment sur des nattes à côté du bébé qui est dans un hamac. (11) Certains experts établissent que le partage de lit pourrait être sécuritaire à condition de respecter certaines règles, se basant sur des études qui ont montré qu'il s'agit bien d'un des principaux facteurs de risque de MSN mais souvent associé à d'autres facteurs tels que la privation de sommeil parental, la position sur le ventre, le sommeil sur le divan, une mère fumeuse, la consommation d'alcool ou de somnifères, etc. ce qui rend complexe de conclure sur le risque propre du partage de lit dans des conditions contrôlées. Cependant, d'autres études montrent que même en l'absence des autres FDR, le partage de lit restait un facteur de risque indépendant de MSN, estimant à 2,75 le risque relatif de décès si bébé dort dans le lit parental. (16) (57) Les données de la littérature semblent donc contradictoires (9) mais plutôt en faveur d'un risque de MSN en cas de partage de lit, le déconseillant largement à l'échelle mondiale. Ainsi, le médecin découragera cette pratique et recommandera que chacun ait son propre espace.

III.5.1.2.2. Cododo

Le cododo (on entend parfois parler de sommeil partagé) est à bien distinguer du partage de lit. Il décrit une organisation où bébé dort tout près de sa mère mais sur une surface de sommeil séparée, permettant dans la plupart des cas à sa mère de le toucher sans avoir à se lever. (52) Concrètement, cela consiste en général à faire dormir bébé dans son propre lit accolé à celui de la mère avec souvent un côté amovible ou abaissable. Cependant, ces lits présentent des risques propres : en effet, si une couverture ou des oreillers passent du côté de bébé ce-

dernier peut s'enrouler dedans et s'étouffer, de même l'espace potentiellement restant entre le matelas de la mère et celui du bébé peut être à risque d'étouffement si bébé roule entre les deux lits, voire de chute si le parent pousse le lit de bébé par inadvertance dans son sommeil. Les lits à côté abaissable sont par exemple interdits au Canada. (16) Ainsi, si les parents, notamment en cas d'allaitement maternel, choisissent ce type de dispositif il conviendra de s'assurer de respecter les règles de sécurité : lit respectant les normes NF, s'accrochant solidement à celui des parents, que bébé dorme dans son propre espace sans couverture ni oreillers ni peluches, éviter les espaces entre les deux lits, etc. (15) De cette façon le cododo est bien plus sécuritaire que le partage de lit, mais on préférera conseiller aux parents de faire dormir bébé dans son propre lit à part en l'accolant (sans rabat) à celui des parents.

III.5.1.2.3. Partage de chambre

Le partage de chambre consiste à faire dormir bébé dans son propre lit mais dans la même chambre que les parents. Cette pratique est conseillée par l'OMS durant les 6 premiers mois de l'enfant, et est reconnue comme une mesure de lutte contre la MSN (facteur protecteur avec RR de 0,66 quand bébé dort dans son berceau situé très près du lit de sa mère). (57) Cependant, en raison de la nécessité de détachement mère/enfant à partir des 4 mois, si les parents le souhaitent, on peut commencer à faire dormir bébé un peu plus tôt dans sa propre chambre, le partage de chambre pouvant parfois aussi entretenir les éveils mutuels. (3) L'âge de 4 à 6 mois semble en effet idéal car c'est vers 6 mois que les rythmes jour/nuit de bébé sont normalement bien établis, il n'a plus besoin d'être alimenté la nuit et n'a pas encore développé l'anxiété de séparation. De plus le retournement acquis, les risques de MSN diminuent grandement. Côté pratique, c'est aussi à cet âge que l'on passe en général au lit plus grand. Dans ces cas-là on procédera de manière progressive en commençant par les siestes afin qu'il se familiarise à son nouvel environnement. L'âge auquel bébé rejoint sa propre chambre dépendra donc de chaque enfant mais aussi de chaque parent : si bébé se réveille au moindre bruit dès que ses parents rentrent dans la chambre ou à l'inverse si les parents se réveillent au moindre mouvement de bébé, il est préférable de ne pas trop retarder la séparation. (20) Ce moment reste avant tout le choix des parents, tout comme la mise en place ou non d'un dispositif d'écoute type baby phone. Loin d'être systématique il peut rassurer certains parents mais peut aussi être source d'anxiété chez certains qui resteront en hypervigilance permanente.

III.5.1.3. La Tétine

On l'a vu dans la thèse de Diane Weick, la question de la tétine fait débat et semble parfois laisser les professionnels dans l'expectative : dans son étude, plus de 44% des médecins interrogés n'avaient pas d'avis sur la question quant au lien avec la MSN. (5) Alors la tétine : à conseiller ou à proscrire ? Quel lien avec la MSN ? A quel âge la débiter ? A quel âge l'arrêter ? Quels risques si persistance ?

La tétine répond à un besoin de succion chez le nourrisson. Elle possède un effet apaisant ralentissant le rythme cardiaque et permettant d'entrer plus facilement dans le sommeil. D'après certaines études, l'utilisation de la tétine dans la première année de vie serait un facteur protecteur de MSN, sans que ce lien soit aujourd'hui scientifiquement formellement établi. En cas d'allaitement maternel on préférera l'introduire après 1 mois afin de laisser le temps à l'allaitement d'être bien en place. (29) Les raisons de cette protection ne sont pas encore bien connues et reposent sur quelques hypothèses : elle constituerait un obstacle au retournement empêchant bébé de se retrouver sur le ventre, la succion en maintenant la langue vers l'avant garderait les voies aériennes dégagées, elle aurait un rôle apaisant limitant les mouvements de bébé, les ailettes éviteraient l'étouffement en cas de retournement, la succion rendrait le sommeil plus léger, etc. Cependant, la tétine ne doit pas du tout être systématique pour autant, car elle devient parfois un mode d'endormissement difficile à sevrer par la suite. Avant 3 mois, la tétine répond au besoin de succion du nouveau-né qui ne sera capable de trouver son pouce qu'à partir des 3 mois. Ensuite, on conseille de la supprimer progressivement vers 3-4 mois car c'est une période où cela est encore facile à mettre en œuvre. On accompagnera bébé dans son endormissement par d'autres moyens notamment le bercement vocal. Au-delà, le risque est surtout la perte de la tétine la nuit amenant bébé à réclamer ses parents pour lui replacer dans la bouche. A défaut de pouvoir arrêter la tétine, on peut dans ce cas au moins essayer de lui apprendre à la gérer en autonomie, notamment chez le plus vieux, en lui montrant le geste de replacer la tétine dans sa main puis l'amener à sa bouche. (4) Par conséquent, chez le nourrisson on ne déconseillera pas la tétine qui restera un choix parental (mais en réalité surtout un choix de l'enfant !), tout en préconisant un arrêt progressif à partir de 3 mois.

Chez l'enfant plus vieux vers 3-4 ans d'autres conséquences néfastes peuvent apparaître : au-delà de la question de l'hygiène parfois un peu douteuse de la tétine, voire des risques d'ingestion ou d'étouffement si elle est abîmée, elle entrave le langage spontané de l'enfant pouvant conduire à des troubles ou retards, et l'impact de la succion sur le palais peut conduire à des déformations maxillo-faciales. Il est globalement établi qu'il y a peu d'impact

sur la croissance dentaire si la tétine est arrêtée avant 3-4 ans. Par ailleurs, si on retarde trop le moment de ce sevrage, on peut se confronter à une situation de dépendance vis-à-vis de la tétine, notamment pour l'endormissement, qu'on aura de plus en plus de mal à corriger. Ainsi, si le sevrage n'a pas été fait plus tôt, on conseillera aux parents de l'envisager très progressivement à partir de 1 ou 2 ans dans l'objectif d'un arrêt vers 3 ans (il en ira de même pour le pouce), âge auquel ils sont en général prêts à réduire leur besoin et l'entrée à l'école maternelle étant souvent un bon levier pour le faire (l'enfant devient grand et ne veut plus être un « bébé »). Dans tous les cas, ce sevrage se fera progressivement et on choisira une période propice, de stabilité pour l'enfant, pour commencer. On en parlera avec lui en le valorisant, en évitant les remarques rabaisantes et en dédramatisant la situation. On pourra s'appuyer sur son objet transitionnel (doudou) pour l'aider notamment à partir de 10 mois où le besoin de succion diminue et l'attachement à l'objet transitionnel est bien établi. (18) On commencera par exemple par décider ensemble que la tétine reste à la maison, puis elle sera limitée à la chambre puis aux seuls moments de sommeil. On peut profiter d'occasion comme à Noël pour offrir la tétine au Père Noël. L'intervention d'une tierce personne (nounou, grand-parent, médecin...) qui lui expliquera les choses autrement peut aussi l'encourager.

III.5.1.4. Le Doudou

Le doudou est un excellent objet transitionnel, nommé ainsi par le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott. (2) Dès les premiers mois, bébé est capable d'identifier des objets familiers dont la vue, le contact et l'odeur ont un effet apaisant et de réassurance. Ce lien d'attachement n'est pas conscient, il s'agit d'un lien sensoriel qui prolonge le contact physique avec la figure d'attachement, souvent la mère. (11)

Cependant, tout comme la tétine, le doudou ne doit pas être systématique, en particulier chez le nourrisson. En effet, il faut savoir que l'attachement de l'enfant à son doudou n'intervient que vers les 6-7 mois. Avant, il n'est donc absolument pas indispensable. De plus, on l'a vu avant 6 mois surtout, la présence de nombreuses peluches ou doudous dans le berceau de bébé est un facteur de risque de MSN. De préférence on l'évitera donc avant 6 mois et on n'habitue pas bébé à s'endormir avec son doudou sur la tête (en théorie pas de doudou dans le berceau jusqu'à 2 ans pour les risques de MSN même si cela peut sembler compliqué en pratique). On sélectionnera surtout un doudou adapté : respectant les normes de sécurité, pas trop grand, pas trop lourd, plat, sans objet détachable ni lanière, qui ne soit pas un linge ou un vêtement (T-shirt de la mère par exemple). On choisira (ou plutôt bébé choisira !) UN (seul)

doudou qu'il est préférable d'avoir en plusieurs exemplaires en cas de perte ou de lavage. Vers 7 mois il sera souvent très utile à l'émergence de l'angoisse de séparation quand bébé prend conscience qu'il est un être à part entière. En pratique, le choix reviendra souvent à l'enfant, certains se l'appropriant très bien et d'autres n'en manifestant pas le besoin. Les parents seront là pour l'accompagner dans une utilisation sécurisée de son objet transitionnel.

III.5.2. Avis sur les techniques comportementales : laisser pleurer bébé ?

Dans les médias ou sur le web de nombreuses réactions négatives entourent certaines techniques comportementales, en particulier celles qui consistent à « laisser pleurer » bébé. Pour certains, il ne faut jamais laisser pleurer un enfant car il a besoin d'être rassuré et que cela peut avoir des conséquences négatives sur son développement neurologique. Pour d'autres au contraire, se précipiter au moindre pleur peut rendre les enfants capricieux et empêche l'apprentissage de l'autonomie. Et si la bonne attitude se trouvait justement au milieu ? (18)

Dans la littérature, les études semblent plutôt contradictoires quant aux effets de ces méthodes notamment en termes de stress. En revanche, elles établissent assez bien leur efficacité. Ainsi, une revue de la littérature menée en 2006 a montré que 94% des articles collectés concernant les interventions comportementales pour troubles du sommeil (surtout psycho-éducatives et extinction graduelle) chez l'enfant de 0 à 5 ans, rapportaient une amélioration significative du problème de sommeil, dans un délai de 3 à 6 mois pour plus de 80% des enfants. Elle conclut également à des effets positifs sur le bien-être général des parents : moins de symptômes de dépression, amélioration de la satisfaction conjugale et diminution du stress parental. (58) (59) Ces techniques peuvent donc aussi comporter un intérêt en prévention des troubles du sommeil chez les parents et limiter la dépression maternelle. (40) (39) Pour exemple, en 2007 une étude randomisée contrôlée a été menée en Australie sur 328 enfants afin d'étudier l'efficacité des techniques d'extinction graduelle ou d'effacement de l'adulte, et a ainsi montré après 2 ans une baisse significative de la dépression chez la mère et un effet positif sur la relation mère enfant. (60) L'étude de Hiscock dans *Pediatrics* en 2008 montre une amélioration des troubles du sommeil chez l'enfant de 8 mois après mise en place d'une thérapie comportementale, et ce de manière significative et persistante à 10-12mois, sans effet indésirable à long terme sur la santé mentale de l'enfant. (61) Une étude américaine publiée en 2012 dans la revue *Pediatrics*, ayant suivi 255 enfants pendant 5 ans, a conclu que

les techniques (notamment le 5-10-15) n'entraînaient pas de conséquences à long terme chez l'enfant, tant sur le plan de son développement émotionnel que sur la régulation de son stress, sa santé mentale ni de détérioration du lien d'attachement avec ses parents. Enfin, plus récemment, une étude de 2016 publiée dans *Pediatrics* a mis en évidence que les méthodes d'extinction graduelle présentaient des résultats significatifs sur la latence d'endormissement ($p < 0,05$) et le nombre de réveils ($p < 0,0001$) sans conséquences négatives rapportées en termes de bien être comportemental et émotionnel des enfants à 12mois, ni sur l'humeur ou le stress parental. (62) Ainsi, une prise en charge comportementale précoce peut avoir de véritables effets positifs sur le sommeil de l'enfant et ses parents, et ne semble pas comporter d'effets néfastes sur son développement. En revanche, des études manquent encore pour évaluer les effets à plus long terme (après plusieurs années et à l'adolescence).

De plus, comme on l'a déjà vu ces méthodes peuvent être adaptées à chaque parent selon sa propre tolérance aux pleurs. C'est le cas dans le 5-10-15 où les temps d'attente peuvent être réduits. Et plus globalement, chaque technique proposée n'est qu'un modèle adaptable et modifiable. L'essentiel étant de rester dans un des deux principes suivants : soit l'extinction graduelle (principe d'attentes de plus en plus longues avant intervention) soit de réduction de présence parentale (principe d'intervention de plus en plus minimale et d'éloignement progressif). Ce qui compte est que le parent adhère complètement à ce choix et puisse le tenir dans le temps. On peut aussi choisir des techniques « plus douces » n'impliquant pas de quitter l'enfant par exemple, comme la chaise combinée. (63) Cela implique donc un travail en amont avec les parents afin de clarifier ce qu'ils souhaitent faire évoluer et ce qu'ils souhaitent ne pas changer. (37) Par ailleurs, le choix de la technique dépend aussi de l'âge car le délai d'attente raisonnable avant d'intervenir n'est pas le même à 4 mois qu'à 12mois ou 2 ans. On est notamment vigilant avant 6 mois à ne jamais laisser pleurer un enfant plus de 5min sans aller le voir. De même, après une première visite vérifiant qu'il va bien, on ne laissera jamais pleurer un enfant, quel que soit son âge, plus de 20-30minutes (délai d'autant plus court qu'il est petit).

Enfin, il est important de re préciser que l'utilisation des techniques comportementales ne s'envisage qu'en cas de troubles du sommeil persistants, chez des familles déjà en souffrance et en demande d'aide. On connaît l'importance d'un bon sommeil pour le développement de l'enfant et les conséquences que peuvent avoir les troubles du sommeil sur le fonctionnement cognitif et émotionnel de l'enfant, sur ses apprentissages, sur sa croissance et même parfois en termes de risque de maltraitance et d'accident associés. C'est dans ce contexte que le rapport bénéfices risques est très nettement en faveur de la prise en charge comportementale.

En définitive la mise en œuvre d'une technique comportementale restera une décision parentale, dans un contexte de grosses difficultés autour de problématiques de sommeil impactant le quotidien de l'enfant et celui de ses parents. Le choix de la méthode sera adapté à l'âge de l'enfant et à la préférence des parents, et la technique pourra être modifiée avec eux pour s'adapter au mieux à leurs besoins et leur tolérance. L'objectif étant une amélioration des troubles afin de retrouver un peu de sérénité et donner à l'enfant les armes pour son bon développement futur.

III.5.3. La question du temps

Bien sûr ce que l'on peut attendre d'un enfant en termes d'autonomie dépend de son âge, et il faut parfois lui laisser le temps de la maturation nécessaire pour ces acquisitions. (3) De plus, la plupart des techniques comportementales ne sont applicables qu'à partir de 6 mois. Cela ne signifie pas pour autant que l'on ne peut pas agir plus tôt. Bien au contraire, plus le dépistage et l'intervention sont précoces, plus la prévention du passage à la chronicité et des répercussions est efficace. Ainsi la question du temps d'acquisition nécessaire ne doit pas justifier pour autant d'attendre sans agir même avant 6 mois. Au contraire, on peut déjà dès les premiers mois mettre beaucoup de choses en place pour instaurer de bonnes habitudes : donneurs de temps, aide à la mise en place du rythme jour/nuit, régularisation progressive des rythmes, rituel, dissociation alimentation et sommeil, travail sur l'autonomie à l'endormissement, etc. En gardant bien évidemment les premiers mois une grande souplesse car à cet âge le contact physique avec les parents est encore important et il est tout à fait normal que bébé s'endorme encore au sein ou biberon ou dans les bras. De même, à cet âge on ne laissera pas bébé pleurer plus de quelques minutes. Cette précocité de la prévention suppose donc d'interroger les parents sur la question du sommeil à chaque consultation de suivi de l'enfant en particulier avant 1 an. Ainsi, la progressivité dans la mise en place de ces mesures préventives est une notion essentielle, et son rythme s'adaptera également à chaque enfant et chaque parent. Apprendre à s'endormir seul est un apprentissage comme un autre et il est donc possible en tant que parents de décider du moment le plus favorable pour débiter cet apprentissage avec son enfant. En effet, développer l'autonomie au sommeil nécessite un sentiment de sécurité pour le bébé qu'il sera difficile de transmettre si les parents agissent à contre-courant de leurs convictions ou dans une période non propice.

III.5.4. La subjectivité et les variabilités inter-individuelles

Enfin, on l'a vu chaque enfant est différent, a son tempérament propre, des caractéristiques génétiques individuelles, un rythme d'acquisition personnel. Parallèlement, chaque parent est unique lui aussi, gérant les choses à sa manière, selon ses propres convictions, ses représentations et son vécu personnel. Enfin, le contexte de vie, l'environnement familial et matériel modulent aussi chaque situation. En tant que professionnel, tous ces aspects sont à prendre en compte pour s'adapter au mieux à chaque situation particulière, rendant la standardisation des conseils complexe. En effet, il n'y a pas de « mode d'emploi » et un certain pragmatisme et bon sens sont nécessaires au médecin pour individualiser ses conseils et son accompagnement. C'est ce qui rend les choses plus complexes mais aussi plus passionnantes, en lien avec la dimension infiniment humaine de la pratique de la médecine générale.

III.5.5. Au total : la place du médecin traitant

Par conséquent, par sa place privilégiée de « médecin de famille » et de premier recours, le médecin généraliste est en première ligne (1) dans la prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson et son rôle est multiple :

1/ **DEPISTER** précocement : le médecin traitant interrogera la question du sommeil à chaque consultation afin de mettre en évidence au plus tôt une problématique de sommeil nécessitant une intervention précoce

2/ **ECOUTER** et **INVESTIGUER** : il aura un rôle d'écoute essentiel auprès des parents. L'écoute attentive lui permettra à la fois de recueillir des informations précieuses mais possède aussi un rôle thérapeutique auprès de parents souvent éprouvés par la situation. Ensuite il investiguera la situation, c'est-à-dire qu'il mènera un interrogatoire policier, avec des questions très précises afin d'évaluer au mieux la situation et pour éviter l'écueil de la plainte rapportée souvent différente de la réalité des faits.

3/ EXAMINER : le rôle du médecin est bien-sûr de faire le bilan étiologique des troubles afin d'éliminer les diagnostics différentiels à la cause la plus fréquente de troubles d'origine comportementale/environnementale. Pour cela il recherchera la présence de signes et symptômes évocateurs d'une pathologie somatique (et/ou psychiatrique ou neurodéveloppementale) et effectuera un examen clinique complet.

4/ RASSURER : dans la plupart des cas, après avoir éliminé les signes de gravité et la cause somatique, le médecin remettra du cadre dans la plainte initiale et aura comme objectif de rassurer les parents sur le caractère le plus souvent bénin et passager des troubles, de les déculpabiliser en les valorisant dans leur compétence parentale. Il créera une relation médecin/patient toujours unique car triple en pédiatrie (médecin/parent/enfant).

5/ INFORMER, constituer une REFERENCE : le médecin délivrera une information simple, claire et adaptée, basée sur les données de la science. Par la relation de confiance souvent nouée avec la famille en tant que médecin traitant, il constituera une référence face aux multiples sources d'informations pas toujours fiables et souvent contradictoires dans le champ de la puériculture.

6/ CONSEILLER : selon son analyse de la situation, il donnera des conseils adaptés et pourra proposer si besoin la mise en place de techniques comportementales.

7/ S'ADAPTER : ces conseils et méthodes devront être adaptés et personnalisés à la situation singulière de chaque famille, avec bon sens et pragmatisme. D'où l'importance de disposer d'une boîte à outils vaste avec un panel de techniques différentes.

8/ ACCOMPAGNER : enfin le médecin assurera sa disponibilité pour le suivi de la famille et programmera avec elle les réévaluations. Il tiendra un rôle important dans le soutien à la parentalité, pierre angulaire de la prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson.

III.6. Les Parasomnies

III.6.1. Généralités et définitions

Les parasomnies sont des phénomènes moteurs, vocaux ou sensoriels non épileptiques, survenant au cours du sommeil, liés à un état d'éveil dissocié avec une activation motrice (exemple somnambulisme) ou neurovégétative (exemple terreurs nocturnes) sans activation de la vie de relation. Elles sont généralement banales et bénignes, sans conséquences sur le développement de l'enfant. En revanche, en cas de retentissement important elles peuvent avoir comme les autres troubles du sommeil des répercussions diurnes et des complications propres : fatigabilité, difficultés d'apprentissage, chutes et blessures. (1) Elles ne deviennent donc pathologiques que lorsqu'elles se répètent trop souvent et/ou selon leur retentissement. (27) Leur mécanisme physiopathologique est encore mal connu. Interviennent probablement certains facteurs génétiques notamment dans les terreurs nocturnes et le somnambulisme. En revanche, on en connaît bien les facteurs favorisants : dette de sommeil, irrégularité des rythmes, certains médicaments (lithium, phénothiazines, neuroleptiques, antihistaminiques, hypnotiques, certains antibiotiques, etc.) et certains dépresseurs ou stimulants du système nerveux (alcool, caféine, drogue), stress ou charge émotionnelle intense, l'activité physique trop intense et/ou trop tardive avant le coucher, l'exposition aux écrans trop tardive et/ou trop importante, et les facteurs favorisant la fragmentation du sommeil : anxiété, fièvre, douleur, tension vésicale sur excès de boissons le soir, prurit, apnées du sommeil, etc.

Elles sont classées selon le stade du sommeil au cours duquel elles surviennent :

| Classification des PARASOMNIES | | |
|---|--|--|
| Du sommeil lent profond (troubles de l'éveil) | Du sommeil paradoxal | Autres parasomnies |
| <ul style="list-style-type: none"> - Terreurs nocturnes 37% des 18 mois 20% des 30 mois 9% des 8 ans - Somnambulisme 3-5 % des 2-5 ans Pic entre 7 et 12 ans - Eveils confusionnels 17 % des 3-13 ans | <ul style="list-style-type: none"> - Cauchemars 3-6 ans, diminue vers 10ans - Paralyse du sommeil - Trouble du comportement en sommeil paradoxal | <ul style="list-style-type: none"> - Parasomnies de la transition veille/sommeil (rythmies d'endormissement, somniloquie...) - Hallucinations *Hypnagogiques (à l'endormissement, env 30%) *Hypnopompiques (au réveil le matin, env 10%) - Enurésies (> 5 ans) - Bruxisme - Troubles alimentaires liés au sommeil - Catathrénie - Etc. |
| <p><u>Caractéristiques communes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Première partie de nuit - Amnésie de l'épisode - Facteurs favorisants : dette de sommeil, stress, fièvre, effort physique... | | |

Tableau 4 – Classification des parasomnies (24)

III.6.2. Les parasomnies du sommeil lent

Avec la diminution rapide vers 2 ans du temps de sommeil diurne des siestes qui se font en sommeil lent, on observe une réorganisation du sommeil nocturne qui s'enrichit en sommeil lent profond en première partie de nuit. C'est à cette période que peuvent survenir les parasomnies du sommeil lent profond. Celles-ci se produisent donc en première partie de nuit en général dans les trois premières heures. Le cerveau est profondément endormi ce qui explique l'amnésie de l'épisode au réveil, en revanche le corps présente lui une activation motrice pour le somnambulisme et/ou neurovégétative pour les terreurs nocturnes et les éveils confusionnels. Ces parasomnies présentent des caractéristiques communes : leur survenue en début de nuit, l'amnésie de l'épisode, une résistance à la consolation pouvant même déclencher un réflexe d'échappement de l'enfant, et les facteurs favorisants cités plus haut. On identifie une association fréquente à d'autres parasomnies : somniloquie, énurésie, bruxisme, ainsi que des facteurs héréditaires puisqu'on retrouve dans 60 à 80% des cas des antécédents de parasomnies chez un des deux parents.

III.6.2.1. Les terreurs nocturnes

Description : Les terreurs nocturnes concernent l'enfant de 18 mois à 6 ans, mais peuvent apparaître dès 9mois lorsque le sommeil lent profond est bien individualisé dans les rythmes de sommeil. Elles touchent plus fréquemment les garçons (3) et concernent environ 15% des enfants de 3 à 10 ans. (1) Leur survenue occasionnelle est fréquente (environ 35% des enfants de 18mois) mais les terreurs répétitives sont elles beaucoup plus rares (1 à 3% des moins de 15ans). Elles surviennent en sommeil lent profond soit 60 à 90 min après l'endormissement. L'enfant présente des manifestations intenses de peur : il s'assoit dans son lit, crie, se débat, peut prononcer des paroles incohérentes. Il a les poils dressés, les pupilles dilatées, est tachycarde, érythrosique et transpire. Il a les yeux grands ouverts mais est en réalité profondément endormi. Les épisodes sont généralement de durée brève de quelques minutes, de début et fin brutales, mais peuvent aller jusqu'à 30min. En général, l'épisode est unique dans la nuit et à la fin l'enfant se rendort pour continuer tranquillement sa nuit, mais il peut arriver qu'il se réveille en semblant perdu et inquiet. Il s'agite si on tente de l'apaiser et résiste à la consolation. Le lendemain matin il ne se souviendra de rien.

Conduite à tenir : on retiendra de manière générale qu'il ne faut pas intervenir sauf mise en danger. L'enfant n'a pas conscience de ce qu'il se passe et n'a donc pas besoin d'être rassuré. La consolation est de toute façon inefficace dans ces situations. On ne cherchera pas à le contenir et surtout pas à le réveiller, au risque de déclencher une réaction d'échappement qui peut parfois être violente et/ou mettre en danger l'enfant qui cherchera à s'enfuir. On fera juste attention en cas d'agitation à éloigner les objets potentiellement dangereux. (7) L'amnésie complète de l'épisode est la règle donc on ne racontera pas ce qu'il s'est passé le lendemain matin au risque d'augmenter inutilement son anxiété. On veillera à régulariser les horaires de sommeil, à limiter les écrans en particulier après 18h. On évitera surtout une dette de sommeil qui a pour conséquence d'approfondir le sommeil de début de nuit et donc de favoriser les terreurs nocturnes. C'est dans ce contexte qu'on peut parfois être amené à réintroduire une sieste chez l'enfant afin d'alléger un peu le sommeil de début de nuit.

III.6.2.2. Les éveils confusionnels

Survenant en général entre 3 et 6 ans, les éveils confusionnels sont fréquents et parfois confondus avec les terreurs nocturnes. Leur début est plus progressif, ils durent de 2 à 30 min (mais se prolongent parfois jusqu'à 1h), généralement au cours de la première partie de nuit, mais ils peuvent se répéter au cours d'une même nuit et survenir au réveil d'une sieste. L'enfant grogne puis pleure, s'agite et peut même sortir de son lit. Il peut avoir les yeux ouverts et repousse l'adulte qui essaie de le consoler. Il semble éveillé mais il dort en réalité profondément. Ces épisodes ressemblent beaucoup à des caprices mais en fait l'enfant n'est pas conscient.

III.6.2.3. Le somnambulisme

Description : Le somnambulisme touche jusqu'à 6% des enfants, et est plus fréquent chez les enfants vers l'âge de 7ans, mais il peut débuter dès l'âge de la marche. Il disparaît en général vers 12-13 ans et persiste plus rarement à l'âge adulte. (3) Ainsi, on estime que 15 à 40% des enfants font au moins un accès de somnambulisme, en revanche seulement 1 à 6% d'entre eux sont réellement somnambules et font plus d'un accès par mois. (1) On retrouve dans 60 à 80% des cas des antécédents familiaux, et un lien existe avec les terreurs nocturnes puisqu'un enfant ayant présenté des terreurs avant 4 ans a plus de risques de développer plus tard un somnambulisme. (2) Les accès surviennent en première partie de nuit en sommeil lent profond environ 1 à 3h après l'endormissement. En général on compte un seul accès par nuit qui ne dure pas plus de 10-20 min. L'enfant est calme, au visage inexpressif, les yeux ouverts mais ne paraît pas voir. Il se lève et déambule lentement sans but précis, il est même capable de réaliser des actions complexes comme descendre un escalier, aller aux toilettes, ouvrir la fenêtre, la porte du frigo, prendre ou éviter des objets. Cependant il est maladroit et peut notamment se blesser dans un lieu qui ne lui est pas familier. A noter qu'une forme agitée existe plus à risque d'accident, mais se retrouve plutôt chez l'adolescent. Le lendemain matin il n'en gardera aucun souvenir.

Conduite à tenir : On interviendra le moins possible sans se fâcher, l'enfant dort et doit continuer à dormir. Donc on ne le réveillera pas et on se contentera de le ramener calmement dans son lit où il se recouchera tranquillement sans opposition. Ce qui importe sera surtout de mettre les éventuels objets dangereux hors de portée, de garder fenêtres et portes bien fermées si besoin avec des systèmes de sécurité, de même pour bloquer l'accès aux escaliers, on peut installer un grelot à la porte ou au passage d'une zone à risque, on évitera les lits superposés ou près des fenêtres.

III.6.3. Les parasomnies du sommeil paradoxal

Les parasomnies liées au sommeil paradoxal surviennent en 2^e partie de nuit. Les plus fréquentes sont les cauchemars chez l'enfant.

III.6.3.1. Les cauchemars

Description : Le cauchemar est un rêve déplaisant ou effrayant, pouvant réveiller l'enfant, sans note confusionnelle associée. (1) Ils surviennent chez l'enfant entre 3 et 6 ans, souvent en lien avec la peur du noir et peuvent entraîner une véritable phobie du coucher. Ils se déclenchent en deuxième partie de nuit en sommeil paradoxal (sommeil des rêves) soit souvent vers 2-3h du matin pendant les REM (Rapid Eyes Movements). L'enfant se réveille apeuré, peut être très inquiet, hurler. Il est parfaitement réveillé et est en mesure de raconter son cauchemar. Il se calme vite après réassurance et est apaisé par la présence parentale. Il se souviendra de l'épisode le lendemain matin.

Conduite à tenir : en prévention, on (ré) instaurera une bonne routine du soir, relaxante et rassurante et on veillera à une bonne hygiène de sommeil. On évite en particulier les écrans le soir. On fera attention au choix des histoires à raconter : éviter au coucher celles comprenant l'objet des cauchemars (sorcières, monstres, etc.), en revanche on peut tout à fait les lire en journée. Au contraire, en y ajoutant de l'humour et en dédramatisant, l'identification de l'enfant au héros de l'histoire terrassant les méchants peut avoir un effet bénéfique. La nuit en cas de cauchemar, l'enfant a en fait essentiellement besoin de réassurance, on écouterait la peur de l'enfant, sans en rajouter ni trop en reparler en journée. On lui montrera le plus simplement possible qu'il ne s'agissait pas de la réalité et qu'il est en sécurité. Pour l'aider à contrôler sa peur, on peut utiliser son imaginaire débordant pour lui donner un moyen de maîtriser la situation : par exemple lui donner une lampe de poche qu'il puisse allumer pour « effrayer le monstre », mettre en place un outil ou une formule magique (baguette, épée de chevalier...) destiné à le protéger ou à se défendre. Cela peut parfois être tout simplement un poster de son héros préféré, un dessin qu'il a fait d'un magicien, une fée ou toute autre chose représentant pour lui quelque chose de rassurant. On peut accrocher un « capteur de rêves » ou utiliser un objet rassurant (habit de la maman, couverture câlin lourde, etc.). Si besoin, on vérifiera chaque soir qu'il n'y a pas de monstre dans le placard ou sous le lit. Dans tous les cas, on ne dormira pas avec son enfant et on ne l'accueille pas dans son lit : il pourrait ainsi croire qu'il a raison

d'avoir peur, qu'il y a effectivement un danger puisque ses parents le prennent avec eux, au risque de développer rapidement une dépendance envers le parent pour s'endormir.

| Tableau 1. Comment réagir face aux cauchemars de l'enfant. [1] | |
|--|---|
| Attitude requise des parents face à un cauchemar | Précautions à prendre pour diminuer le nombre de cauchemars |
| <ul style="list-style-type: none"> • rester le temps qu'il faut près de l'enfant pour le rassurer ; • surtout éviter qu'il n'arrive plus à se rendormir ; • lui donner son doudou et/ou lui mettre une musique très douce, afin qu'il se calme ; • laisser la porte de sa chambre entrouverte, dire que les parents sont tout près ; • ne pas laisser l'enfant venir dans la chambre parentale, ni dans le lit parental ; il va apprendre qu'il n'a pas à avoir peur dans son lit et qu'il est en sécurité dans sa chambre. | <ul style="list-style-type: none"> • préparer l'enfant avec une routine apaisante chaque soir, prendre l'habitude de le coucher à heures régulières ; • le laisser dormir avec son jouet préféré et avec une veilleuse si besoin ; • éviter les films violents avant d'aller au lit ; • avant de coucher l'enfant, lui parler de choses apaisantes ; • avoir tout au long de la soirée une présence rassurante et calme. |

Tableau 5 – Conduite à tenir en cas de cauchemars, d'après les Cahiers de la puéricultrice (46)

III.6.3.2. Différencier cauchemars et terreurs nocturnes

| | Terreurs nocturnes | Cauchemars |
|------------------------------|--|--|
| Horaire | 1 ^{ère} partie de nuit (SLP) | 2 ^{ème} partie de nuit (SP) |
| Symptômes | Signes de peur intense, hurlements Pendant l'épisode Puis calme quand se réveille | Peur moins intense, appels moins dramatiques Après le rêve et frayeur persiste après le plein éveil |
| Contenu mental | Pauvre | Elaboré |
| Amnésie | Oui | Non |
| Capacité à répondre | Difficile | Facile |
| Etat de conscience au réveil | Confus | Normal |
| Ré endormissement | Facile | Difficile |
| Réassurance des parents | Inefficace (enfant non conscient de la présence de ses parents), parfois agressivité (ne supporte pas d'être tenu ou recouché) | Efficace et indispensable (l'enfant a peur de se recoucher) |

Tableau 6 – Distinctions entre terreurs nocturnes et cauchemars

III.6.4. Les autres parasomnies

On évoquera deux causes fréquentes chez le jeune enfant : les rythmies nocturnes et les hallucinations hypnagogiques.

III.6.4.1. Les rythmies nocturnes

Description : Les rythmies nocturnes sont des balancements rythmiques s'accompagnant parfois de vocalisations. On en distingue plusieurs types : le « Head rolling » ou balancement de la tête de droite à gauche, le « Head banging » ou balancement de la tête d'avant en arrière à une fréquence de 60 à 80/min, le « body rocking » quand l'ensemble du corps est en mouvement. Elles surviennent entre 9 mois et 4 ans et bien qu'elles puissent parfois paraître violentes, l'enfant se cognant la tête jusqu'à parfois faire bouger son lit, il s'agit d'un phénomène banal et fréquent (60% des enfants de 9 mois) qui disparaît avec l'âge. (3) Elles sont certes plus fréquentes chez les enfants atteints d'autisme, de déficience intellectuelle ou d'épilepsie, et on investiguera si elles persistent au-delà, mais chez le jeune enfant elles sont rarement le signe d'une pathologie. En revanche elles peuvent engendrer une importante gêne familiale car elles surviennent à l'endormissement mais aussi à chaque phase de réveil nocturne. On retrouve parfois la notion d'antécédent de RGO, d'otites ou autres douleurs pour lesquelles les parents ont bercé l'enfant tout petit pour le calmer. Bien que la physiopathologie soit mal connue, une hypothèse serait qu'il chercherait ainsi en quelque sorte à reproduire ce phénomène de bercement.

Conduite à tenir : on insistera sur un rituel de coucher relaxant, à une heure appropriée en retardant parfois transitoirement si besoin l'heure du coucher si l'enfant passe trop de temps dans son lit le soir. Pour répondre au besoin rythmique de l'enfant, on peut placer un métronome dans la pièce, ou un cadran d'horloge ou une musique douce en continu pour créer un bruit de fond. Pour éviter qu'il ne se fasse mal, on fera attention à la literie avec un matelas bien ferme, on éloignera le lit du mur et on le calera bien de façon à ce qu'il ne bouge pas, voir mettre le matelas à même le sol ou capitonner le tour du lit. Après s'être assuré de l'absence de signes de pathologie neurologique ou psychiatrique et d'un bon développement psychomoteur, le médecin rassurera les parents sur la bénignité de cette parasomnie transitoire.

III.6.4.2. Les hallucinations ou illusions hypnagogiques

Elles surviennent à l'endormissement dans un demi sommeil et sont représentées par des manifestations physiques (sursaut, impression de tomber), somesthésiques (par exemple impression d'avoir un bras trop long), visuelles, auditives (les bruits de la maison ne sont plus familiers, la machine à laver semble grogner) ou tactiles (par exemple impression que des insectes envahissent le lit, etc.). Elles apparaissent souvent vers 3-4 ans et peuvent être majorées par l'anxiété ou la peur du noir et expliquer certaines oppositions au coucher.

III.6.5. Parasomnies : principes communs de prise en charge

III.6.5.1. Quand et qui consulter ?

Ces parasomnies sont en général bénignes et sans conséquences sur le développement de l'enfant et amèneront à consulter et intervenir si elles sont fréquentes et/ou sévères. L'enregistrement vidéo d'un épisode est souvent très utile au diagnostic. Un avis spécialisé et parfois un enregistrement du sommeil en centre spécialisé sera envisagé en cas d'accès trop fréquents (> 1 par semaine), de caractéristiques inhabituelles, de répétition la nuit ou de durée très brève, quand les répercussions familiales ou diurnes sur l'enfant sont importantes ou que les comportements de l'enfant peuvent le mettre en danger. On consultera le spécialiste également devant une suspicion de pathologie sous-jacente (SAOS) ou d'un diagnostic différentiel (épilepsie complexe frontale ou temporale devant certaines atypies : accès trop fréquents, de très courte durée moins d'une minute, se répétant dans la même nuit et/ou à un horaire inhabituel ou dans la journée/à l'éveil). (2)

III.6.5.2. Principes généraux de prise en charge

La prise en charge repose essentiellement sur l'hygiène de sommeil et la régularisation des rythmes. On agira en prévention sur les facteurs favorisants cités précédemment. Les traitements médicamenteux seront réservés aux déambulations dangereuses et/ou aux fortes perturbations avec conséquences, et ce après avis spécialisé (anxiolytiques et antihistaminiques hors AMM). (1) A noter qu'on n'oubliera pas, pour une raison médico-légale, de notifier dans le dossier médical les cas de parasomnies avec déambulation et les conseils de sécurisation de l'environnement délivrés. Une prise en charge psychologique est aussi parfois utile pour l'enfant et/ou les parents.

III.7. Pathologies somatiques et sommeil

Les problèmes de sommeil entre la naissance et 3 ans ont une cause médicale dans seulement 15 à 20% des cas, et même en consultation spécialisée la cause somatique explique moins de 30% des troubles du sommeil pris en charge. (2) Il conviendra tout de même de toujours éliminer cette cause grâce à une consultation médicale, en particulier devant la présence de certains signes d'alerte : ronflements sonores, difficultés respiratoires, signes associés (fièvre, douleurs, etc.), signes digestifs (régurgitations anormales, diarrhées, vomissements...), mauvaise prise de poids ou cassure de la courbe staturo-pondérale ou à l'inverse excès de poids, anomalies de l'examen neurologique et/ou du développement psychomoteur, infections ORL anormalement fréquentes, éveils nocturnes très prolongés, temps de sommeil très diminué sur 24h, sommeil agité entre les réveils, somnolence diurne anormale, siestes inopinées ou agitation, troubles du comportement en journée. Les causes non environnementales aux troubles du sommeil sont ainsi représentées par :

- les causes respiratoires : SAOS, asthme, rhinite obstructive, etc.
- les causes digestives : APLV, RGO, oxyurose, erreurs diététiques, etc.
- les causes infectieuses : otites, laryngite, et plus généralement tout phénomène inflammatoire exacerbé la nuit en raison de la baisse endogène du cortisol (poussées dentaires notamment), etc.
- les causes neurologiques : épilepsie, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, etc.
- les causes dermatologiques : dermatite atopique, toute dermatose prurigineuse, etc.
- les causes métaboliques : diabète, etc.
- les causes iatrogènes : corticothérapie, psychostimulants, bronchodilatateurs, antitussifs, etc.
- les causes psychologiques/psychiatriques ou neurodéveloppementales : anxiété, troubles de l'humeur, TDAH, troubles du spectre autistique, carence affective, troubles du neurodéveloppement, etc.
- le handicap moteur ou neurosensoriel.

III.7.1. Le SAOS

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil touche 2 à 4% des enfants et est plus fréquent entre 3 et 6 ans (expliqué par l'hypertrophie des végétations et amygdales à cet âge). Il doit être évoqué devant un certain nombre de symptômes : (27)

- nocturnes : ronflement plus ou moins permanent, très sonore, respiration bouche ouverte, pauses respiratoires avec signes de lutte et reprise respiratoire bruyante, hypersudation, position de sommeil anormale assis ou tête rejetée très en arrière, sommeil très agité, énurésie secondaire, parasomnies (cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme), réveil matinal très difficile

- diurnes : respiration buccale, encombrement rhino pharyngé, otites à répétition, hyperactivité, agressivité, troubles du comportement, somnolence, plus rarement céphalées matinales chez le jeune enfant

- données de l'examen clinique : mauvaise prise pondérale ou à l'inverse obésité, hypertrophie des amygdales, voix nasonnée ou étouffée, anomalies maxillo-faciales

Un enregistrement polygraphique du sommeil permet de confirmer le diagnostic et évaluer sa sévérité. La principale cause de SAOS chez l'enfant est l'hypertrophie des amygdales et végétations, pour laquelle on orientera l'enfant vers l'ORL. Le traitement chirurgical entraîne dans ce cas une guérison dans environ 80% des cas.

IV. CONCLUSION

QUELQUES REGLES D'OR pour les PARENTS :

- 1/ Connaître SON enfant : reconnaître son rythme, ses signes de fatigue propres... « personne ne connaît la situation mieux que vous »
- 2/ Chaque enfant est différent : les outils pour aider sont connus mais il n'existe pas pour autant de recette miracle
- 3/ Être patient : les problèmes ne se règlent pas en une nuit mais ils se règlent toujours
- 4/ Être ferme dans l'établissement de limites claires : « tendre fermeté »
- 5/ Ne jamais déroger au rituel
- 6/ Ne pas rester seul, se faire aider par un professionnel le cas échéant
- 7/ Avoir confiance en soi et en son enfant !

QUELQUES REGLES d'OR pour le MEDECIN :

- 1/ L'interrogatoire est aussi voire plus important que l'examen physique : prendre le temps au cours d'une consultation dédiée, écouter, poser des questions précises, détailler les rythmes et les habitudes... y compris (et surtout) ce qui n'est pas toujours dit spontanément !
- 2/ Toujours éliminer une origine somatique
- 3/ Ne pas oublier d'interroger le contexte et l'environnement : les troubles sont rarement uniquement liés à l'enfant mais se déroulent dans une famille, une situation toujours singulière où le médecin traitant a donc toute sa place en qualité de « médecin de famille » et de professionnel de premier recours
- 4/ Chaque enfant (et chaque parent !) est différent et chaque situation singulière : s'adapter dans ses conseils, personnaliser autant à l'enfant qu'aux parents
- 5/ Toujours s'assurer des bases de l'hygiène de sommeil : rythmes, environnement, régularité, rituel...
- 6/ Les insomnies sont d'origine comportementale dans la majorité des cas. Une fois éliminées les autres étiologies, on proposera une prise en charge comportementale en première intention
- 7/ Pas de médicaments sauf cas exceptionnels
- 8/ La pierre angulaire de la prise en charge repose sur le soutien à la parentalité : on prendra en charge autant l'enfant que ses parents, en leur redonnant confiance en leur compétence parentale, en les accompagnant et en programmant les réévaluations

DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE

V. METHODES

V.1. Etude qualitative : objectifs et méthodes

Pour répondre à notre question de recherche, à savoir étudier les besoins en formation des médecins généralistes et évaluer l'impact d'une formation sur le sommeil du nourrisson sur leur pratique, nous avons décidé de mener une étude qualitative en trois parties : recueil des attentes et besoins par entretiens semi-dirigés, puis organisation d'une formation auprès des médecins interrogés et enfin évaluation de la formation par focus group.

Le recrutement des médecins s'est tenu lors d'une réunion mensuelle au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle Laënnec de Saint Nazaire auprès des médecins généralistes du cabinet. Ce recrutement a été mené par le directeur de thèse, qui est aussi un des médecins de cette MSP, après présentation globale du thème de la thèse et du déroulé prévu en trois étapes, et rappel des règles d'inclusion et d'anonymat. Les critères d'inclusion et d'exclusion définis ont été les suivants : les médecins inclus n'étaient pas des experts du sujet abordé, ils étaient tous des médecins généralistes, en exercice au moment de l'étude, ayant tous une expérience du sujet étudié (ils suivaient des enfants régulièrement), avec un exercice de médecine générale ambulatoire en cabinet, pouvant participer à l'intégralité des trois étapes (entretiens, formation et focus group) et ce après recueil de leur consentement. Après information, dix médecins ont donc donné leur accord pour participer à cette étude au cours de cette réunion (soit la quasi-totalité des médecins du cabinet). Dans un deuxième temps, c'est l'investigateur donc moi-même, qui a contacté personnellement chacun des participants volontaires afin d'organiser les modalités pratiques des entretiens.

V.2. Entretiens individuels

Afin de répondre à la première problématique de notre étude : « Quels sont les besoins en formation des médecins généralistes sur le sommeil du nourrisson ? », nous avons choisi une méthode par entretiens semi-dirigés.

En effet, cette méthode présente de nombreux avantages adaptés à l'exploration de la question :

- elle permet une liberté d'expression du sujet interrogé, contrairement au questionnaire, grâce à des questions ouvertes autorisant la discussion

- elle offre une richesse de recueil des données par la possibilité de relances pour clarifier ou reformuler et permet donc d'obtenir des réponses plus précises et plus détaillées, plus nuancées et donc plus proches de la réalité afin d'avoir la réponse la plus fiable exhaustive et précise possible

- cette liberté d'expression détaillée est donc particulièrement adaptée à l'objectif de l'étude de recueillir l'avis personnel de chaque médecin, ses besoins et attentes. En particulier dans le thème étudié qui peut faire appel à des souvenirs ou des rappels de pratiques, il est important de pouvoir investir les blancs ou moments d'hésitations propices à la réflexion pour faire émerger de nouvelles idées auxquelles le sujet n'aurait pas pensé dans un entretien directif ou questionnaire

- les entretiens semi dirigés permettent donc aussi l'émergence de nouvelles hypothèses de travail notamment par la possibilité offerte de poser des questions supplémentaires par rapport au guide d'entretien initial

- le caractère semi dirigé a pour but de structurer l'entretien et cadrer afin d'éviter le hors sujet et d'aller à l'essentiel et donc d'augmenter la performance de recueil des données, contrairement à l'entretien libre. Les réponses obtenues sont donc plus pertinentes

- enfin cette méthode évite le biais de crainte de jugement en permettant une expression libre personnelle en tête à tête avec l'investigateur

Les entretiens ont été menés par l'investigateur (moi-même), à ce moment-là interne en médecine générale dernier semestre. Ils ont été organisés selon les disponibilités des médecins, de préférence en tête à tête à la MSP (pour 8 d'entre eux) ou à défaut en visio (pour les deux restants). Ils se sont déroulés du 26/01/2022 au 14/02/2022 dont 6 d'entre eux le même jour le 31/01/2022 (cf. Annexe B - Grille des caractéristiques des médecins interrogés). La durée des entretiens a été variable, entre 20 et 50 min selon les médecins interrogés. Chaque entretien a été enregistré, après accord du médecin, par deux moyens distincts (ordinateur et smartphone) placés à deux endroits différents pour capter au mieux l'audio pour la retranscription. Un retour de la retranscription aux médecins leur a été proposé.

Le guide d'entretien a été rédigé sur la base d'un tableau regroupant par thématiques des questions ouvertes déterminées à l'avance. Celui-ci interrogeait :

- les caractéristiques du médecin (sexe, âge, année d'installation, enfants, patientèle pédiatrique)

- sa formation initiale et complémentaire sur le sommeil au cours de l'externat, internat et en post-internat (théorique, stages, formation spécifique, DPC)

- son expérience en consultation : ressenti concernant la formation, pratiques sur le sujet, difficultés rencontrées

- et enfin ses attentes en termes de formation : autant sur le contenu que les modalités pratiques, et la définition des critères de qualité d'une bonne formation

L'analyse des résultats a été réalisée dans un second temps par l'investigateur (moi-même) après une phase de retranscription sur la base des enregistrements audios et des notes prises au cours des entretiens, puis analyse des données à partir du tableau du guide d'entretien complété des réponses. Vous trouverez en annexes les tableaux de codage de tous les entretiens (les retranscriptions complètes anonymisées sont aussi disponibles sur simple demande, mais n'ont pas été ajoutés en annexes pour une question d'anonymisation optimale et de lisibilité). J'ai utilisé la technique de codage par identification des codes regroupés en principales thématiques communes aux entretiens, avec donc trois niveaux de codage : niveau 1 descriptif = livre de codes (Cf. Annexe D) niveau 2 thématique = regroupement des codes en thématiques communes (Cf. Annexe E - Analyse des codes) et niveau 3 matriciel = réalisation de la carte conceptuelle (Cf. Annexe E). L'anonymisation des données a été effectuée par attribution d'un chiffre à chaque médecin dans l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens qui a lui-même été déterminé de manière non prédictible selon les disponibilités des médecins.

ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

- - - GUIDE D'ENTRETIEN - - -

1- Introduction et présentation : Sommeil de l'enfant de 0 à 3ans, état des lieux de la formation des médecins généralistes, besoins et attentes en formation

2- Caractéristiques de la personne interrogée :

- Nom Prénom :
- Sexe : F M
- Année de naissance :
- Année d'installation :
- Enfants : oui non
- Réalisez-vous du suivi de l'enfant de moins de 3 ans ? oui non
- Si oui, d'après vous selon quel % de vos consultations environ ? %

3- QUESTIONS (par thématiques) :

| Thèmes | Questions |
|---|---|
| Formation initiale et complémentaire | 1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ? → <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i> |
| | 2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ? → <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i> → <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i> → <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i> |
| | 3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ? → <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i> → <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i> |
| Expérience en consultation | 4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → <i>Posez-vous la question systématiquement ?</i> |
| | 5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ? |
| Besoins et attentes en formation | 6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ? |
| | 7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ? → <i>En termes de contenu ?</i> → <i>En termes de format et organisation pratique ?</i> → <i>Quel objectif principal pour vous ?</i> |
| | 8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ? |

Remarques :

Tableau 7 – Guide d'entretien utilisé au cours des entretiens semi-dirigés

V.3. Formation

La formation proposée aux médecins a été construite en partenariat avec le Dr Caroline VERDIER médecin de PMI sur le secteur de Guérande. Son contenu s'est basé sur les recherches personnelles du Dr VERDIER ainsi que le cours du Dr SEGURA médecin de PMI sur Nantes, cours sur le sommeil de l'enfant proposé aux internes de la PMI de Nantes. La mise en forme, la rédaction du livret et la création du support de présentation ont été réalisés par moi-même. Vous trouverez en annexe le livret de formation remis aux médecins. Ce dernier reprend notamment une partie sur la physiologie du sommeil, en insistant notamment sur l'endormissement et la mise en place des donneurs de temps et l'acquisition de l'autonomie à l'endormissement, puis une partie « boîte à outils » reprenant les principales techniques comportementales, et enfin un chapitre abordant les parasomnies les plus fréquentes. Le champ de la formation s'étendait de l'âge de 0 à 3 ans. Le livret se complétait également de documentation à destination des professionnels et/ou des parents (brochures du réseau morphée et de l'INPES), ainsi qu'une page résumée des principaux messages clés et des propositions de ressources et d'orientation pour les médecins.

Cette formation s'est déroulée le 24/02/2022 au sein de la maison de santé, dans la salle polyvalente en présence de tous les médecins, avec projection d'un diaporama, en début d'après-midi sur un créneau dédié réservé en amont dans les agendas des différents médecins. Elle a été animée par le Dr VERDIER, de manière indépendante d'éventuels conflits d'intérêt. Les livrets n'ont été remis qu'en fin de séance afin de favoriser l'attention. Un temps d'échanges et de questions entre médecins et avec le Dr VERDIER a été conservé à la fin du propos. La formation a duré environ deux heures. Pour ma part, j'ai assisté à la présentation en observateur sans intervenir dans l'objectif d'une évaluation par la suite non biaisée de cette formation.

V.4. Focus group

La méthodologie du focus group a été choisie afin de répondre à la deuxième problématique : « Comment les médecins évaluent-ils l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans sur leur pratique ? ».

En effet, cette méthode nous a paru la plus adaptée à l'exploration de cette question car :

- elle permet via une expression libre, directe et interactive, le recueil d'avis de plusieurs personnes grâce à une discussion reposant sur la dynamique de groupe, amenant à l'émergence de différents points de vue et opinions

- la réunion de personnalités diverses aux connaissances et expériences différentes est très riche dans le recueil de données

- ces échanges sous forme de débat permettent des relances, chacun rebondissant sur les propos de l'autre. Cette réaction en chaîne favorise une exploration approfondie et argumentée des opinions et du vécu de chacun, ce qui est particulièrement adapté à la question de recherche

- il s'agit d'une méthode semi directive guidée par une trame de questions déterminées à l'avance mais non limitante

- cette méthode a donc aussi l'avantage de permettre l'émergence d'idées nouvelles et inédites, non anticipées par le chercheur

- par conséquent, tous ces éléments rendent la méthode du focus group particulièrement enrichissante et adaptée à la recherche qualitative en soins primaires pour l'exploration des expériences, des représentations, des attentes et besoins des participants, en permettant de saisir toute la complexité psychosociale entourant une problématique de santé, répondant par là même exactement aux exigences de la question de recherche

Le guide d'entretien du focus group se constituait de deux parties :

- une introduction avec présentation de l'étude, du modérateur, de l'observateur, des règles à respecter (participation de chacun et respect de la parole, importance du caractère dynamique des échanges) et rappel de l'anonymisation des données

- la trame de questions sous forme d'un tableau présentant 4 questions principales avec chacune deux sous-questions, formulées sous forme de questions ouvertes, les plus neutres et précises possibles, et regroupées selon leur thème (cf. tableau ci-dessous).

Ce questionnaire a été déterminé à l'avance et laissé inconnu des participants jusqu'au jour J.

| Thèmes | Questions (et sous-questions) |
|---|--|
| Adéquation aux attentes et besoins | 1- En quoi cette formation a-t-elle répondu à vos attentes et besoins ? → A quelles attentes la formation n'a-t-elle pas répondu ? → Quels éléments constituaient des informations nouvelles ou des rappels déjà connus ? |
| Mise en pratique | 2- En quoi cette formation a-t-elle modifié votre pratique ? → Qu'avez-vous pu mettre en pratique ? → Quels effets avez-vous pu constater de ce que vous avez mis en pratique ? |
| Points forts | 3- Quels sont les points forts de cette formation ? → Qu'avez-vous pensé de la structure de la formation ? → Comment évaluez-vous son intérêt pour la pratique de la médecine générale ? |
| Limites et pistes d'amélioration | 4- Quelles sont les limites de cette formation ? → Comment l'améliorer ? → Quels aspects souhaiteriez-vous approfondir à l'avenir et comment ? |

Tableau 8 – Guide d'entretien du focus group

Le focus group s'est déroulé au sein de la MSP, dans la salle polyvalente, le 02/06/2022, sur un créneau réservé à l'avance dans les agendas des médecins sur l'heure du déjeuner. Il a duré environ 40 minutes et s'est tenu en présence de 8 médecins sur les 10 interrogés. En effet, deux d'entre eux n'ont pas pu être présents. Pour ces deux médecins, leur avis a tout de même été recueilli : pour l'un (nommé médecin I) par la tenue d'un entretien en visio le 08/06/2022 reprenant la méthode d'entretien semi-dirigé mené par moi-même, avec la même trame de questions que celle du focus group (en audio seul sans vidéo pour le plus d'objectivité possible en évitant d'influencer les réponses par les éventuelles expressions faciales de l'investigateur), et pour le second (médecin J) par envoi du questionnaire et réponse par mail le 21/07/2022, devant un impératif organisationnel (médecin à l'étranger pour une longue période au moment du recueil des retours). Le focus group a eu lieu en présence d'autres professionnels de la MSP n'ayant pas participé à l'étude (IDE, sage-femmes) et d'étudiants en stage à la MSP (externes et internes en médecine) mais en tant que simples observateurs, sans intervention de leur part. L'organisation matérielle s'est faite autour de tables disposées en grand carré afin que chaque médecin puisse voir et être vu des autres intervenants pour favoriser la dynamique de groupe,

et que chacun soit aussi sur un pied d'égalité. Le placement était libre. Trois enregistrements numériques audios ont été disposés, après accord des participants, à trois endroits différents de la salle (cf. schéma ci-dessous).

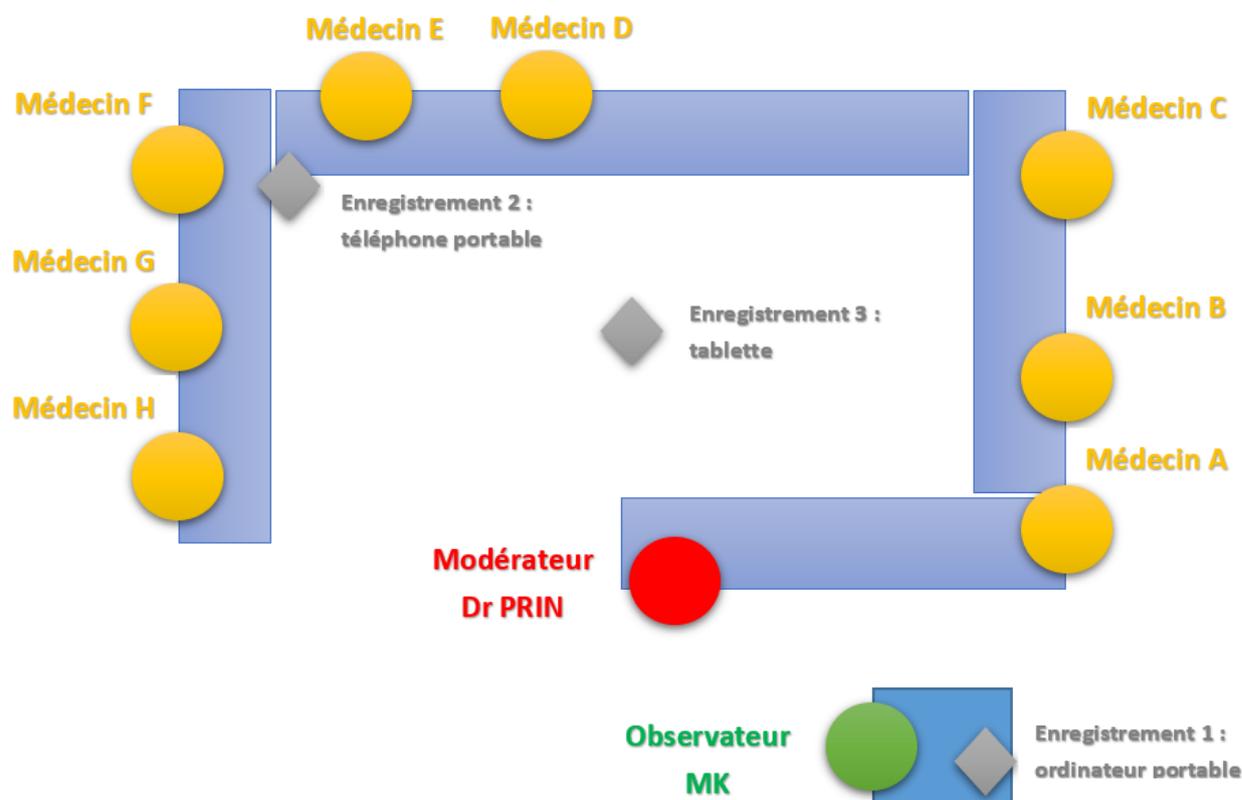


Figure 23 – Plan d'organisation du focus group

Le modérateur était représenté par le directeur de thèse Dr PRIN. Pour ma part, je tenais le rôle d'observateur. La séance a d'abord débuté par un bref rappel de ma part du sujet, des règles du focus group, du respect de l'anonymat et le recueil du consentement des participants, ainsi que proposition de retour de la retranscription. Puis le Dr PRIN a animé le focus group en suivant le guide d'entretien pré établi. A noter que ce guide n'a pas été remis aux participants afin d'éviter une anticipation des réponses. Les rôles tenus ont été les suivants :

- le modérateur (Dr PRIN) a suivi le questionnaire en restant neutre dans sa formulation et ses relances, et en s'adaptant au déroulé du focus group. Il a gardé une attitude d'écoute active avec une vigilance sur le timing, sans jamais exprimer d'opinion personnelle. A noter qu'il avait déjà l'expérience d'animation de focus group et qu'il connaissait les participants. Il a veillé à donner la parole à chacun en assurant relances, reformulations et clarifications.

- l'observateur (moi-même) a eu pour rôle la gestion des enregistrements, le rappel initial introductif et surtout l'observation des prises de parole et la prise de notes notamment sur l'aspect non verbal, les attitudes et expressions des participants. Je suis restée assise en retrait du cadre, ne participant pas à la discussion et gardant une attitude neutre face à ce qui était dit, afin d'éviter toute influence du débat.

Dans un second temps, l'analyse des données a été réalisée par l'investigateur et observateur (moi-même), après une phase de retranscription du verbatim, puis codage par identification des thèmes regroupant les codes. Donc utilisation de 3 niveaux de codage : niveau 1 descriptif = livre de codes (Cf. Annexe G), niveau 2 thématique = regroupement des codes en thématiques (Cf. Annexe H) et niveau 3 matriciel = carte conceptuelle (Cf. Annexe H). Vous retrouverez en annexes les trois tableaux de codage et d'analyse (pour le focus group, l'entretien et le retour de questionnaire par mail). De même, la retranscription complète du focus group et des autres retours est disponible sur simple demande. L'anonymisation a été réalisée par attribution aléatoire d'une lettre à chaque médecin, et ce de manière dissociée de l'anonymisation par chiffres des entretiens.

VI. RESULTATS et ANALYSE

VI.1. Résultats des entretiens individuels

VI.1.1. Les médecins interrogés

Dix médecins ont été interrogés dans cette étude dont 6 femmes et 4 hommes. Le plus jeune d'entre eux avait 31 ans et le plus âgé 56 ans, avec une répartition de 80% de moins de 40 ans et 20% de plus de 50ans et une moyenne d'âge de 39,1 ans (Cf. Annexe B - Grille des caractéristiques des médecins interrogés). Ils étaient tous installés, et avaient une expérience allant de 3 à 28 ans d'exercice après la fin de leurs études (40% ayant 5 ans d'exercice ou moins, 40% entre 5 et 10 ans et 20% plus de 25ans). Ils réalisaient tous du suivi de l'enfant, évaluant cette activité de 5 à plus de 30% de leurs consultations (la plupart, 70% l'évaluant ente 10 et 20%). 90% d'entre eux avaient un ou plusieurs enfants, seul 1 médecin n'était pas parent lui-même.

Ce nombre de 10 médecins interrogés a permis d’arriver à saturation des données au dernier entretien, avec déjà ébauche d’appauvrissement en nouveaux codes au cours des entretiens des médecins 8 et 9 (pour rappel : affectation du chiffre par ordre chronologique des entretiens). La progression sur le diagramme est celle attendue d’une diminution rapide au départ puis progressive de l’émergence de nouveaux codes jusqu’à arriver à saturation sur les derniers entretiens.

| Entretien | Nombre de codes | Nombre de NOUVEAUX CODES |
|------------|-----------------|--------------------------|
| Médecin 1 | 69 | 69 |
| Médecin 2 | 57 | 23 |
| Médecin 3 | 92 | 34 |
| Médecin 4 | 68 | 11 |
| Médecin 5 | 78 | 9 |
| Médecin 6 | 39 | 3 |
| Médecin 7 | 72 | 2 |
| Médecin 8 | 80 | 1 |
| Médecin 9 | 48 | 1 |
| Médecin 10 | 88 | 0 |

Tableau 9 – Tableau de saturation des données

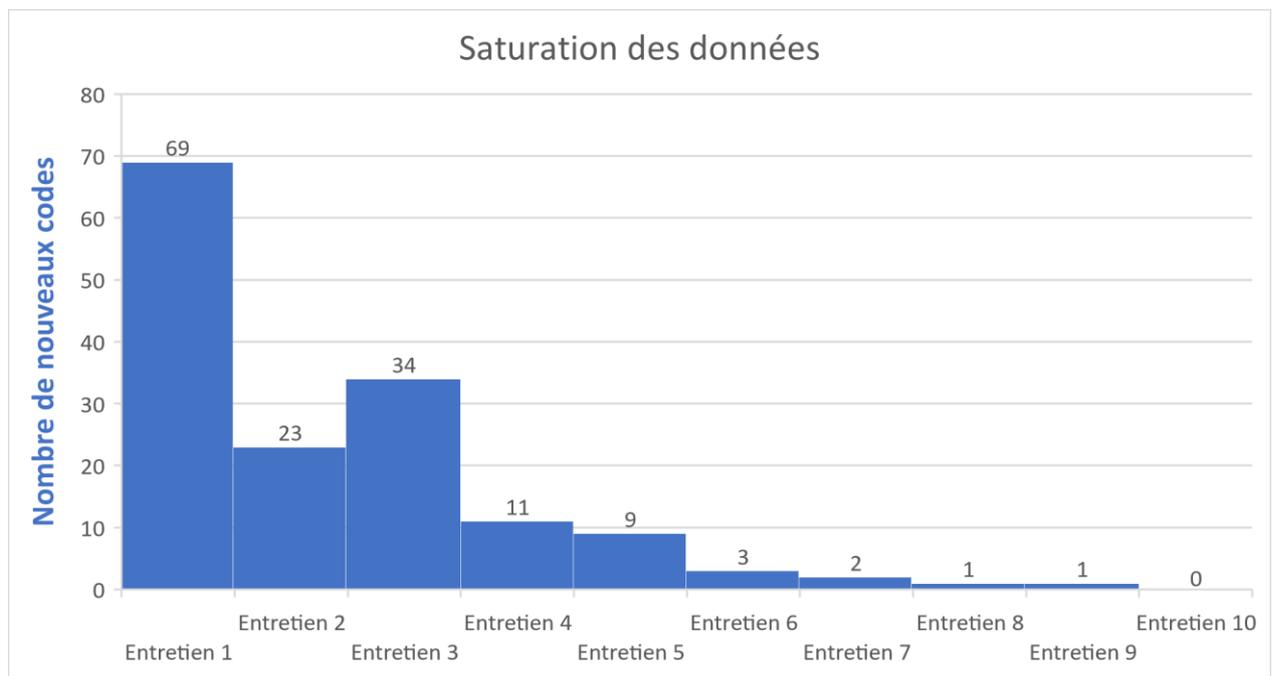


Figure 24 – Diagramme de saturation des données

VI.1.2. La formation des médecins

1/ Des connaissances insuffisantes :

70% des médecins interrogés évaluent leurs connaissances et compétences comme insuffisantes à très insuffisantes. 40% d'entre eux expriment un sentiment d'inconfort, ne se disant « pas à l'aise » dans le traitement de ces questions en consultation. Seul 1 médecin s'est dit vraiment « à l'aise ».

2/ En lien avec une formation imparfaite :

- **Une formation théorique quasi inexistante :** Aucun médecin interrogé n'a de souvenirs d'une formation théorique sur le sommeil du nourrisson au cours de l'externat. Pour ce qui est de l'internat, 70% d'entre eux n'en ont pas mémoire non plus. Parmi les 30% restants, trois médecins ont réalisé le DU de médecine préventive de l'enfant au cours de leur internat, mais donc à leur propre initiative et non prévu dans leur programme et leur ayant surtout apporté des repères « physiologiques » sur le sommeil de l'enfant, un autre a bénéficié d'un cours sur le sommeil par un médecin de PMI mais sans garder de souvenirs précis de son contenu.

« Zéro. Ou je ne m'en souviens pas en tous cas » (médecin 5)

« Je pense que c'est un sujet qu'on n'aborde pas » (médecin 8)

« Je pense que tout ce qui est physiologique puériculture on n'a jamais été formé, on n'a pas de cours là-dessus » (médecin 10)

- **Des stages peu formateurs sur le sujet :** la quasi-totalité des médecins a effectué ses stages d'externat et internat en pédiatrie hospitalière ou aux urgences pédiatriques, où la question du sommeil du nourrisson n'était pas ou très peu abordé. Les médecins ont donc plutôt évoqué leurs stages en médecine générale chez le praticien ou SASPAS comme source potentielle, bien que restant faible, de connaissances sur le sujet. 3 médecins ont effectué un stage court en PMI dans le cadre de leur DU mais sans garder de souvenirs détaillés de connaissances acquises sur le sujet. Un médecin a fait un stage couplé de pédiatrie à la PMI, évalué comme davantage formateur sur tous les champs de la pédiatrie.

« Donc pas forcément des choses en lien avec le sommeil de l'enfant » (médecin 4)

« Les seuls endroits où ça a pu être abordé c'est plutôt les stages de SASPAS, chez le médecin généraliste plus qu'en pédiatrie hospitalière [...] et encore même pas, ou les habitudes du médecin » (médecin 3)

« Je ne me souviens pas que j'ai pu retenir quelque chose [des stages] » (médecin 10)

3/ Et donc une auto-formation aux sources variables :

- **Des médecins pas à l'aise... mais pas démunis :** les médecins évaluent donc leurs connaissances comme très insuffisantes, certains se sentant même mal à l'aise en consultation sur le sujet.

« Après c'est sûr que moi je sais pas quoi répondre... [...] là je suis pas hyper à l'aise »
(médecin 10)

« C'est des questions sur lesquelles on est en difficulté mais probablement sans s'en rendre vraiment compte » (médecin 2)

« ça ne me va pas l'apport que j'apporte en consultation, l'apport sur le sommeil en consultation c'est pas top quoi » (médecin 10)

« On a de grands besoins à ce niveau-là » (médecin 9)

« Mais au-delà [de l'expérience personnelle] je suis un peu comme un idiot j'ai pas beaucoup de solutions à proposer » (médecin 2)

Mais ils ne se disent pas démunis pour autant grâce à leurs connaissances médicales générales et personnelles sur le sommeil, même si celles-ci restent insuffisantes.

« Non souvent on arrive à gérer quand même, donc c'est qu'on doit pas faire trop mal ou en tous cas on arrive à ce que les gens le supportent » (médecin 4)

« en général ça se passe plutôt bien » (médecin 7)

« même si on n'a pas de formation (sourire) on a quand même plus de crédit pour pouvoir dire non on fait comme ça, ça va aller » (médecin 3)

« un peu notre savoir plus d'expert en tant que médecin. [...] en tant que professionnel de santé je veux dire, on sait qu'il y a des choses importantes pour entrer dans le sommeil » (médecin 5)

- **L'expérience personnelle au premier plan :** en l'absence de formation théorique codifiée pendant les études, les médecins expriment tirer leurs connaissances de sources diverses, pas toujours scientifiques ni validées. Ils se retrouvent ainsi contraints à de l'autoformation informelle et non standardisée, via des recherches sur des sites médicaux, ou non médicaux, des revues professionnelles ou non, les réseaux sociaux, des livres traitant du sujet, etc.

« Je pense que mes connaissances théoriques sont insuffisantes donc [...] si ça sort de ce qui me semble normal je vais aller chercher » (médecin 4)

« c'est vraiment de l'information au compte-goutte, c'est-à-dire que quand il nous manque une information on va la chercher » (médecin 9)

Par ailleurs, 10% d'entre eux seulement déclarent comme sources de connaissances/compétences la formation théorique, 30% le partage d'expériences entre collègues, 40% l'apport pratique en stage pendant les études, 60% l'expérience empirique acquise en consultation.

« Plus tu vois plus tu pratiques plus t'es à l'aise » (médecin 8)

« Petit à petit ça rentre on apprend sur le tas » (médecin 9)

Mais la première source de connaissances/compétences relevée reste celle de l'expérience personnelle en tant que parent :

« En gros je pense (rires) que toute ma connaissance du sommeil de l'enfant c'est mes enfants » (médecin 2)

« Elles sont [mes connaissances] uniquement basées sur mon expérience personnelle, et que... c'est nul (rires) » (médecin 3)

« ce sont des connaissances de bon sens on va dire, d'un papa » (médecin 8)

Pourtant, a contrario ils ont pu expliquer que cette expérience personnelle n'est pas toujours fiable en raison de la part d'oubli qui accompagne le temps qui passe, ni même validée et extrapolable puisque chaque enfant et chaque situation sont uniques.

« je saurais pas dire exactement ce que j'ai fait, on se mélange les pinceaux », « je pourrais pas dire au final de tout ce qu'on a fait ce qui a fonctionné », « il y a tellement de facteurs qui rentrent en compte que même le refaire je saurais pas (rires) » (médecin 10)

- L'absence de formation spécifique sur le sujet : 90% des médecins interrogés n'ont jamais reçu de formation spécifique dédiée à la question du sommeil du nourrisson. Aucun n'en connaît, en revanche 80% d'entre eux se disent intéressés pour en suivre une même s'ils pointent des limites en termes de temps et d'autres formations considérées comme plus prioritaires. 1 seul médecin a reçu une formation spécifique et il s'agit par ailleurs de la seule personne interrogée à s'être dit à l'aise en consultation sur le sujet.

VI.1.3. Les pratiques en consultation

LES PRATIQUES DES MEDECINS :

1/ L'interrogatoire et les conseils :

- **Comment les médecins posent la question :** les médecins posent la question du sommeil presque systématiquement en consultation de suivi du nourrisson. La question est d'ordre général pour 100% d'entre eux, ouverte à 60% : « comment se passe le sommeil ? » par exemple, et/ou fermée (parfois plusieurs questions) à 70% : « est-ce qu'il dort bien ? ».

- **Une question pas toujours systématiquement détaillée :** cependant la question n'est posée de manière systématique que pour 80% des médecins interrogés, 20% d'entre eux n'interrogeant pas les parents sur le sommeil à chacune des consultations de suivi. Cela est particulièrement marqué après l'âge de 2 ans où les enfants sont moins souvent vus en consultation et où l'exploration du sommeil est moins systématique.

« A partir d'un certain âge on va en parler si c'est une plainte » (médecin 1)

De plus, 30% des médecins ne détaillent pas cette question et seulement 40% ont déclaré la détailler de manière habituelle (horaires, siestes, mode d'endormissement, qualité de sommeil, etc.) au-delà de la simple question « est-ce qu'il dort bien ? ».

- **Un interrogatoire parfois orienté :** certains médecins ont pu ainsi remarquer qu'ils pouvaient parfois orienter l'interrogatoire selon leurs difficultés, ne détaillant pas ou n'insistant pas lorsque l'enfant semble mal dormir, par manque de solutions à proposer.

« peut-être que j'oriente l'interrogatoire, je ne vais pas pousser si l'enfant dort pas très bien »
(médecin 9)

« peut-être que je botte en touche car je ne sais pas quoi proposer aux parents » (médecin 10)

- **Un rappel des recommandations :** au total, en consultation les pratiques des médecins se concentrent essentiellement sur les rappels de recommandations comme celles de l'OMS sur les conseils de couchage et de prévention de la MSN (soit ce qui est enseigné dans les items ECN). Ils s'attachent surtout à éliminer une pathologie somatique pour s'inscrire dans une démarche de réassurance.

« essayer de savoir s'il y a une cause, et après de la réassurance... souvent » (médecin 4)

2/ Une hétérogénéité des pratiques :

- **Les habitudes de chaque médecin :** tous les médecins semblent aborder cette question de manière différente. On l'a vu, pour certains la question est automatique dans la consultation de suivi, pour d'autres non, et chacun ne détaille pas de la même manière son interrogatoire. Cette façon de faire propre à chacun devient une « habitude » en consultation.

- **Une part d'improvisation :** puisque les médecins n'ont pas de formation standardisée, ils puisent leur source de conseils parmi leur expérience personnelle essentiellement, mais aussi sur une base de pragmatisme et de bon sens.

« On est beaucoup dans le pragmatisme quand même tu vois, au-delà des grands discours et des grandes règles. [...] c'est des conseils de bon sens » (médecin 8)

« J'ai l'impression que j'improvise un peu » (médecin 10)

- **Les spécificités de chaque médecin :** les entretiens ont pu mettre en évidence des spécificités dans le traitement de cette question en fonction des médecins. Ainsi, un médecin cherche à éliminer avant tout une cause somatique pour pouvoir rassurer les parents, un autre s'inscrit dans une logique de respect du rythme de l'enfant, un autre se concentre essentiellement sur les parents, cherchant à savoir comment ils vont et comment ils gèrent la situation, un autre est surtout dans un objectif de relativiser et déculpabiliser les parents et enfin un dernier s'intéresse surtout à la place occupée par le père dans la gestion des troubles.

« prendre un peu de recul et à dire voilà faut pas se prendre la tête, il y a des grandes lignes à suivre après voilà... » (médecin 10)

« Je demande toujours les premiers mois est-ce que vous êtes fatigués ? Comment ça va ? » (médecin 3)

« je dis aux papas de prendre leur place » (médecin 8)

3/ Une non intervention fréquente : une donnée fréquemment retrouvée dans les entretiens est celle de la question du temps avant d'intervenir. En effet, la plupart des médecins expriment qu'avant un certain âge, en particulier avant 6 mois, les difficultés de sommeil leur semblent physiologiques et qu'ils ne proposent pas le plus souvent d'intervention mais rassurent les parents. C'est toute la question du temps nécessaire à l'acquisition de certaines étapes qui se pose.

« au moins le 0-6 mois leur dire que de toute façon faut pas s'attendre à ce que ça soit normal » (médecin 4)

« Moi sur la première année [...] ça ne me paraît pas être un problème si ce n'est que voilà il faut que l'enfant dorme » (médecin 8)

« j'essaie plutôt de rassurer en disant qu'il n'y a pas de règles » (médecin 4)

« ca va venir » (médecin 5)

« on va peut-être se laisser un petit peu de temps et voir si ça rentre dans l'ordre tout seul » (médecin 5)

« je leur dis que ça va passer » (médecin 7)

4/ Un rôle de prévention : les médecins ont pu réaffirmer leur rôle essentiel en termes de prévention dans le rappel des recommandations, des conseils de couchage, de prévention de la MSN, mais aussi sur le sujet des écrans. Ils ont pu souligner l'importance de la gestion des troubles du sommeil dans la prévention de la maltraitance. Par ailleurs, ils réaffirment que le sommeil peut être une porte d'entrée très importante pour le dépistage et le repérage de troubles plus vastes par l'identification notamment de signes d'alerte. Enfin, ils soulignent la nécessité d'une éducation parentale efficiente pour la bonne prise en charge de ces troubles.

« Oui je pense qu'on a tout à fait notre place là-dedans » (médecin 5)

« je sais pas si on a des solutions tu vois, mais en même temps c'est hyper important de le noter, et dans le carnet de santé et dans le dossier médical » (médecin 8)

LES DIFFICULTES RENCONTREES :

1/ Les difficultés exprimées par les parents :

- **Les troubles les plus fréquemment rapportés** : en consultation, les sujets qui semblent poser le plus de problèmes aux parents sont représentés par les difficultés d'endormissement, les réveils, les terreurs nocturnes et cauchemars, les questions autour de l'alimentation, les reflux et coliques, les pleurs, la notion de « faire ses nuits » et l'autonomie à l'endormissement. Or ces notions sont particulièrement fréquentes chez le nourrisson.

« C'est des questions qu'on a quotidiennement ou presque » (médecin 3)

« les tout petits il y a toujours quelque chose » (médecin 7)

- **Les interrogations des parents :** les parents s'interrogent aussi beaucoup sur la question de la normalité, notamment en comparaison de leur enfant avec d'autres. Ils demandent à trouver une cause aux troubles du sommeil de leur petit, et parfois même un traitement médicamenteux à leur médecin. Enfin dans l'ensemble, et face à toutes les informations qu'ils peuvent lire ou entendre, ils cherchent en leur médecin une référence pour distinguer le vrai du faux.

« Parfois on est obligés de dire que c'est encore normal » (médecin 5)

« parce qu'on leur dit qu'il faut laisser pleurer et il y a des gens qui vont dire faut surtout pas laisser pleurer » (médecin 3)

« Elles viennent pour savoir [...] si ce qu'on leur a dit c'était vrai, si c'était un bon conseil. [...] Elles viennent pour avoir un peu... (hésitations) je sais pas si c'est la vérité, un autre avis en tous cas » (médecin 5)

- **Un impact parental important :** les parents expriment beaucoup leurs difficultés en lien avec l'éducation en contexte d'épuisement. Certaines situations semblent en particulier plus pesantes et difficiles à gérer que d'autres, notamment le partage de lit parental. Ainsi, le sommeil parental est une problématique qui revient tout autant que celle du sommeil de l'enfant.

« La nuit on fait jamais ce qu'il faut, on n'a pas les bons réflexes » (médecin 3)

« C'est difficile de faire de l'éducation à 3h du mat' » (médecin 8)

« C'est souvent problématique » (médecin 3)

« Ils ont besoin de sommeil et le petit qui crie [...] c'est clairement un problème » (médecin 8)

2/ Les difficultés exprimées par les médecins :

- **Les troubles posant problème :** les sujets pouvant mettre en difficulté les médecins en consultation sont surtout représentés par l'endormissement, les réveils, les terreurs nocturnes et cauchemars, l'alimentation et l'allaitement maternel, ainsi que l'autonomie à l'endormissement. On constate donc que ces thèmes sont les mêmes que ceux posant problème aux parents, soulignant encore plus la nécessité de formation des médecins afin qu'ils puissent répondre de manière appropriée aux interrogations parentales.

« On est assez démunis sur les endormissements et sur les réveils » (médecin 4)

- **Les difficultés du dépistage** : certains médecins ont pu exprimer un doute parfois dans leur capacité à réaliser un dépistage et repérage fiables afin de « ne pas passer à côté » d'une pathologie plus globale somatique ou neurodéveloppementale, et donc à déterminer le « pourquoi » des troubles. Ils ne se sentent pas toujours assez efficaces dans la maîtrise des signes d'alerte, des âges pivots et de la question de la normalité.

- **Les difficultés de la prise en charge** : les difficultés et manques exprimés concernent surtout l'intervention en cas de troubles : connaître les moments clés d'intervention, des techniques et conseils pratiques pour accompagner au mieux les parents. Certains s'interrogent aussi sur la possibilité de traitement médicamenteux, la majorité n'en prescrivant jamais. Enfin, ils aimeraient avoir plus de clefs sur des circuits d'orientation en cas de besoin. C'est donc essentiellement ce manque d'outillage qui semble leur poser problème, et ce particulièrement dans le cadre de consultations trop courtes pour traiter tous les sujets entourant le nourrisson. La situation des troubles enkystés ou des mauvaises habitudes prises et ancrées (notamment le partage de lit) est exprimée par les médecins comme une des questions les plus ardues à traiter et sur laquelle ils se trouvent souvent démunis.

« Si ça se présente, en général je passe la main : psychologues ou les associations de parents »
(médecin 6)

« Autant, accompagner un peu de novo les parents, bon j'ai l'impression d'improviser un peu mais bon je peux quand même donner des grandes lignes peut-être un peu collées sur mon expérience, mais autant sur des personnes qui ont de vraies problématiques actuellement je pense que je ne suis pas en mesure de les aider efficacement » (médecin 10)

« C'est quand même une problématique fréquente de devoir les faire sortir du lit [parental] »
(médecin 4)

« surtout comment rattraper le coup des gens qui sont empêtrés dans des schémas [...] là clairement je me sentirais dépassée » (médecin 10)

- **Dans un contexte d'incertitude** : ceci est majoré par le caractère le plus souvent incertain de la cause des troubles, de leur évolution, etc. En effet, on l'a vu, la question du sommeil du nourrisson est complexe et intriquée dans le développement global et évolutif de l'enfant, ne rendant pas toujours simple les étapes de diagnostic et de prise en charge, d'autant que chaque enfant est unique et donc la réponse à apporter également. On retrouve ainsi dans les entretiens un champ lexical fourni de l'incertitude « je sais pas si c'est la bonne réponse », « je ne suis pas sûre », « je pense », « à ma connaissance ».

« On n'a pas de baguette magique. Ça j'essaie de le verbaliser justement, en disant qu'il n'y a pas forcément de solution précise, qu'il y a une certaine incertitude mais que ça va rentrer dans l'ordre » (médecin 4)

« J'essaie de leur donner ce qui me semble être des bonnes pratiques » (médecin 4)

- **Et en l'absence d'étayage scientifique** : les médecins ne se sentent donc pas suffisamment outillés pour prendre en charge les troubles du sommeil les plus complexes, en particulier en l'absence de base scientifique sur laquelle se reposer pour délivrer des conseils adaptés, en dehors des recommandations existantes (HAS, OMS) limitées et portant surtout sur le couchage.

« On était tous plutôt unanimes en disant que oui c'est clair c'est un manque qu'on ressentait et c'est vrai que c'est jamais très confortable même si on le fait tous d'utiliser notre expérience personnelle » (médecin 10)

3/ Les difficultés rencontrées par les médecins en lien avec les parents :

- **Une plainte rapportée subjective** : la difficulté de mise en évidence et de diagnostic des troubles est accentuée par le caractère très subjectif de la question. En effet, ce qui est problématique pour un parent paraîtra normal à un autre, et par conséquent la plainte rapportée en consultation (ou non rapportée justement) n'est pas toujours fidèle à la réalité des faits. A l'inverse, les doléances des parents ne sont pas toujours exprimées, parfois même quand la question est posée. Ce qui complexifie la tâche pour le praticien.

« Peut-être qu'on prend pas bien en charge le sommeil et que c'est pour ça que les parents ont vite fait de prendre le parti de dire bon bah voilà il faut que je dorme mal pendant quelques mois et ça va venir » (médecin 1)

« en fait quand on décortique les nuits de certains c'est 5h en fait, c'est 3h, c'est variable » (médecin 3)

« Et un jour on a pris du recul quand il a bien dormi vraiment sans jamais se réveiller et on s'est dit oui en fait c'est une question de point de vue je pense parce qu'il y a des gens qui ne supporteraient pas d'être réveillés trois quatre fois par nuit » (médecin 10)

« il y en a je pense qui se réveillent trois fois dans la nuit pendant deux ans et ils ne se plaignent pas » (médecin 5)

« c'est le problème en méd gé on essaie de dépister, de poser des questions larges après si on n'a pas d'éléments de plainte... » (médecin 10)

- Un recours tardif au médecin traitant : On l'a vu les parents essaient le plus souvent de se « débrouiller ». Les médecins interrogés semblent ainsi confirmer que le recours au médecin traitant est par conséquent assez tardif dans l'évolution des troubles, ce qui complexifie leur prise en charge, le médecin faisant face à des parents épuisés qui ont déjà essayé de nombreuses choses avec plus ou moins de succès.

« les parents consultent pas forcément pour ça parce qu'ils essaient de se débrouiller »
(médecin 3)

« Et puis souvent ils ont déjà essayé » (médecin 10)

« T'as des parents pour qui ils n'iront jamais voir le médecin pour ça, ils se dépatouillent ils se débrouillent ils se disent que ça va passer, ils ont des ressources intérieures, ils lisent, ils ont de la famille, ils en discutent en dehors. Et il y en a d'autres pour qui c'est vraiment un problème médical, ils pensent que l'enfant a un souci » (médecin 5)

« des fois [...] on se retrouve sur des enfants de deux ans et peut-être que les parents n'ont pas trouvé ça problématique mais peut-être que ça l'était et on se dit que zut si on les avait orientés, aidés avant » (médecin 10)

Ce recours tardif conduit parfois certains parents à mettre en place des stratégies délétères qui organisent les réveils ou favorisent une dépendance à la présence parentale pour l'endormissement. La question de l'attachement et du comportement des parents devant les troubles de leur enfant est aussi primordiale, comme on a pu l'évoquer en partie I.

« On trouve souvent des trucs aberrants dans ces situations » (médecin 6)

« Ca parait pas être un problème pour certains [le partage de lit] » (médecin 8)

« Parfois [...] ils font [les parents] des choses que tu n'aurais même pas eu l'idée de faire »
(médecin 5)

« Très souvent c'est aussi un problème de comportement du parent envers l'enfant »
(médecin 5)

« On a appris que chez la nounou il s'endormait tout seul [...] et peut-être que nous [les parents] non plus on lâchait pas » (médecin 10)

- Une demande de solution immédiate : Ce recours tardif amène à des parents épuisés et démunis, qui voient en leur médecin une aide de « secours » en dernier recours. C'est un peu « sauve qui peut » comme a pu l'exprimer le médecin 8. Ainsi, ils peuvent parfois se montrer assez revendicatifs et être en demande d'une solution immédiate.

- **Un motif non unique** : de plus, la consultation du nourrisson est rarement l'occasion du motif unique des troubles du sommeil. S'il faut parler alimentation, développement psychomoteur, faire les vaccins, etc., au cours des consultations de suivi, il arrive souvent que les parents viennent également avec d'autres questionnements ou une pathologie aigue somatique à soigner, laissant peu de champ au traitement du sommeil qu'ils peuvent considérer alors comme tout à fait secondaire.

UN SUJET PAS COMME LES AUTRES :

1/ Un sujet universel et central : les entretiens ont confirmé l'aspect central de la question du sommeil, auquel se rattachent de nombreuses notions connexes : alimentation, allaitement, pleurs du nourrisson, coliques, RGO, les écrans. Mais aussi la question de la maltraitance, du dépistage et repérage précoces autour de la pathologie somatique ou neurodéveloppementale.

2/ Une absence de standardisation :

- **Variabilité inter-individuelle et subjectivité** : les conseils et l'accompagnement parental ne peuvent être standardisés en raison de la spécificité de chaque enfant, de chaque parent et de chaque situation. Même si l'évaluation des troubles se veut la plus objective possible, il est important de prendre en compte la part de subjectivité inhérente à la question du sommeil et les importantes variabilités inter-individuelles existantes, en gardant en mémoire que la notion de norme n'existe pas vraiment et que l'écart à la normalité s'évalue avec nuance au regard du contexte.

« Je me rends compte que même avec deux enfants élevés par les mêmes parents, c'est pas du tout la même chose » (médecin 3)

« Je leur dis que le mode d'emploi c'est eux qui vont le découvrir et chaque enfant en aura un différent et qu'il n'y a pas de règle prédéfinie » (médecin 4)

- **Apprentissage et évolution** : de plus, le sommeil reste un apprentissage qui sous-entend donc un processus prenant un certain temps. La prise en compte de ce temps d'acquisition, au cours duquel l'enfant et ses capacités évoluent, est nécessaire pour adapter la prise en charge.

« Je dis souvent que apprendre à dormir c'est comme tous les apprentissages » (médecin 3)

« Ce qui nous paraît vrai avec un enfant à un moment précis peut être tout remis en question 5 mois plus tard » (médecin 3)

3/ La question de la temporalité :

- **Le temps d'acquisition :** afin d'évaluer correctement la situation, il est donc important de prendre en compte le temps d'acquisition nécessaire à l'enfant et parfois différent d'un enfant à l'autre. Le temps, l'attente mais aussi et surtout la réévaluation font donc souvent partie intégrante de la conduite à tenir des médecins.

- **Vs. Le dépistage précoce :** en revanche, cela ne signifie pas ne pas intervenir du tout. Même à un stade précoce ou un âge jeune, certains conseils peuvent déjà être donnés et peuvent même au contraire aider à la prévention de l'aggravation ou chronicisation des troubles. Ainsi, on l'a vu, pour que la prise en charge soit la plus efficace possible elle doit être la plus précoce possible ce qui pré suppose un dépistage précoce lui aussi. Certains moments-clés sont ainsi à connaître afin d'agir au plus tôt et idéalement en amont des troubles pour l'acquisition d'emblée de bonnes habitudes de sommeil.

« t'installes pas ça chez un enfant de 2 ans [avoir son propre espace] c'est cuit » (médecin 8)

5/ Un sujet à résonance personnelle : les médecins interrogés ont pu témoigner à plusieurs reprises que ce sujet les touche non seulement sur le plan professionnel mais aussi à titre personnel. Certains ont notamment parlé de leur propre expérience, et évoqué avoir pu être confrontés à des difficultés en tant que parents eux aussi sans avoir eu forcément de réponse et ayant donc dû faire des recherches à titre personnel auprès de ressources pas toujours médicales ou scientifiques d'ailleurs (sites internet de vulgarisation, réseaux sociaux notamment). Ce qui valide encore le manque de connaissance de sources fiables vers lesquelles se tourner. Certains ont évoqué aussi pour eux la différence qu'il peut y avoir en termes de confiance (en eux-mêmes mais aussi celle des parents) à être un « médecin parent ».

« La deuxième partie qui a beaucoup changé c'est effectivement quand j'ai eu mes enfants aussi, je vois la différence sur le suivi que j'avais en médecine générale avant et après »
(médecin 4)

« C'est plus facile d'avoir été maman et de conseiller, c'est vrai que j'ai plus de conseils que quand j'étais interne » (médecin 7)

« Il y a plein de fois où effectivement je ne parle pas, les gens ne le savent pas forcément, mais je ne parle pas en tant que médecin je vais parler en tant que personne. [...] Ca peut être déstabilisant parce qu'on se dit là je suis plus dans mon rôle de médecin, enfin [...] oui et non » (médecin 10)

« Ça dépend [ce que tu conseilles] de la façon dont tu éduques tes enfants » (médecin 8)

ANALYSE DE LA CARTE CONCEPTUELLE : cf. Annexe E

Ainsi, de ces données on peut en conclure que les difficultés exprimées par les parents et par les médecins sont globalement similaires dans notre étude. Elles sont pour le corps médical autant le résultat d'un manque de formation, de pratiques parfois inadaptées des parents que des caractéristiques intrinsèques à cette question centrale des troubles du sommeil, à savoir une absence de standardisation possible, une part d'incertitude, de subjectivité et de variabilité inévitables, le tout sur un fond de dépendance à la notion de temps et d'évolution. Bien que les médecins maîtrisent bien les sujets de prévention des conditions de couchage, d'élimination des pathologies somatiques et d'un dépistage quasi systématique des troubles du sommeil en consultation, de ces difficultés découlent certaines pratiques à améliorer : interrogatoire non optimal, hétérogénéité des pratiques, intervention insuffisamment fréquente et précoce. Par conséquent, nous avons pu au travers des entretiens mettre en évidence que les besoins et attentes en formation des médecins sur le sujet du sommeil du nourrisson découlent tout naturellement de ces difficultés.

VI.1.4. Les attentes et besoins en formation

1/ Les besoins en termes de contenu :

Les sujets que les médecins souhaitent aborder découlent logiquement des difficultés décrites, à savoir essentiellement : **l'endormissement et les réveils**, les **cauchemars et terreurs nocturnes**, mais aussi la question du cododo.

Les médecins sont demandeurs d'une partie **théorique** de rappels de **physiologie** et des repères de **normalité**. En revanche, pour eux la formation doit avant tout rester concrète en vue d'une application **pratique**, avec apport d'une **boîte à outils** de **techniques et conseils pratiques** à mettre en œuvre.

- « revoir les bases du sommeil [...] pour mieux comprendre » (médecin 7)
- « déjà c'est d'avoir des bases théoriques un peu plus importantes, euh... sans que ça soit vraiment du chiffrage lourd imbuvable [...] refaire le lien entre la théorie et la pratique »
(médecin 4)
- « des petites recettes magiques » (médecin 2)
- « les conseils [...] des techniques précises [...] en sortir une boîte à outils » (médecin 4)

« une partie d'infos factuelles avec des conseils pratico pratiques en consultation »
(médecin 10)

Ils souhaitent que la formation insiste sur les **signes d'alerte**, les **âges pivots** et les **moments clés d'intervention** afin de permettre un **dépistage / repérage** optimisé.

« il y a peut-être des moments clés dans la vie de l'enfant où il faut être plus incisif sur ce sujet, tu vois et ça je sais pas du tout. Il y a peut-être des portes à ouvrir aux bons moments »
(médecin 8)

« est-ce qu'on doit s'inquiéter [...] à quel âge on doit se dire là il faut que les parents ils mettent d'autres choses en place » (médecin 3)

« des signes d'alerte où là on se dit il va peut-être falloir aller chercher quelque chose »
(médecin 2)

« un rappel physiologique simple pratique avec un peu comme le DPM des âges pivots »
(médecin 1)

« préciser les feux rouges, les choses à surveiller, préciser jusqu'à quand on est dans la normalité » (médecin 1)

Certains ont exprimé également un **besoin de validation** des pratiques déjà en place avec précision des « **erreurs à ne pas faire** » sur une base d'information EBM et de **mise à jour** des recommandations. Ils souhaitent ainsi disposer de **sources d'informations fiables** sur lesquelles se baser et d'un réseau vers qui **orienter**.

« est-ce que je donne des bons conseils ou est-ce que c'est pas adapté ce que je conseille ? »
(médecin 4)

« est-ce que ce que je sais, ce que je connais c'est validé, le proposer de manière professionnelle » (médecin 10)

« est-ce que les conseils que je donne sont toujours bien avisés ? » (médecin 6)

« bah de valider ce que je fais (rires) » (médecin 3)

« moi j'attends des trucs scientifiques » (médecin 8)

« qu'est-ce qu'il faut pas faire pour être toxique quoi ? » (médecin 8)

« des sources fiables d'informations » (médecin 5)

« des adresses » (médecin 3)

« faire une mise à jour des connaissances théoriques » (médecin 4)

« voir si ça a changé les recommandations » (médecin 1)

2/ Les attentes en termes de format :

La plupart des médecins préfère la tenue d'une formation **en présentiel à la maison de santé**, de format synthétique et d'une durée **courte** (de quelques heures à une demie journée pour la plupart).

« ça ne traîne pas en longueur parce que sinon c'est ennuyeux et puis surtout on retient rien »
(médecin 1)

« moins il y a de diapos plus la formation est de qualité en général (rires) » (médecin 4)

Ils attendent une organisation en **petits groupes** permettant les **échanges**.

La **qualité de l'intervenant** est également un critère important : il doit être **compétent**, « expert » dans le domaine, et **dynamique**.

« la clarté et la qualité de l'intervenant » (médecin 1)

La formation doit apporter des éléments **concrets**, pour être **pratico pratique** avec des **illustrations**, exemples et/ou cas cliniques.

Ils sont également demandeurs d'une **documentation** sur le sommeil à destination des médecins et/ou des parents, validée et synthétique, qu'ils pourraient remettre en consultation.

« d'outils nous à donner en consult [mais aussi] des liens, des bouquins pour donner aux parents » (médecin 5)

3/ Les critères de qualité d'une bonne formation :

Interrogés sur les critères qui feraient d'une formation une formation de qualité, les médecins soulignent l'importance d'une intervention **dynamique**, avec une bonne **interactivité** dans le groupe et avec l'intervenant.

« formations interactives qui partent de nos questions, plutôt qu'un plan power point qui est unidirectionnel » (médecin 1)

La formation doit être **efficace** : à savoir **concise** et apporter des **messages-clés**.

« dans une formation, on va pas retenir grand-chose on veut des trucs clés » (médecin 8)

« efficace en temps / infos utiles » (médecin 10)

« des clefs quoi, des trucs faciles à utiliser, et puis des messages percutants, et tout ça étayé par de la science » (médecin 8)

« quelque chose de pratico pratique, on va à l'essentiel » (médecin 2)

Les informations délivrées dans la formation devront être **pratico pratiques** et **adaptées à la médecine générale**, afin de permettre une **mise en pratique immédiate**.

« pouvoir mettre en pratique tout ça [...] surtout qui se rapportent à la pratique de médecine générale » (médecin 7)

« que je puisse mettre en pratique très vite » (médecin 5)

« les choses utiles en médecine gé » (médecin 1)

La compétence de l'expert et un **étayage scientifique** des données rapportées est une notion essentielle pour les médecins interrogés.

« avoir un cadre plus formel pour dire effectivement telles études » (médecin 5)

Enfin, la délivrance d'un **support résumé** reprenant les points clés de la formation est un bonus appréciable pour eux.

« j'attends un résumé sur une page [...] une formation efficace c'est une feuille toc et trois quatre coups de fluo max » (médecin 8)

VI.2. Résultats du focus group

VI.2.1. Question 1 : adéquation aux attentes et besoins

Les éléments du focus group concernant le retour sur la formation mettent en évidence une bonne adéquation avec les attentes et besoins exprimés lors des entretiens, et ce autant sur le contenu que le format attendu.

1/ Adéquation aux besoins en termes de contenu : les médecins ont pu revenir sur les sujets abordés qui répondaient à leurs questionnements en particulier concernant les endormissements difficiles et les réveils nocturnes. Ils ont pu confirmer avoir appris de nombreuses choses, dont certaines complètement inédites comme la boîte à outils proposée de techniques comportementales pratico pratiques.

« On partait un peu de zéro donc on avait forcément des choses à apprendre » (médecin A)

« En 25 ans d'exercice c'est la première fois que j'aborde ce sujet [...] avec un cours »
(médecin E)

« J'ai eu le sentiment d'avoir eu beaucoup de réponses et combler une
partie de mes lacunes sur le sujet » (médecin J)

« Il y a des infos nouvelles, notamment sur les techniques » (médecin I)

« J'ai beaucoup apprécié les méthodes proposées que je ne connaissais
pour la plupart pas du tout » (médecin J)

La formation leur a également apporté des éléments de réponse sur le repérage des signes d'alerte et les moments clés d'intervention. Ils ont apprécié le rappel théorique venant seulement appuyer la pratique, et le caractère concret et adapté à la pratique de médecine générale de la formation basée sur un étayage scientifique.

« C'était la théorie juste ce dont on avait besoin » (médecin A)

2/ Adéquation aux attentes en termes de format : ils ont particulièrement apprécié que la formation ait pu se dérouler à la MSP, avec un expert se déplaçant sur place. Ils ont beaucoup souligné la qualité de l'intervenant qu'ils ont trouvé dynamique et expérimentée. La formation a aussi répondu à leurs attentes en termes d'interactivité et d'efficacité avec

transmission de messages clés, en particulier grâce au livret de formation remis qu'ils ont beaucoup apprécié (Cf. VI.2.3. Les points forts de la formation).

« On sent que le diapo venait juste appuyer le propos mais c'était vraiment le propos avant tout donc ça c'était agréable » (médecin C)

3/ Analyse du tableau d'adéquation : l'analyse du focus group a permis la réalisation d'un tableau de comparaison des codes identifiés en termes d'attentes et de besoins entre les entretiens individuels et le retour du focus group (Cf. Annexe H). Ce tableau comparatif confirme les propos déclaratifs des participants à savoir une très bonne adéquation aux besoins et attentes de la formation en déterminant un taux de concordance des codes entre les entretiens et le focus group de 79.16%. Autrement dit, plus des ¾ des attentes formulées par les médecins au cours des entretiens ont été satisfaites par la formation.

« La formation a répondu à mes attentes » (médecin J)

« On n'a pas été déçus » (médecin E)

« Ça a répondu aux questions » (médecin I)

VI.2.2. Question 2 : impact sur la pratique

1/ L'interrogatoire et le diagnostic :

- **Une remise en lumière** : la formation a permis de réinsister sur ce que les médecins faisaient déjà en remettant en lumière l'importance du sujet. Ils ont remarqué avoir eu une vigilance accrue sur la question en consultation après la formation, et avoir fait preuve d'une observation plus attentive.

« réactiver l'intérêt qu'on porte à ce sujet-là » (médecin I)

« Ca a remis en lumière tout l'intérêt qu'il y a à éduquer les parents » (médecin I)

- **Un interrogatoire amélioré** : les médecins ont noté que leur interrogatoire s'en est trouvé grandement amélioré. Après la formation, ils posaient la question de manière plus systématique, plus détaillée avec des questions beaucoup plus précises en particulier sur la notion d'autonomie à l'endormissement et sur les stratégies parentales mises en œuvre.

« C'est plus structuré [...] c'est vraiment beaucoup plus précis » (médecin C)

« Je pose peut-être plus la question sur la qualité de sommeil » (médecin I)

« Je rajoute toujours la question est-ce qu'il s'endort tout seul » (médecin A)

« Avant on posait la question est-ce qu'il dort bien, et maintenant est-ce qu'il s'endort bien, est-ce qu'il se réveille, qu'est-ce que vous faites » (médecin C)
« approfondit le thème avec les parents et puis effectivement être plus précis dans les questions sur l'endormissement qui en fait est la clé du sommeil de l'enfant » (médecin B)
« et après il y a la question qu'est-ce que vous faites » (médecin C)

- **Un dépistage optimisé** : la mise en évidence des troubles s'en trouve plus optimale puisque l'interrogatoire est plus efficace et plus systématique, les médecins exprimant se sentir plus à l'aise pour creuser la question car désormais ils ont des outils à proposer.

« alors c'est pas de prime abord, mais en creusant » (médecin C)
« on est peut-être un peu plus systématiques et un peu plus précis dans nos questions parce qu'il y a des choses à apporter aux parents maintenant » (médecin H)
« parce que du coup on sait quoi leur apporter derrière » (médecin C)

- **Un dépistage plus précoce** : de même, cet interrogatoire fouillé se veut plus précoce dès les premiers mois de vie, là où au préalable ils ne cherchaient pas forcément à rentrer dans le détail en particulier avant 6 mois car ils ne savaient pas toujours qu'ils pouvaient intervenir précocement. Soit au total, un dépistage optimisé et plus précoce qui améliore donc la prévention des troubles.

« J'ai interrogé plus les parents [...] On ose plus » (médecin A)

2/ La prise en charge :

- **Plus d'intervention** : à la suite de la formation, les médecins ont pu intervenir davantage en proposant des conseils et techniques pratiques.

« Oui il y a deux trois réveils, bah ça va passer, c'était ça la réponse avant et aujourd'hui c'est qu'est-ce que vous faites et voilà si vous voulez c'est conseillé de faire ça » (médecin C)

Certains ont mis en place des consultations dédiées à l'exploration du problème et la proposition de solutions adaptées.

« C'était pas seulement un petit conseil dans le suivi en consultation, c'était une vraie consultation là-dessus on a pu donner des conseils de A à Z en donnant des pistes »
(médecin C)

Dans l'ensemble, ils ont pu mettre en place davantage d'accompagnement et d'éducation parentale avec les méthodes comportementales notamment.

« Il va falloir choisir le moment où vous voulez le faire un moment où vous êtes prêts, sur quelques jours ça va être compliqué mais c'est un investissement » (médecin C)
« On a plus d'outils » (médecin I)

Ils sont en particulier intervenus sur certains sujets qui les ont marqués plus que d'autres : la tétine, le rituel, la notion de constance et fermeté.

« Je m'en sers en consultation [...] j'essaie d'être plus directif avec les parents là-dessus (la tétine) » (médecin I)

- **Une intervention plus précoce** : cette intervention plus fréquente s'est faite également plus précoce, notamment dans les premiers mois de vie où on l'a vu, la plupart des médecins pensaient auparavant ne pas pouvoir encore agir à cet âge.

« C'est là qu'on se rend compte bah les bébés c'est assez tôt finalement qu'on peut les accompagner dans cet apprentissage » (médecin A)

- **Une intervention de premier recours** : ainsi la formation a donné aux médecins les moyens d'intervenir davantage par eux-mêmes en premier recours avant d'envisager d'orienter vers des confrères.

« Probablement qu'on est meilleurs sur des troubles qui étaient considérés [...] (comme) plus mineurs mais qui en termes de gêne pour les parents pouvaient être importants » (médecin C)
« de pas devoir déléguer forcément tout de suite » (médecin A)
« Si nous on peut leur apporter c'est aussi bien » (médecin A)

- **Une intervention plus personnalisée** : les outils délivrés pendant la formation leur ont permis d'adapter et de personnaliser davantage leurs conseils à chaque enfant, chaque famille et chaque situation spécifique.

« On apprécie de pouvoir apporter des conseils adaptés et personnalisés aux parents » (médecin H)

3/ Des changements dans la pratique :

- **De nouvelles habitudes** : au total les médecins ont pris de « nouvelles habitudes » au travers de ces nouveaux réflexes instaurés par la formation. L'analyse du focus group a ainsi mis en évidence un champ lexical riche en rapport :

« je rajoute toujours » (médecin A)
« maintenant [on pose la question] »

- **Des choses inédites** : parmi ces nouvelles habitudes, certaines constituent de véritables nouveautés qu'ils n'avaient jamais mises en œuvre auparavant

« C'est quelque chose que j'aurais jamais abordé avec les parents auparavant » (médecin H)
« Et ça j'avais jamais posé la question » (médecin A)

4/ Les retours : les médecins ont rapporté des retours positifs de la part des parents

« Les gens sont plutôt assez contents qu'on puisse discuter de ça, parce que c'est pas toujours quelque chose qu'ils osent amener en consultation » (médecin F)

« Ils ont l'air intéressés quand on peut parler de ça parce que c'est quand même quelque chose qui leur pourrit la vie au quotidien » (médecin F)

Ils ont également constaté des effets bénéfiques des conseils mis en place.

« J'ai pas mal travaillé sur le fait que la maman doit être convaincue et sur les phrases rituelles, et ça a plutôt bien marché » (médecin D)

5/ Un confort par une meilleure maîtrise : la formation semble avoir ainsi atteint son objectif d'apporter des outils aux médecins afin qu'ils se sentent plus à l'aise et plus légitimes dans le traitement de cette question.

« Je me sens moins mal à l'aise » (médecin C)

« Ça permet d'être plus sûr aussi dans les réponses » (médecin D)

« Moins d'appréhension à poser toutes ces [questions] » (médecin B)

« Quand on maîtrise un sujet on est plus sûr de soi » (médecin C)

« J'ai surtout eu plus d'assurance à aborder le sujet » (médecin I)

VI.2.3. Question 3 : points forts de la formation

La formation était concrète et **pratico pratique** et **adaptée à la médecine générale**. Elle a permis un apport **théorique et pratique pour tous**, quel que soit le niveau de connaissances initial.

« Elle a fait vraiment le lien entre la théorie et la pratique » (médecin C)

« les mettre vite en application c'était vraiment très proche de notre pratique » (médecin F)

« Formation basée sur des exemples. [...] Hyper pratique pour notre exercice en médecine générale » (médecin J)

Les médecins ont souligné l'**efficience** de la formation qui a délivré des **messages clés** ayant permis une **mise en pratique immédiate**.

« C'est vraiment des messages forts [...] C'est cet aspect de vulgarisation et de messages-clés qui était juste à remettre en œuvre » (médecin C)

« J'ai eu le sentiment d'y apprendre beaucoup sur ce temps condensé » (médecin J)

« Efficace quoi » (médecin F)

« J'ai pas eu le temps de réviser [...] mais du coup j'ai quand même mis en pratique donc je me dis que c'était vraiment très très adapté puisque ça veut dire qu'en sortant de là, il y a plusieurs outils que j'ai utilisés dans ma pratique » (médecin C)

« En sortant de là du coup clefs en main je pouvais appliquer les conseils... donc je dirais que c'est une formation parfaite parce que si on sort et qu'on est capable d'appliquer sans avoir à re regarder le bouquin c'est que ça a marqué et du coup c'est très très adapté quoi »
(médecin C)

Les médecins ont apprécié **l'étayage scientifique** apporté par cette formation.

« Je me sens moins mal à l'aise [...] parce que justement je peux dire ça, ça a été étudié, ça marche, voilà ce qui est conseillé » (médecin C)

« avoir des arguments un peu légitimes » (médecin D)

« plein d'illustrations et plein de choses très scientifiques » (médecin I)

L'**intervenante** a marqué les esprits par sa **compétence** et son **dynamisme**.

« la qualité de l'intervenante qui était passionnée avec des cas concrets » (médecin D)

« très très pertinente, excellente animatrice » (médecin I)

« Bonne maîtrise du sujet de l'orateur » (médecin J)

L'aspect **interactif** de la formation, permettant des **échanges** entre les médecins, entre médecins et l'intervenante et avec un temps dédié aux questions réponses en fin d'intervention mais aussi la possibilité de rebondir et **poser des questions** au fur et à mesure de la présentation, a été très apprécié des médecins formés. Cela a notamment permis, en sus du dynamisme de l'intervenante, de conserver l'attention de l'auditoire et de rendre la formation plus **passionnante**.

« J'avais jamais eu de cours aussi intéressant jusque-là » (médecin E)

Les médecins interrogés ont également souligné le caractère **exhaustif et complet** de la formation, sans être lourd pour autant. Ils ont notamment trouvé très utile le **livret de formation** délivré en fin d'intervention, complété de **ressources documentaires** et de pistes **d'orientation**.

« complet sans être lourd » (médecin C)

« C'est difficile d'être plus complet » (médecin B)

« le support flyer [...] c'était indispensable sinon j'allais oublier la moitié des choses, ça permet un rappel qu'on va garder un temps je pense » (médecin H)

« La source on l'a enfin avec ce que tu nous as donné, moi c'est dans mon cabinet, c'est bien en évidence » (médecin I)

« je sais où aller les chercher [les méthodes] maintenant puisqu'on a le support » (médecin C)

Au final, cette formation leur a permis de se sentir plus **légitimes** dans leur rôle de **référence** et de professionnel ressource compétent auprès des parents.

« des arguments plus légitimes ça permet d'être plus sûr aussi dans les réponses à apporter aux parents » (médecin D)

Par ailleurs, au-delà des points forts déclarés par les médecins lors du focus group, l'analyse par comparaison des codes relevés entre les entretiens et le focus group a permis de mettre en évidence certains apports de la formation qui ont dépassé les attentes initiales car ils n'avaient pas été formulés au cours des entretiens (Cf. Annexe ? Analyse des codes « En plus »). Parmi ces codes supplémentaires révélés on retrouve notamment la notion de **découverte** et d'apport d'éléments **inédits** jusque-là pour les médecins (par définition non anticipables puisqu'inconnus jusqu'alors), le fait que **chaque médecin a pu trouver** dans la formation quelque chose à apprendre et à améliorer dans sa pratique quel que soit son niveau (auto-)évalué avant la formation. Également le caractère **complet** de la formation qui n'était pas forcément une demande au préalable, la mise en évidence de l'importance de certains éléments primordiaux du sommeil comme **l'autonomie à l'endormissement, les phrases rituelles**. Les apports sur le sujet de la **tétine** ont été aussi très appréciés, tout comme les éléments de **vulgarisation pour les patients**. Enfin, c'est l'apport pratique **d'accompagnement parental**, de **personnalisation**, idéalement via une **consultation dédiée**, qui constitue un des apports les plus importants de la formation, non forcément anticipés non plus par les médecins en amont, notamment parce qu'eux aussi constituaient des éléments inédits. Cela leur a permis de se sentir plus **légitimes** dans le traitement de la question du sommeil en consultation. La formation semble aussi, au-delà de ce qu'ils en attendaient, leur avoir permis une **prise de conscience** de certaines de leurs pratiques, de difficultés ou lacunes qu'ils n'avaient pas toujours identifiées auparavant. Par conséquent, la formation que nous avons proposée, semble avoir répondu à la très grande majorité des attentes et besoins déclarés des médecins, mais a même fait mieux en leur apportant des éléments d'analyse et de prise en charge qu'ils n'avaient pas soupçonnés au départ, confirmant que l'auto-évaluation de leurs propres connaissances et compétences au cours des entretiens ne pouvait devenir complète et fiable qu'à la lumière de la formation reçue. Nous reviendrons notamment plus particulièrement sur la notion de prise de conscience un peu plus loin.

VI.2.4. Question 4 : Limites de la formation et améliorations

1/ Les limites de la formation :

- **un délai trop court** : les médecins expriment n'avoir malheureusement pas eu suffisamment de temps entre la formation et le focus group pour mettre en application tous les apports de la formation. S'ils ont pu donner des conseils et proposer quelques techniques, ils sont peu nombreux à avoir pu expérimenter l'accompagnement parental par la mise en œuvre de méthodes comportementales, et encore moins nombreux à avoir eu des retours des parents sur l'efficacité de ce qu'ils ont proposé avant la tenue du focus group.

« J'ai pas eu de cas pratiques en fait » (médecin E)

« J'ai pas encore eu de retour c'est vrai que [...] c'est un peu tôt » (médecin H)

« sur le recul c'est encore juste pour avoir les retours » (médecin C)

- **les limites de faisabilité** : les médecins ont déploré le fait que l'ensemble des conseils et techniques pratiques proposés par la formation n'est pas toujours possible à aborder en consultation et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, la consultation semble trop courte pour mettre tout ce qu'ils ont appris en œuvre, d'autant plus qu'elle est le plus souvent déjà le lieu de plusieurs motifs à aborder (alimentation, sommeil, développement, vaccins, voire pathologie aigüe, etc.). Ainsi, cette formation pourrait inciter à prioriser le sommeil au sein des consultations, mais dans ce cas au détriment des autres notions à traiter. La proposition faite au cours de la formation pour contrer cela est de programmer avec les parents une consultation dédiée aux troubles du sommeil de leur petit, afin de ne pas parasiter une consultation de suivi déjà chargée, ce que certains médecins ont d'ailleurs pu faire.

« la limite c'est nos consultations qui sont trop courtes [...] il y a trop de choses à aborder [...] l'histoire du sommeil je trouve c'est un peu sacrifié dans la consult » (médecin I)

- **les limites d'applicabilité** : les médecins ont rappelé que les conseils et techniques appris ne sont pas toujours facilement applicables en pratique auprès des familles, pour de multiples raisons. Les parents peuvent ne pas souhaiter mettre en œuvre de changements. Il arrive aussi parfois que ces changements ne soient pas possibles ou très complexes : familles monoparentales, familles nombreuses, manque d'espace, événement de vie non modifiable, etc. D'où la nécessité de s'adapter à chaque situation en faisant preuve de pragmatisme dans certains cas.

« et puis les parents font ce qu'ils peuvent » (médecin I)

2/ Les améliorations possibles : les médecins n'ont pas forcément identifié beaucoup d'améliorations à apporter à la formation telle qu'elle leur a été proposée. Un participant a seulement émis l'idée d'adjoindre une vidéo d'une consultation à type d'illustration à la formation. Cependant, même si d'un point de vue déclaratif les médecins ne demandent pas forcément d'améliorations, l'analyse de comparaison des codes entre les entretiens et le focus group a mis en évidence quelques codes non retrouvés en termes d'attentes et besoins. Un médecin interrogé avait notamment proposé la création d'un support informatique, mais le livret délivré a également été fourni en format pdf intégré au serveur commun de la maison de santé et donc accessible en dématérialisé au cours des consultations. Certaines notions ont aussi été abordées au cours de la formation mais auraient pu bénéficier d'approfondissements pour répondre mieux aux attentes des médecins (pour rappel, la formation a été élaborée en amont des entretiens et non modifiée ensuite) : le repérage et les signes l'alerte, la notion de cododo et celle des cauchemars et terreurs nocturnes. Mais à noter que c'est aussi l'objectif de la partie I de cette thèse qui vise à compléter la formation proposée qui se voulait efficiente mais aussi concise pour répondre à une des attentes les plus importantes des médecins de s'adapter à leurs disponibilités et d'apporter des éléments clés à appliquer tout de suite, ce qui semble avoir été le cas d'après leurs retours.

3/ Les approfondissements envisageables : au total, au-delà des approfondissements des sujets cités préalablement, les participants du focus group ont aussi émis quelques pistes d'approfondissement de la formation. Ils ont proposé l'idée d'une nouvelle formation à distance, ayant pour but de faire des rappels mais aussi d'approfondir cette « phase socle » par certaines notions en particulier : la prise en charge en cas de situations plus complexes et plus rares, notamment devant la pérennisation de mauvaises habitudes, les troubles de l'attachement, la place du père, mais aussi chez l'enfant plus âgé. Certains seraient intéressés par un approfondissement sur la prise en charge centrée parents et la notion d'éducation parentale, notamment sur « la forme » en termes de communication, comment aborder le sujet avec les parents. D'autres médecins ont suggéré la création de groupes de pairs afin d'échanger plus à distance sur des situations rencontrées ayant posé problème, idéalement avec l'intervention d'un expert à nouveau pour apporter des éléments de réponse. Enfin, l'idée a été évoquée de créer des ateliers ou d'impliquer les sage-femmes du cabinet pour la création de consultations dédiées ayant pour but l'accompagnement et l'éducation parentale.

« petit rappel et puis sûrement on pourrait approfondir sur des problématiques plus rares où on est en échec aussi. » (médecin C)

« Le sujet est tellement important qu'il faudrait consacrer quasiment des ateliers [...] alors peut-être avec les sage-femmes aussi » (médecin I)

VI.2.5. Éléments de résultats inattendus

1/ Confirmation des entretiens : le focus group avait pour objectif d'évaluer l'impact de la formation sur les pratiques des médecins. Mais au-delà de ça, il a aussi été l'occasion de confirmer certaines données des entretiens à la lumière de la formation reçue. Les médecins ont ainsi pu réaffirmer qu'ils utilisaient surtout des données issues de leur expérience personnelle pas toujours validées sur le plan scientifique, et ce par manque de formation théorique et pratique codifiée au cours de leurs études.

« Dans ma génération à la fac on n'a pas été hyper bien formé là-dessus [...] on est carencé sur le sommeil » (médecin I)

« On n'a jamais abordé ce sujet concrètement en cours ou dans les manuels du coup les réponses sont surtout des expériences personnelles ou partagées avec les confrères » (médecin J)

« on avait des notions, mais pas forcément de choses très validées » (médecin F)

Et que par conséquent leur prise en charge des troubles du sommeil manquait de formalisme et laissait place à une part d'improvisation voire de non intervention.

« Je faisais un peu à ma sauce » (médecin D)

« Des fois on bricolait un peu les conseils » (médecin C)

« Jusqu'à présent je faisais un peu (rires) à ma façon, on va dire, avec mon expérience » (médecin E)

« Si c'est entre deux bah on avait tendance à botter en touche et on les revoit une fois par mois bon en se disant... (rires) [...] ça va passer au coup d'après » (médecin C)

De plus, les médecins ont confirmé l'aspect particulier de ce sujet qui fait écho à leur vie personnelle mais qui est aussi un sujet universel et central.

« C'est vraiment un sujet qui fait écho [...] à des choses qu'on vit [...] qui nous touche aussi, pas que sur le plan professionnel » (médecin I)

« C'est un sujet presque inépuisable [...] c'est un sujet qui nous concerne tous » (médecin I)

2/ Prise de conscience : la formation leur a permis de prendre conscience de certaines choses qu'ils n'auraient pas forcément notées sans elle. En effet, les participants ont pu à la lumière de la formation reçue, revenir sur ce qui a été déclaré au cours des entretiens individuels en nuancant leurs propos grâce aux nouvelles connaissances acquises. On l'a déjà vu, ils ont pu remarquer avoir acquis des informations nouvelles et inédites, au-delà de leurs attentes initiales et qu'ils ne pouvaient pas anticiper puisque par définition il leur était impossible de connaître des éléments dont ils ne soupçonnaient pas l'existence.

« découvrir plein de choses et d'y trouver un intérêt que je n'avais pas forcément soupçonné au départ » (médecin H)

« C'est un sujet très très riche et plus riche que je ne pensais en fait » (médecin I)

Ils ont également pris conscience que le dépistage qu'ils faisaient des troubles n'était peut-être pas optimal en raison d'un interrogatoire perfectible (pas toujours systématique et/ou détaillé, souvent pas assez précis, voire un interrogatoire parfois orienté selon certaines difficultés), auquel s'ajoute une plainte rapportée par les parents pas toujours fidèle à la réalité des faits. Et que par conséquent, s'ils n'étaient pas souvent confrontés au problème ce n'était pas toujours parce qu'il n'y en avait pas, mais aussi parce que sa mise en évidence n'était pas toujours facile.

« ça ne me posait pas de problème, je devais pas l'approfondir comme il fallait [...] je restais plus dans le vague » (médecin H)

« Avant je restais très vaste très voilà comment il dort en gros mais je ne rentrais pas dans le détail » (médecin A)

« C'est vrai qu'on ne le fait pas suffisamment en consultation » (médecin I)

Enfin, ils ont réalisé grâce aux outils apportés par la formation, qu'ils pouvaient tenir un rôle de référence auprès des familles en leur proposant des conseils et techniques adaptés et un accompagnement personnalisé. Et qu'ils pouvaient donc en tant que médecin traitant faire bien plus dans la prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson en premier recours qu'ils ne pouvaient le penser auparavant.

3/ Réflexion autour de la place du médecin traitant : enfin, au cours des échanges du focus group a émergé une réflexion non anticipée autour de la place du médecin traitant dans la question de la prise en charge de ces troubles. Ils ont d'un côté souligné la position précieuse du médecin traitant en tant que médecin de famille, ayant établi une relation médecin patient nécessaire à l'alliance thérapeutique et la confiance que demandent l'accompagnement parental et la mise en place des techniques comportementales. Ils se sentent notamment plus légitimes après la formation dans ce rôle qu'ils n'estimaient pas forcément être toujours le leur auparavant. Désormais mieux outillés il se sentent en mesure d'être plus directifs et d'avoir plus d'assurance dans ce rôle de référence.

« si nous on est convaincus que ça va marcher [...] je pense que ça aide aussi les parents [...] à ce que l'enfant s'endorme parce que les parents sont convaincus » (médecin B)

« ça modifie la relation médecin-patient puisque du coup on a l'assurance de ce qu'on dit »
(médecin C)

En revanche, certains médecins craignent dans cette position de se montrer trop paternaliste et intrusif dans un sujet qui touche à la subjectivité de chacun et aux valeurs culturelles notamment. Ils se demandent si leur intervention systématique sur le sujet ne peut pas être vécue par les parents comme un jugement ou une remise en cause de leur compétence parentale, et ainsi briser un lien nécessaire à la prise en charge. Et cela en particulier avec les parents qui n'ont pas remarqué qu'il puisse y avoir un problème avec le sommeil de leur enfant ou qui ne souhaitent pas de changement particulier (exemple du partage de lit parental, des conditionnements anormaux à l'endormissement, etc.). La question se pose alors de savoir s'il relève bien du rôle du médecin traitant de « s'immiscer » dans cet aspect de la vie intime des personnes qui est loin d'être seulement d'ordre médical (éducation, attachement, valeurs culturelles et/ou religieuses, etc.).

« je suis pas sûre que ça soit pour eux quelque chose de très médical souvent » (médecin F)

« on peut se sentir jugés [les patients] » (médecin F)

« c'est l'incompréhension parfois des parents » (médecin I)

« si les gens ça leur convient et... à vouloir intervenir et bah on peut [...] perdre un peu la confiance » (médecin B)

Les médecins nuancent également leur capacité d'intervention par les limites déjà rapportées à savoir le manque de temps en consultation, et la limite d'applicabilité en pratique de certains conseils.

« ils sont assez démunis je trouve les parents, ils sont assez passifs » (médecin I)

« Je me dis que notre lieu de consultation n'est peut-être pas l'idéal même si le médecin traitant a quand même un impact tu vois dans ce qu'il dit » (médecin I)

La proposition qui est ressortie du débat entre les médecins est de trouver un équilibre, un « entre deux » où le médecin « dosera » son intervention en s'adaptant à chaque famille. Un peu comme pour la prise en charge du sevrage en addictologie, il pourra explorer la situation, interroger les motivations et donner un conseil minimal tout en proposant son aide et sa disponibilité pour l'accompagnement en cas de demande de la part des familles. Mais entre-temps, il aura rempli son rôle de dépistage, de prévention et d'information et aura veillé à proposer la meilleure prise en charge pour le bien-être de l'enfant (et de ses parents).

« Il faut vraiment qu'il y ait une demande de la famille qui pense qu'il y a un problème »
(médecin A)

VII. DISCUSSION

VII.1. Implication majeure de l'étude

1/ Conclusion générale des résultats :

Notre étude a mis en évidence que les médecins sont régulièrement confrontés à la question des troubles du sommeil chez le nourrisson, et se retrouvent parfois en difficulté pour y répondre de manière adaptée par manque de connaissances et de formation. Ils basent en conséquence leurs conseils essentiellement sur leur expérience personnelle, conduisant à une grande hétérogénéité des pratiques.

Nous avons montré qu'une formation pratique concise basée sur un étayage scientifique et applicable rapidement et de façon adaptée à la médecine générale a un impact positif sur l'amélioration des pratiques. Elle est appréciée par les médecins qui se sentent plus à l'aise et plus légitimes dans le traitement de la question, avec une prise de conscience d'un champ d'action accessible au médecin traitant en premier recours bien plus vaste qu'imaginé. Elle a également conduit à une modification des pratiques en permettant un meilleur dépistage, plus fréquent et plus précoce des troubles ainsi qu'une prise en charge plus interventionnelle, plus précoce et plus complète avec la mise en œuvre de techniques et conseils pratiques et d'un accompagnement parental personnalisé.

2/ Concordance avec les données de la littérature :

Les données d'évaluation des entretiens de notre étude, enrichies des retours du focus group à la lumière de la formation reçue, concordent avec des éléments de la littérature issus de travaux de thèse. En effet, dans sa thèse sur le sommeil partagé en 2016 Anne Moinier mettait déjà en évidence un manque de connaissances des médecins influençant probablement leur interrogatoire puisqu'ils ne posaient pas souvent la question et donnaient rarement des conseils. Elle a montré également l'intérêt potentiel d'une formation dans l'amélioration des pratiques puisque dans sa thèse, 43% des médecins ayant reçu une formation complémentaire donnaient des conseils contre seulement 16% des médecins non formés. (9) On retrouve aussi dans la thèse de Diane Weick sur les connaissances et pratiques des professionnels de santé concernant le sommeil de l'enfant et ses troubles, la notion de manque de formation évaluée de manière objective par questionnaire et subjective avec 85% des médecins interrogés se disant mal formés, et une utilisation importante des connaissances issues de l'expérience personnelle. Elle a montré comme dans notre étude, que les médecins semblent bien connaître la physiologie de

manière globale mais ont de vraies lacunes dans la mise en pratique, la prise en charge concrète et l'accompagnement des familles. (5) Enfin, dans la thèse sur les connaissances, perception et prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois à 6 ans par les médecins généralistes en 2018 de Cloé Dubois, on retrouve également la notion de sous-estimation par certains médecins de la prévalence des troubles du sommeil, estimés comme peu fréquents et bénins, avec un dépistage insuffisant et une demande de solution immédiate par les parents quand les problèmes finissaient par resurgir en consultation. (8)

3/ Hypothèses explicatives des résultats retrouvés :

Arrêtons-nous quelques instants sur un certain nombre de données de notre étude qui semblent contradictoires mais qui en réalité peuvent trouver leur explication dans certaines hypothèses.

En effet au cours des entretiens, des médecins ont pu évoquer qu'ils trouvaient les troubles du sommeil peu fréquents tout en pouvant être à la fois très problématiques dans le sens de l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'enfant et ses parents. Ceci peut s'expliquer par un problème de mise en évidence de ces troubles ayant une double origine. A la fois de la part du médecin dont l'interrogatoire non systématique, pas toujours assez précis ou détaillé, en partie par manque de temps au cours de la consultation mais aussi par manque de formation et de connaissances, n'est pas le plus optimal pour le dépistage. Et de la part des parents qui ne s'en plaignent pas toujours, cherchant d'autres solutions par eux-mêmes ou n'osant pas l'aborder en consultation médicale, ou qui ne considèrent pas certains troubles comme problématiques jusqu'à ce ceux-ci se chronicisent et prennent alors une place insupportable dans la vie de la famille (conséquences sur l'enfant, épuisement parental). Ainsi cette double évaluation subjective de la situation a toutes les chances d'être biaisée et, alors que le caractère problématique des troubles du sommeil chez certaines familles n'est plus à prouver, on peut se demander si ces troubles sont réellement si peu fréquents ou si au contraire ils sont en fait sous-diagnostiqués, comme semble le suggérer notre étude. Nous avons en parallèle montré que proposer une formation adaptée aux médecins généralistes permet d'intervenir sur tous les aspects précités concernant le médecin en les aidant à optimiser leur dépistage et à se sentir plus en confiance pour cela car ils sont désormais outillés pour pouvoir proposer ensuite une prise en charge.

« je pense que je ne vais pas orienter l'interrogatoire vers ce qui peut me mettre en difficulté, je pense que c'est pour ça aussi que je n'ai pas été beaucoup confrontée »
(entretien médecin 9)

D'autres médecins semblent penser au contraire que la question des troubles du sommeil du nourrisson paraît secondaire en consultation (dans le sens de peu problématique notamment pour les parents) tout en pouvant par ailleurs être fréquente. Ce paradoxe peut quant à lui s'expliquer par le caractère dense et chargé de la consultation de suivi du nourrisson. Encore une fois, il s'agit de la perception subjective du médecin à qui les parents ne viennent pas se plaindre d'éventuels troubles du sommeil de leur enfant pour les raisons vues précédemment. Ainsi, le médecin va se concentrer sur d'autres sujets à aborder au cours de la consultation dans un temps limité (en particulier en cas de pathologie aigue surajoutée), sujets parfois plus prioritaires que la question du sommeil qui est rarement grave ou urgente. Et ce d'autant que même en l'absence de connaissances détaillées sur le sujet, les médecins ont pu exprimer réussir à « se débrouiller », utilisant le temps et leur expérience personnelle pour gérer les situations plus ou moins confortablement.

« c'est pas tant que ça un sujet primordial pour les parents » (entretien médecin 1)

« la limite c'est nos consultations qui sont trop courtes [...] il y a trop de choses à aborder [...] l'histoire du sommeil je trouve c'est un peu sacrifié dans la consult »
(focus group, médecin I)

Enfin, au vu des débats riches entre médecins sur la place du médecin traitant dans la prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson, il semble intéressant de proposer quelques éléments de réponse. La formation a eu comme effet inattendu une remise en question des médecins qui se sont interrogés sur leurs pratiques et ont entamé une réflexion très intéressante autour de leur position en tant que médecin traitant. Cette réflexion est venue enrichir la modification de leurs pratiques mise en œuvre après la formation, en renforçant la légitimité du rôle du médecin de famille dans le dépistage, la prévention et l'accompagnement des familles. En effet, le médecin traitant semble bien avoir toute sa place dans la prise en charge de cette question car, bien qu'elle ne soit pas que d'ordre médical, le sommeil entretient tout de même des liens étroits avec le développement de l'enfant et sa santé. Le médecin a ainsi un rôle primordial dans l'élimination de la pathologie somatique et le dépistage des troubles neurodéveloppementaux. Mais pas seulement : par sa place privilégiée de médecin de famille, il connaît et suit en général les parents et la fratrie, étant bien au fait des conditions environnementales et affectives dans lesquelles le nourrisson évolue. Il a noué une relation de confiance unique avec les parents et reste le professionnel de premier recours faisant office de référence. Sa légitimité à interroger les familles sur le sujet ne doit donc pas être remise en question.

En revanche, il est évident qu'au-delà des grands principes et théories, il est nécessaire de faire preuve de souplesse, d'adaptabilité et de pragmatisme dans certaines situations. Puisqu'il n'y a pas de vraie norme, pas de « mode d'emploi » et que chaque enfant et chaque famille sont différents, sans oublier que les vérités d'aujourd'hui peuvent encore être amenées à évoluer et les recommandations à changer, le médecin devra faire preuve d'humilité et de bienveillance. Il n'est donc pas toujours facile pour le médecin de faire figure de « référence » compétente pour les familles face à cette part inévitable d'incertitude et donc de modestie à avoir. Il semble par conséquent approprié de conseiller aux médecins de se former afin de pouvoir se baser avec plus d'assurance sur de grands repères clairs et des techniques codifiées quand cela est possible, et dans les situations moins standardisées de s'adapter à chaque famille avec bon sens et pragmatisme. On gardera toujours en tête l'objectif préventif du médecin qui est de s'assurer de la bonne santé de l'enfant, de repérer d'éventuels troubles sous-jacents et de donner aux parents les outils et les accompagner s'ils le souhaitent pour l'acquisition de l'autonomie de leur enfant, le tout dans une démarche de soutien à la parentalité afin que chacun retrouve un peu de sérénité.

VII.2. Apports et forces de l'étude

On l'a vu dans la littérature plusieurs études et thèses se sont attachées à évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la question du sommeil de l'enfant. Elles ne sont pas nombreuses mais surtout aucune d'entre elles n'a proposé une intervention par la tenue d'une formation et son évaluation. En cela, notre étude offre une **démarche inédite**.

Ainsi, notre étude peut également se féliciter d'avoir construit de A à Z et **proposé une formation, a priori de qualité et complète** d'après l'évaluation même des médecins formés. Comme nous l'avons détaillé plus tôt, la formation délivrée a non seulement répondu à la plupart des attentes des médecins mais est même **allée au-delà** en leur faisant découvrir des éléments supplémentaires et inconnus.

De plus, la construction de l'étude **en trois étapes successives** : entretiens semi-dirigés, formation puis focus group, a permis une grande richesse d'analyse notamment par comparaison et correction des propos des médecins après l'éclairage apporté par la formation.

Le focus group est venu en confirmation de certaines données des entretiens et en précisions et nuances d'autres éléments. Cela en a fait **un choix de méthodologie particulièrement adapté et pertinent** pour l'évaluation la plus fiable possible des pratiques et difficultés (et donc des besoins et attentes) des médecins et de l'impact de la formation. Cela a permis in fine de **remplir les objectifs principaux de l'étude en répondant aux problématiques** initialement posées.

Toujours d'un point de vue méthodologique, le choix de méthodes d'expression libre semi-dirigée et dans un deuxième temps d'une analyse sans liste de codes pré établie, a conduit à un enrichissement progressif par ajout de nouveaux codes non attendus au regard des thématiques prédéfinies, et ce autant pour les entretiens que pour le focus group. Ainsi, notre étude a pu aller **au-delà des problématiques de départ** en particulier grâce au focus group par son effet miroir des entretiens à la lumière de la formation, mettant en évidence de **nouvelles hypothèses de travail non anticipées** et ayant initié une passionnante réflexion des médecins autour de leur place dans la prise en charge. Là aussi, le choix de l'organisation en trois parties a été très efficace pour faire surgir des liens fonctionnels et des hypothèses explicatives.

Au-delà de l'intérêt universitaire de ce travail, il a rempli également un **objectif secondaire utile** car il a permis de former des médecins, de leur apporter un outil concret et efficace qui a conduit à une amélioration des pratiques et apporté un confort et une meilleure maîtrise aux médecins formés. Ainsi, cette thèse a pu (et pourra encore à l'avenir) avoir une **application concrète** par l'émergence de pistes d'amélioration de la prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson et plus spécifiquement la proposition d'une formation dédiée et d'un livret en annexe permettant de mieux outiller les médecins généralistes.

VII.3. Limites de l'étude

1/ Population et représentativité :

Cette étude s'est intéressée à un échantillon de 10 médecins soit un **petit effectif**, mais qui s'est avéré suffisant pour arriver à saturation des données pour les entretiens semi-dirigés. En ce qui concerne le focus group il est en général recommandé un effectif de plus de 6 participants pour assurer des données suffisantes et le dynamisme du débat, et inférieur à 12 pour permettre à chacun de s'exprimer. Donc dans notre thèse, même en considérant les deux médecins absents au moment du focus group en termes de sur recrutement, cela laisse encore 8 médecins présents ce qui est un nombre adéquat. En revanche, il aurait été intéressant de pouvoir organiser **plusieurs focus groups** de ce type afin d'augmenter la richesse des données, mais cela n'était pas réalisable en pratique dans notre étude.

De même, les médecins ont été recrutés au sein **d'une seule et même MSP** et donc sur un seul territoire. L'inclusion de plusieurs cabinets différents aurait pu être pertinente pour augmenter la **représentativité** et l'extrapolation possible des résultats.

Du mode de recrutement on peut envisager un éventuel **biais de sélection**. En effet, le choix ayant été bien sûr laissé aux médecins de participer ou non à l'étude, on peut imaginer que les médecins volontaires inclus sont probablement plus volontaires et intéressés par le sujet qu'en population générale. Cependant, on a pu constater au cours des entretiens que ce n'était pas forcément le cas, puisque certains médecins ont pu exprimer ne pas considérer (avant la formation) le sujet des troubles du sommeil du nourrisson comme problématique pour eux, voire comme peu fréquent en consultation ou secondaire/non prioritaire. Bien sûr cet avis, comme on l'a expliqué plus tôt, a été par la suite grandement nuancé au regard de la formation reçue, apportant une donnée supplémentaire très intéressante. De plus, l'échantillon des dix médecins inclus comprend en réalité la quasi-totalité de l'effectif de médecins généralistes de la MSP ce qui limite le biais de sélection puisqu'en fin de compte il n'y a pas vraiment eu de tri effectué avant inclusion.

Par ailleurs, 9 sur les 10 médecins inclus avaient des enfants, ne laissant qu'un seul **médecin non parent**. Il aurait pu être intéressant d'avoir davantage de médecins sans enfants dans l'étude pour plusieurs raisons : permettre une comparaison entre médecins avec et sans enfant mais ce n'était pas l'objet de notre étude, permettre surtout une évaluation peut-être plus

objective de l'apport de la formation au cours des études dans les pratiques quotidiennes par rapport à l'expérience personnelle qui peut constituer un facteur de confusion dans l'évaluation de la formation des médecins. Et en même temps, cette influence de la sphère personnelle était importante à prendre en compte car elle existe dans la vraie vie, et surtout en médecine générale qui est une discipline à la fois scientifique mais aussi infiniment humaine, que certains appellent un « art », où l'expérience personnelle du médecin et sa personnalité influencent sa pratique. Ce qui renforce encore l'intérêt d'une formation qui a pour but de limiter cette part de subjectivité afin d'homogénéiser les pratiques.

Malgré tous ces critères, on constate finalement dans la description des caractéristiques des médecins inclus une bonne diversité des profils avec presque autant d'hommes que de femmes, des âges différents, des profils de parents avec des enfants d'âges variés et une patientèle pédiatrique variable. Cette population étudiée semble donc globalement assez représentative de la population de médecins généralistes français, même s'il est difficile de pouvoir conclure à une **extrapolabilité** des résultats à plus grande échelle.

2/ En lien avec la méthode choisie :

Le choix de mener une **étude qualitative** et non quantitative s'imposait au vu des objectifs de l'étude, même si cela impliquait un **plus faible niveau de preuve**.

La méthode **d'entretiens semi-dirigés** présente certaines limites propres. Elle ne permet par exemple **pas d'analyse statistique** et donc **pas de comparaison**. De plus, elle présente un risque de **biais de mesure** trouvant son origine dans plusieurs facteurs :

- la **formulation des questions** ouvertes, peut-être parfois un peu trop larges ou imprécises. Mais cela a été limité par la possibilité de relances et de reformulations afin de faire préciser les réponses. Ce facteur aurait pu être encore réduit par la réalisation d'une étude pilote pour pré test du questionnaire sur une autre population test, mais ce n'était malheureusement pas faisable en pratique pour notre étude en raison de difficultés de recrutement.

- les réponses apportées par les médecins se basaient sur une **auto-évaluation subjective et déclarative** de leurs propres connaissances/compétences qui peut donc présenter

un biais. Cependant, notre étude s'intéressant principalement au ressenti des médecins vis-à-vis de cette question, cela restait pertinent pour répondre à notre objectif.

- de même il semble difficile de se rendre compte de lacunes potentielles quand on est peu confronté au sujet et/ou qu'on ne connaît pas réellement l'étendue de ce que l'on ne sait pas. C'est là que l'organisation en trois parties prend toute son importance en venant permettre aux médecins au cours du focus group de réellement prendre conscience des difficultés rencontrées et de leurs besoins, à la lumière de la formation reçue.

- un **biais de mémorisation** peut exister lorsque les questions se basent sur le souvenir de la formation, de l'expérience ou des pratiques des médecins. Cependant, cette évaluation subjective au regard de leur mémoire était en réalité la plus pertinente pour répondre à la question de notre étude qui s'attachait non pas à savoir parfaitement la formation reçue par les médecins, mais plutôt à évaluer ce qu'il en restait et leur propre ressenti vis-à-vis de l'apport de cette formation en pratique à l'heure actuelle.

- les entretiens n'ayant pas tous eu lieu le même jour, on pourrait envisager une **influence des réponses** des médecins qui avaient la possibilité de parler entre eux. Mais au-delà du rappel des consignes de ne pas se renseigner au préalable sur le sujet (d'autant qu'il n'avait pas été donné aux médecins en détails au début de l'étude) et de ne pas en discuter entre eux, la plupart des entretiens ont eu lieu le même jour, ce qui limite ce biais.

- un **biais d'évaluation** pourrait aussi provenir du fait que la chercheuse est aussi l'investigatrice (moi-même) à l'origine des questions et qui les a posées aux médecins (**absence d'aveugle**), au risque d'avoir une influence sur les réponses en les orientant selon la formulation des questions et relances ou les expressions non verbales. Cependant, pour limiter cela le questionnaire a été établi en amont et standardisé. De plus, pour augmenter la reproductibilité, les questions ont été posées par un seul investigateur et globalement de la même manière pour chaque médecin, avec le plus de neutralité possible. Et à l'inverse, les relances étaient nécessaires pour s'assurer de bien obtenir la réponse à la question posée afin d'arriver à saturation des données, mais aussi et surtout d'avoir les réponses les plus précises et fiables possibles grâce aux reformulations et clarifications demandées ayant pour but d'éviter une interprétation biaisée des réponses par l'investigateur.

- enfin, le fait pour l'investigateur de connaître les médecins interrogés, ayant été stagiaire auparavant dans la MSP, en sus de la demande d'une auto-évaluation par les médecins de leurs connaissances/compétences, a pu conduire à un écart par rapport à la réalité en lien

avec un **biais de désirabilité sociale**. Cependant, on a pu constater que les médecins ont globalement bien joué le jeu en étant le plus honnêtes possible, surtout au cours du focus group où ils ont pu nuancer leurs propos initiaux au regard de la formation reçue.

De même, la méthode choisie du **focus group** possède ses propres limites :

- l'animateur du focus group connaissait bien les participants, étant médecin lui-même dans la même MSP, ayant pu **influencer les réponses**. Cependant, cette influence semble avoir plutôt été positive en pratique car elle lui a permis d'impliquer efficacement tous les médecins en les poussant à tous intervenir. De plus, cet effet a été limité par la création du questionnaire pré établi, suivi par le modérateur ayant formulé ses questions et ses relances de manière neutre, sans jamais exprimer une opinion personnelle que ce soit de manière verbale ou non verbale.

- un **biais de crainte de jugement** peut naître de l'expression des médecins devant leurs pairs y compris le modérateur, surtout lorsque l'on évoque la question des difficultés et connaissances de chacun. Cependant, il semblerait que le fait de tous se connaître et d'avoir déjà pu expérimenter l'exercice du focus group auparavant à plusieurs reprises, a plutôt été un avantage car chaque médecin a semblé libre et à l'aise d'exprimer ses propres limites avec honnêteté dans un cadre bienveillant, avec à l'inverse une excellente dynamique ayant permis des relances et l'émergence de données inattendues. Cela s'est avéré très enrichissant pour notre étude. De plus, ce biais de crainte de jugement avait déjà été minoré par la tenue d'entretiens en tête à tête au préalable.

- enfin lors d'un focus group, la libre expression de chacun peut parfois être entravée par la présence de relations conflictuelles ou d'un « leader » d'expression. Dans notre étude, si certains médecins se sont exprimés plus que d'autres, il n'a pas été constaté **d'entrave à la parole**, chacun ayant pu s'exprimer sans que la parole ne soit coupée, avec parfois des divergences d'opinions mais qui loin d'être bloquantes ont au contraire été constructives et ont nourri le débat. Les règles rappelées au départ ont ainsi été bien respectées et le modérateur a veillé à la bonne distribution de la parole.

Par conséquent, on constate finalement que **chacun des biais possibles induit par la méthode choisie semble être contre balancé et en partie corrigé par l'autre phase de l'étude** et ce grâce à la structure en trois étapes : entretiens semi-dirigés puis formation puis focus group.

3/ Autres biais et limites potentiels :

Par ailleurs, la **variabilité** du mode de recueil des données au cours des entretiens, pour la plupart des médecins en présentiel mais aussi pour certains en visio, peut amener à un biais de mesure par **manque de reproductibilité**. Ce choix a répondu à un impératif organisationnel de disponibilité de chaque médecin, surtout en contexte COVID, et a été limité par la standardisation en amont des questions et de leur formulation.

De même, deux médecins absents du focus group ont été interrogés via une **méthode différente**, l'un par entretien semi dirigé en visio et l'autre par questionnaire écrit. Le choix a été fait d'inclure les résultats issus de leurs réponses à l'analyse afin d'augmenter le volume et donc la précision et la richesse des données, d'autant que bien que la méthode soit différente elle demeure sur une base qualitative déclarative. De plus, l'imprécision méthodologique que cela peut supposer a été limitée par l'utilisation du même guide d'entretien pré établi pour tous. Ainsi, le risque nous a semblé plus important d'exclure leurs témoignages en termes de richesse des données que de les inclure avec un risque mineur concernant leur validité.

La précision et la richesse des résultats du focus group ont été limitées par un **délai un peu trop court** laissé entre la formation et le retour. Une évaluation plus à distance aurait peut-être donné des résultats un peu différents et/ou plus précis.

Enfin l'analyse n'a pas été faite par **double codage**, car par l'investigateur seul, ce qui en aurait augmenté la validité, mais n'était pas réalisable en pratique malheureusement. Cependant, la construction de l'analyse avec trois niveaux de codage successifs a permis de la rendre la plus fine possible et finalement très riche en identifiant des liens thématiques et fonctionnels grâce au codage matriciel.

VIII. CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence que la formation des médecins et leur prise en charge des troubles du sommeil du nourrisson sont perfectibles. La solution amenée dans cette thèse, à savoir la mise en place d'une formation dédiée sur le sujet à destination des médecins généralistes, semble efficace. Cependant, au-delà de la formation que nous avons proposée, comment pourrions-nous envisager d'approfondir le thème en vue d'améliorer les pratiques ?

1/ Améliorer la formation des médecins :

Cette thèse a montré le bénéfice à améliorer la formation des médecins sur le sommeil du nourrisson et la prise en charge de ses troubles. Mais une intervention par un expert se déplaçant au sein des cabinets n'est pas toujours possible. De quelles façons pourrions-nous alors améliorer cette formation ?

Bien sûr, c'est l'objectif de cette thèse qui présente des ressources documentaires utiles et fiables et propose un livret de formation spécifique.

La possibilité d'inclure une formation dédiée pendant les études de médecine semble aussi être un bon moyen de toucher le plus grand nombre et de donner les bonnes bases au plus tôt. C'est l'objectif de la PMI de Nantes qui réfléchit à la mise en place de cours sur les thèmes de la puériculture pour tous les internes de médecine générale. On pourrait donc envisager une généralisation nationale de ce dispositif, incluant dans le programme davantage les notions de puériculture au cours de l'externat ou peut-être plus efficacement au sein du stage de pédiatrie pendant l'internat.

Après la fin des études, comment permettre aux médecins de se former sur la question ? Qu'en est-il des programmes de DPC actuels ? En réalité, de nombreuses formations proposées par de multiples organismes existent sur la question du sommeil. Cependant, au-delà de la difficulté à les trouver parmi le florilège de programmes disponibles aux médecins généralistes, ces formations sont loin d'être parfaites au regard des attentes formulées par les médecins interrogés dans cette thèse : trop loin, payantes, trop longues, trop théoriques, s'intéressant surtout à la pathologie, etc. elles ne répondent pas toujours de manière optimale aux besoins des médecins dans leur quotidien. Ainsi, on constate qu'une formation plus proche de celle que

nous avons proposée à savoir concise, pratique, efficace en termes de messages clés et adaptée à la pratique de la médecine générale, reste encore à créer. En attendant, nous proposons modestement le livret de formation complété des données de la partie I de cette thèse comme support pour aider les professionnels au quotidien.

2/ Développer une consultation spécifique :

On l'a vu, la mise en application de toutes les données de la formation se heurte à un écueil pratique qui est la durée et la densité de la consultation de suivi du nourrisson. Pourtant la question du sommeil est centrale et ses conséquences sur le développement de l'enfant ne sont plus à prouver. De plus on sait d'une prise en charge précoce est le plus souvent efficace comme a pu le montrer l'étude de Adair et Zuckerman dans Pediatrics, où une intervention de prévention autour du sommeil auprès des parents à 4 mois vs. pas d'intervention avec contrôle à 9 mois, a pu mettre en évidence une réduction de 36% des réveils nocturnes et à l'inverse deux fois plus de réveils fréquents dans le groupe contrôle. (64) Ainsi, on pourrait discuter de la pertinence de la création d'une consultation dédiée plus longue et mieux rémunérée pour les médecins que ne le sont actuellement les consultations de suivi du nourrisson. Une double consultation de 30 min revalorisée semblerait utile afin d'aborder l'ensemble des notions entourant le nourrisson, car il n'y a pas que le sommeil qui gagnerait à être davantage développé avec les parents.

Un peu sur le modèle des consultations en PMI, le partenariat avec des puéricultrices pourrait être particulièrement enrichissant pour permettre un point puériculture exhaustif en première partie puis un point plus médical et/ou reprenant les difficultés relevées en deuxième partie avec le médecin.

En attendant de pouvoir remédier à cette limite, il peut être dans certains cas utile de conseiller aux parents soit de revenir pour une consultation dédiée soit de compléter la prise en charge du médecin par les conseils de la puéricultrice de PMI en permanence.

3/ Creuser le sujet grâce à d'autres idées de thèses :

Enfin, bien que déjà très vaste et riche, notre thèse n'a fait que toucher du doigt certaines autres thématiques qu'il pourrait être passionnant d'investiguer de manière spécifique au travers d'autres travaux de thèses.

On pourrait ainsi envisager d'évaluer de manière plus objective les connaissances des médecins à l'aide d'un questionnaire, en particulier avant puis après la formation dans l'objectif d'une thèse interventionnelle quantitative permettant une comparaison et une quantification de l'efficacité de la formation. Dans ce cas, il faudrait prévoir une étude à plus grande échelle pour diminuer la fluctuation d'échantillonnage et augmenter la puissance, importante dans une étude quantitative, et donc améliorer la précision du résultat (cela pourrait peut-être plus facilement s'envisager sur une population d'internes). On choisirait aussi un investigateur et un animateur externes afin de diminuer les biais pour garantir la validité des données. De même, pour une évaluation plus objective des pratiques, la mise en œuvre d'une étude de pratiques par observation de consultations pourrait s'imaginer, cependant elle nécessiterait probablement un temps très long au vu de la prévalence des troubles (de plus pas toujours déclarés et/ou mis en évidence) en consultation de médecine générale au quotidien.

A partir de notre étude d'autres thèmes pourraient se voir approfondis. Une étude pourrait s'intéresser non pas aux médecins mais aux parents en recueillant par exemple leur avis quant à l'impact de la formation même si cela semble compliqué en pratique, ou bien évaluer les raisons pour lesquelles ils ne semblent pas consulter plus tôt leur médecin et les freins qu'ils peuvent présenter au changement. Notre travail a aussi initié une réflexion des médecins autour de leur position dans la prise en charge de la question, réflexion qui pourrait être poursuivie dans une thèse s'intéressant spécifiquement au point de vue des médecins sur la question, mais aussi pourquoi pas à celui des patients. Enfin, un travail sur le sujet de la place du père dans les troubles du sommeil pourrait être passionnant à mener auprès des parents.

Au total, par son aspect central, universel et à résonance personnelle, le sommeil du nourrisson est un sujet vaste, quasi inépuisable, et qui peut s'envisager sous de multiples aspects très différents en médecine générale. C'est en explorant un de ces aspects (la formation) que cette thèse se propose d'aider les médecins dans leur démarche de soutien à la parentalité. Explorer les autres points d'entrée de ce thème pourrait s'avérer passionnant et très utile afin de poursuivre cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE

1. VIDAL Recos. Recommandations Insomnie de l'enfant [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insomnie-de-l-enfant-3686.html>
2. Challamel MJ. Le sommeil du tout-petit - une lecture pratique et scientifique. Philippe Duval; 2020. 139 p.
3. Département de Loire Atlantique. Le sommeil de l'enfant - Rencontre avec Dr Laurène Leclair-Visonneau, neurologue au Centre du sommeil du CHU de Nantes [Internet]. (Questions de parents). Disponible sur: <https://parents.loire-atlantique.fr/dossiers/le-sommeil-de-l-enfant/#rencontre-avec-la-do>
4. Réseau Morphée. Sommeil normal du bébé: de la naissance à 3 ans [Internet]. Le sommeil de l'enfant. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/bebe/sommeil-du-bebe/>
5. Weick D. Le sommeil de l'enfant et ses troubles: connaissances et pratiques des professionnels de santé: enquête auprès des médecins généralistes de Savoie [Thèse d'exercice de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Grenoble; 2008.
6. Mathieu S. Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant: de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne [Thèse d'exercice de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Nancy; 2003.
7. L'Assurance Maladie. Mon enfant dort mal: comment réagir ? [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/troubles-sommeil-enfant/que-faire-enfant-dort-mal>
8. Dubois C. Connaissances, perception et prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de 3 mois à 6 ans par des médecins généralistes de l'Hérault: étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés [Thèse d'exercice de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2018.
9. Moinier A. Le sommeil partagé, enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice de Docteur en Médecine]. Université de Bordeaux; 2016.
10. Salinier C, De Leersnyder H. Le sommeil 0-3 ans [Internet]. mpedia, AFPA; 2018. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/outil-livre-sommeil-enfants-0-3-ans/?lo=51384>
11. Réseau Morphée. Brochure: Le sommeil du bébé de 0 à 1 an [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2021/11/Le-sommeil-du-bebe-reseau-morphee.pdf>
12. L'Assurance Maladie. Sommeil de l'enfant: une évolution par étapes [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/troubles-sommeil-enfant/sommeil-enfant-evolution-etapes>
13. Fatima, Doï, Mamun. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-ajusted meta-analysis. *Obes Rev.* 2015;16(2):137-49.
14. Spiegel K, Tasali E, Leproult R. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nat Rev Endocrinol.* 2009;(5):253-61.

15. Conseils aux parents par les spécialistes de l'enfant [Internet]. mpedia.fr. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/>
16. Fortier J. Naître et grandir, site web et magazine [Internet]. Naître et Grandir. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/>
17. Delormas F, Challamel MJ. Le sommeil du nourrisson [Internet]. ADESSI, éditeur. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/sommaire.php>
18. Bursaux S, Lefief-Delcourt A. Quand va-t-il (enfin) faire ses nuits ? Le sommeil de votre enfant de 0 à 3 ans en 100 questions-réponses. Leduc.s Editions; 2016. 205 p.
19. Mindell J, Li A, Sadeh, Kwon. Bedtimes routines for young children: A dose dependent association with sleep outcomes. *Sleep*. 2015;38(5):717-22.
20. Skula A. Bonne nuit, bébé - comment établir de bonnes habitudes de sommeil pour votre bébé. Mardaga; 2018. 143 p.
21. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Brochure: Les carnets du sommeil - le sommeil de 0 à 3 ans [Internet]. 2009. Disponible sur: https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/Carnet-10_le-sommeil-de-0-3-ans-2022-comp.pdf
22. Challamel MJ, Thirion M. Le Sommeil, le rêve et l'enfant. Albin Michel; 2011. 384 p. (Bibliothèque de la Famille).
23. Lacombe ML, Belhumeur C, Nguyen BH, Vézina K. Hygiène du sommeil pour l'enfant de 0 à 6 mois [Internet]. CHU Ste Justine Université de Montréal; Disponible sur: https://www.chusj.org/getmedia/4f4535ca-f427-4036-8cad-c15768594b7e/depliant_F-590_Hygiene-du-sommeil-0-6-mois.pdf.aspx?ext=.pdf
24. Segura N. Le Sommeil: de la naissance à l'adolescence. Cours PMI aux internes présenté à; 2021 juin; PMI Nantes.
25. Sommeil de bébé de 0 à 3 ans: comprendre et accompagner [Internet]. mpedia.fr. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/cat-sommeil-0-3-ans/>
26. L'Institut des Mamans. Etude sur le sommeil des enfants de 1 à 11 ans [Internet]. Laboratoires Laudavie; 2014 oct. Disponible sur: <https://www.laudavie.com/wp-content/uploads/etude-calmosine-sommeil-resultats-institut-des-mamans-l-laboratoires-laudavie.pdf>
27. Challamel MJ, Franco P, Hardy M. Le sommeil de l'enfant. Elsevier Masson; 2009. 192 p. (Pédiatrie au quotidien).
28. Ministère de la Santé et de la Prévention. La santé de votre enfant au quotidien [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/la-sante-de-votre-enfant-au-quotidien>
29. Roussey M, Dagherne M, Defawe G, Hervé T. Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. 2007.
30. DGCCRF. Fiches pratiques conso - Puériculture (articles) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/>
31. Comment choisir le lit de bébé ? Les critères [Internet]. Autour de bébé | Conseils. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.autourdebebe.com/conseils/article/comment-choisir-le-lit-de-bebe/>

32. Comment gérer les pleurs d'un bébé ? - WhyDoc [Internet]. Vol. 11. 2018 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=OhHIq4qQTNo>
33. Réseau Sécurité Naissance. Accompagner les pleurs du bébé en bonne santé [Internet]. ARS Pays de la Loire; [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/plaquette-accompagner-les-pleurs-du-bebe-en-bonne-sante/>
34. Touchette E. Le sommeil de bébé [Internet]. Naître et Grandir. 2022 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-bebe-sommeil-dodo
35. Korsia-Meffre S. Coliques du nourrisson: un problème de flore intestinale ? [Internet]. VIDAL. 2009 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/17778-coliques-du-nourrisson-un-probleme-de-flore-intestinale.html>
36. Allergie aux lait de vache ! - WhyDoc [Internet]. Vol. 28. 2020 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=K770zINrRoA>
37. Décré C. « Rassurer les parents », échange avec Caroline Décré, puéricultrice spécialiste du sommeil de l'enfant [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://parents.loire-atlantique.fr/dossiers/le-sommeil-de-l-enfant/#rencontre-avec-la-do>
38. Israël J. Endormir bébé: contrainte ou dépendance ? Spirale. 2010;54(2):176-81.
39. Hall W, Hutton E, Brant R. A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioural sleep problems. BMC Pediatr. 2015;15:181.
40. Owens J. Types d'intervention disponibles pour gérer les problèmes de sommeil chez les jeunes enfants. In: Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. 2e éd. Brown Medical School, USA; 2013. (Sommeil).
41. Weiss SK. Conseils aux parents: prévention et prise en charge des problèmes de sommeil. In: Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Université de Toronto, Canada; 2010. (Sommeil).
42. Cohen A, Trebossen V, Louvel A. Mon enfant n'arrive pas à s'endormir sans moi: que faire ? [Internet]. Clépsy. 2021 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.clepsy.fr/mon-enfant-narrive-pas-a-sendormir-sans-moi-que-faire/>
43. LeBourgeois M, Wright Jr K, LeBourgeois H, Jenni O. Dissonance between parent-selected bedtimes and young children's circadian physiology influences nighttime settling difficulties. Mind Brain Educ. 2013;
44. Marchi C, Israël J. Le sommeil de mon bébé de 0 à 18 mois. Gründ; 2011. 91 p. (Elever mon bébé).
45. Martello E. Enfin je dors... et mes parents aussi. 2e éd. Université de Montréal: CHU Sainte-Justine; 2015. 150 p. (Parlons Parents).
46. Briand M. Le sommeil de l'enfant de 0 à 6 ans. Cah Puéricultrice. mars 2020;(335):11-37.
47. Becquart A. La Méthode Chrono-dodo. Aider votre enfant à bien dormir. Leduc.s Editions; 2019. 233 p.
48. VIDAL. Le traitement des troubles du sommeil de l'enfant [Internet]. 2021 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/troubles-sommeil-enfant/traitements.html>
49. Rivkees SA. Developing Circadian Rhythmicity in Infants. Pediatrics. 2003;112(2):373-81.

50. Ball H. Sommeil de l'enfant, allaitement, et partage du lit - Intervention de Helen Ball à la 8e Journée Internationale de l'Allaitement. Leche Leag [Internet]. 2011;Dossiers de l'allaitement(hors-série). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/2166-sommeil-de-l-enfant-allaitement-et-partage-du-lit>
51. Cubero J. The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of sleep in new born. *Neuroendocr Lett.* 2005;
52. Allard M, Desrochers A. Bien vivre l'allaitement. *Mardaga*; 2018. 314 p.
53. Brown A, Harries V. Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: association with breastfeeding frequency, daytime complementary food intake, and infant weight. *Breastfeed Med.* 2015;
54. Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning. *Pediatrics.* 2010;
55. Blyton D, Sullivan C, Edwards J. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.* 2002;11(4):297-303.
56. Burger SE. Les nuits du bébé allaité. *Leche Leag Fr* [Internet]. 2016;Allaiter aujourd'hui(106). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1659>
57. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P. Sudden Unexplained Infant Death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet.* 2004;363(9404):101-85.
58. Mindell J, Kuhn B, Lewin D. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Am Acad Sleep Med Rev.* 2006;29:1263-75.
59. Morgenthaler T, Owens J, Alessi C. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Am Acad Sleep Med Rev.* 2006;29:1277-80.
60. Hiscock H, Bayer J, Gold L. Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. *Arch Child.* 2007;92:952-8.
61. Hiscock H, Bayer J, Hampton A. Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomised, controlled trial. *Pediatrics.* 2008;122:621-7.
62. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, Gibson J. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* [Internet]. juin 2016 [cité 28 janv 2023];137(6). Disponible sur: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/137/6/e20151486/52401/Behavioral-Interventions-for-Infant-Sleep-Problems?redirectedFrom=fulltext?autologincheck=redirected>
63. Handfield C. « Un parent qui souffre, il l'a, la recette » - Interview D'Evelyne Martello. *La Presse+* [Internet]. oct 2015; Disponible sur: https://plus.lapresse.ca/screens/0386eb46-0353-4ee9-9bd8-4c83eb67ae00__7C__~nohJ6lT.J6i.html
64. Adair R, Zuckerman B, Bauchner H, Philipp B, Levenson S. Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics.* avr 1992;89(4 Pt 1):585-8.

ANNEXES

| | |
|--|-----|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 167 |
| ANNEXE A – LIVRET de FORMATION | 168 |
| ANNEXE B – GRILLE des CARACTERISTIQUES des MEDECINS | 190 |
| ANNEXE C – TABLEAUX d’ANALYSE des ENTRETIENS | 192 |
| ANNEXE D – LIVRE de CODES I (entretiens) | 221 |
| ANNEXE E – ANALYSE des CODES (entretiens) | 233 |
| ANNEXE F – TABLEAUX d’ANALYSE du FOCUS GROUP | 237 |
| ANNEXE G – LIVRE de CODES II (focus group) | 246 |
| ANNEXE H – ANALYSE des CODES (focus group) | 256 |

LISTE DES ABREVIATIONS :

| | |
|----------------|--|
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| APLV | Allergie aux protéines de lait de vache |
| AR | Anti-reflux |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| Cp enr | Comprimé enrobé |
| DPC | Développement professionnel continu |
| DU | Diplôme Universitaire |
| EBM | Evidence Based Medicine (médecine basée sur les preuves) |
| ECN | Examen Classant National |
| EPEE | Exposition précoce et excessive aux écrans |
| FDR | Facteurs de risque |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HTA | Hypertension artérielle |
| IDE | Infirmier(ère) diplômé(e) d'état |
| INPES | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| MS / PS | Moyenne section / Petite section |
| MSN | Mort subite du nourrisson |
| MSP | Maison de santé pluriprofessionnelle |
| NF EN | Norme Française European Norm |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ORL | Otorhinolaryngologiste |
| PLV | Protéines de lait de vache |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| RGO | Reflux gastro-œsophagien |
| RR | Risque Relatif |
| RTU | Recommandation temporaire d'utilisation |
| SAOS | Syndrome d'apnées obstructives du sommeil |
| SASPAS | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée |
| SLP | Sommeil lent profond |
| SNC | Système nerveux central |
| Sol buv | Solution buvable |
| SP | Sommeil paradoxal |
| TDAH | Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité |

ANNEXE A – LIVRET de FORMATION

THESE d'EXERCICE DES médecine générale – KERHERVE Mélody
Direction de thèse : Dr PRIN Daniel
Intervention auprès de la MSP Laënnec St Nazaire
24/02/2022
Formateur : Dr Caroline VERDIER (médecin PMI)

LE SOMMEIL DE L'ENFANT DE 0 A 3 ANS

**GUIDE DE SOUTIEN A LA PARENTALITE A
DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES**

TABLE DES MATIERES

Contenu

| | | |
|------|-----------------------------------|----|
| I- | SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE | 1 |
| a. | Quelques repères | 1 |
| b. | Endormissement | 4 |
| c. | Sommeil selon l'âge | 7 |
| II- | SOMMEIL PERTURBE : BOÎTE A OUTILS | 9 |
| a. | Sevrage de la présence parentale | 9 |
| b. | Méthode Chronododo | 10 |
| c. | Techniques de renforcement | 11 |
| III- | SOMMEIL PATHOLOGIQUE | 12 |
| a. | Les Parasomnies | 12 |
| a. | Pathologies somatiques | 15 |
| IV- | BIBLIOGRAPHIE | 16 |
| V- | ANNEXES | 16 |

SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE

I- SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE

a. Quelques repères

RYTHMES DE SOMMEIL (1)

| AGE | Temps de sommeil | Rythme veille - sommeil |
|----------------|--------------------------|--|
| Terme - 1 mois | 14 - 17 h (0-3 mois) | Rythmes ultradiens de 3-4 h (de l'alimentation), irréguliers. Sommeil agité / Sommeil calme. S'endort en sommeil agité après une tétée. |
| 1 à 3 mois | | Emergence du rythme circadien de 24h et du sommeil lent. |
| 3 à 6 mois | 12 - 15 h (4-11 mois) | Consolidation progressive du sommeil nocturne avec synchronisation rythme jour/nuit, suppression progressive de l'alimentation nocturne (5-6 mois) |
| 6 à 12 mois | | De 4 à 9 mois : en général 3 siestes (matin, après-midi et fin de journée), A 12 mois : 2 siestes (repère indicatif). |
| 1 à 3 ans | 11 - 14 h (1-2 ans) | En général 1 à 2 siestes dans la journée. A 18 mois : 1 sieste (repère indicatif). |
| > 3 ans | 10 - 13 h (3-5 ans) | Disparition progressive du sommeil de jour. |

| <u>Le Sommeil agité (équivalent paradoxal)</u> | <u>Le Sommeil calme (équivalent lent profond)</u> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Muscles relâchés - Mouvements nombreux : étirement, doigts... - Mouvements oculaires rapides - Visage expressif (sourire, tristesse...) - Sommeil fragile | <ul style="list-style-type: none"> - Muscles toniques - Immobile - « dort à poings fermés » - Sommeil stable |
| <u>Fonctions : Sommeil paradoxal</u> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation et mémorisation - Fixation des expériences récentes | <u>Sommeil lent profond</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grandir : sécrétion de l'hormone de croissance (surtout 1ere partie de nuit) - Récupération de la fatigue physique |

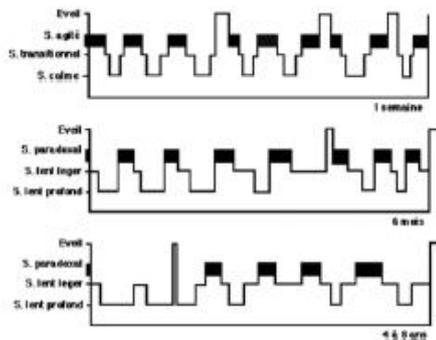
→ Manque de sommeil = risque de troubles : de concentration, mémorisation, irritabilité, nanisme psycho-social

Que veut dire « Faire ses nuits » ? (2)

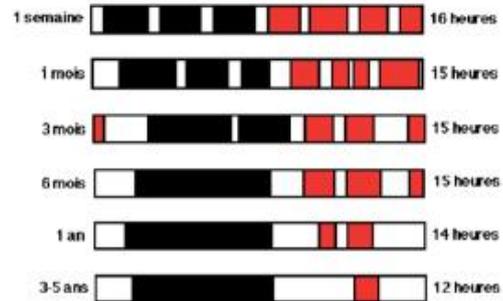
Ne signifie pas dormir sans se réveiller mais dormir toute sa nuit sans réveiller ses parents ++ (capacité d'auto-apaisement du nourrisson). Pour information (repère) : durée moyenne de sommeil nocturne sans éveils signalés : 9h à 4 mois, 10h à 12 mois. Important : savoir distinguer une phase de sommeil agité (ne pas intervenir) d'une phase d'éveil (tout le corps s'agite, les yeux sont grands ouverts). De plus, bien rappeler aux parents qu'un réveil nocturne n'est pas toujours synonyme d'un besoin d'intervention (biberon, change, etc.) mais parfois seulement le passage d'un cycle de sommeil à un autre (réassurance suffisante sans besoin de le prendre dans les bras)

QUELQUES REPERES

Hypnogramme (3)

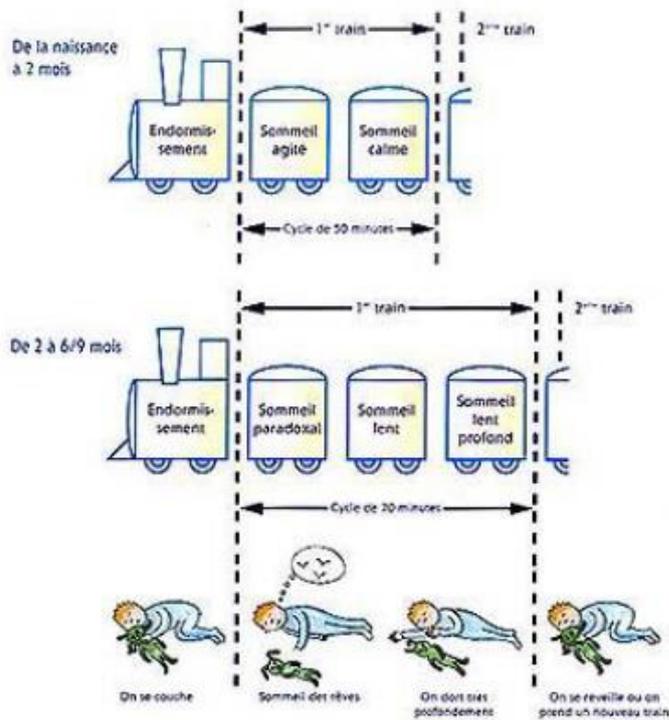


Sommeil nocturne - sommeil diurne



Source: Challamel et Thirion, *Le sommeil, le rêve et l'enfant*, éditions Albin Michel.

Trains du sommeil

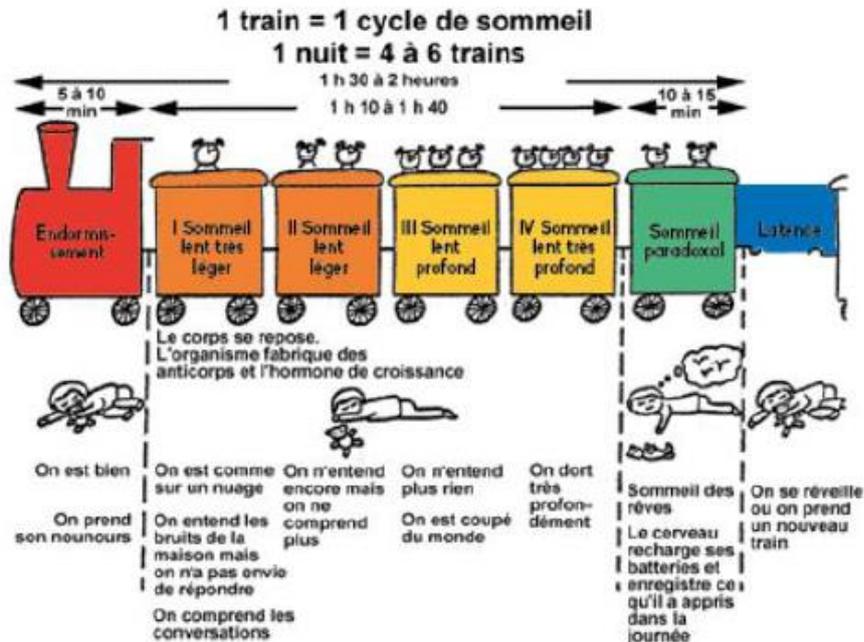


Source : <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/train2.php>

Cycles de 50 à 70 min chez le petit enfant

QUELQUES REPERES

Enfants plus grands et adultes : cycles de 90 à 120 min à partir de 3 ans (3)



Source: Challamel et Thirion, *Le sommeil, le rêve et l'enfant*, éditions Albin Michel

RAPPELS DE SECURITE ET PREVENTION MIN

- Coucher bébé sur le dos +++ : nuit et siestes, dès la naissance. Lorsque le retournement est acquis (5-6 mois), il est conseillé de continuer à le coucher sur le dos jusqu'à 1 an, mais il n'est plus nécessaire de le remettre dans cette position si retournement au cours du sommeil.
- Eviter la chaleur excessive : aération dans la journée, T° chambre 18-20°C, habillement léger avec turbulette à la taille adaptée
- Pas de tabagisme passif : maison et voiture, même lorsque le bébé n'y est pas
- Choix du lit : normes NF, respect de l'âge. Privilégier lit à barreaux sans tour de lit (les lits parapluie doivent rester des lits d'appoint).
- Matelas ferme, adapté au lit, avec draps housses ajustés. Jamais d'ajout de matelas dans les lits parapluie (uniquement le matelas d'origine).
- Pas de couverture ni draps, pas d'oreillers. Privilégier la gigoteuse. Si besoin de surélévation (RGO...) placer une couverture roulée sous le matelas.
- Pas de jouets, peluches ou autres objets mous
- Dormir dans son propre lit (pas de partage de lit, cododo discuté)
- Dans la chambre des parents jusqu'à l'âge de 6 mois



ENDORMISSEMENT

b. Endormissement

→ MOMENT CLE +++

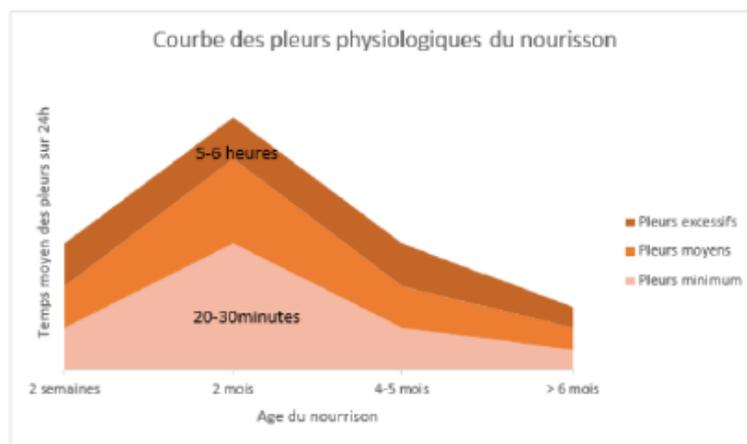
SAVOIR REPERER LES SIGNES D'ENDORMISSEMENT

- Plus facilement identifiables à partir de 5-6 mois.
- Repérer les signes de son enfant.

- **Bâillements**
- **Frottement des yeux**
- **Pleurs d'endormissement**
- **Regard plafonné**
- **Position du corps qui se love**

LES PLEURS DU SOIR / « COLIQUES DU NOURRISSON » (4)

- Entre 18h et minuit, durée environ 3 h, de 3 semaines à 5 mois environ, max vers 2 mois (courbe des pleurs)
- Physiologiques, rôle de « décharge émotionnelle » en fin de journée, sans lien avec un besoin ou un problème somatique (à éliminer), simple réassurance, câlins.
- « Pleurs excessifs » ou « coliques » = plus de 3h par jour; pendant plus de 3 j par semaine, depuis plus de 3 semaines. Une attention particulière aux parents et une proposition d'aide (voire de relais) est parfois nécessaire dans ces situations, en prévention du syndrome du bébé secoué.
- A noter que certains bébés s'endorment en pleurant et ont besoin de ce temps de quelques minutes « pour trouver leur sommeil », il faut alors éviter de les prendre dans les bras et ainsi les empêcher de s'endormir. Le tout est pour les parents d'apprendre avec le temps à distinguer les pleurs de recherche du sommeil/pleurs du soir/ pleurs manifestation d'un problème somatique. Avec l'expérience, leur expertise est précieuse pour le médecin car personne ne connaît aussi bien qu'eux leur bébé : « là il ne pleure pas comme d'habitude ».



Source : réseau sécurité naissance – ressources parents

ENDORMISSEMENT

LES RITUELS D'ENDORMISSEMENT +++++

- Habitudes reproduites chaque soir au moment du coucher
- Dans un ordre inchangé et une séquence précise
- Evolue avec l'âge
- Doit être court (< 15 min) et déterminé à l'avance
- Rassurer l'enfant dans le passage vers le sommeil, pour apprendre à s'endormir seul de manière sécurisée. Doit être un moment privilégié, apaisant et de plaisir avec le parent

| | |
|-----------------------|---|
| 1 ^{er} mois | - Au sein ou au biberon, s'endort bien blotti contre sa mère |
| 2 ^{ème} mois | - Peut s'endormir petit à petit sans tétée - Au bout de quelques minutes, le poser endormi dans son lit |
| Vers 3-4 mois | - Le coucher éveillé (progressivement entre 1 et 3 mois) - Passer du corps à corps à la voix chantée. On remplace le bercement physique par le bercement vocal (enveloppe sonore rassurante) - Certains bébés pleurent avant de s'endormir: Attendre 5 à 10 minutes, retourner le bercer. |
| De 3 à 6 mois | - Acquiert la capacité à s'endormir seul. Peut dormir la nuit jusqu'à 10-12h. - Commencer à le mettre seul dans sa chambre (nécessité de détachement parental 3-4 mois). |
| Après 6 mois | - Prend conscience de son environnement et peut être inquiet de la séparation - D'où l'importance des rituels et d'un environnement de sommeil stables à visée de réassurance. Inutile de rester avec lui ou de revenir plus de 3 fois car sait s'endormir seul. - Doit dormir seul à 9 mois. |

Difficultés d'endormissement et/ou éveils nocturnes : rechercher

- Un conditionnement anormal à l'endormissement
- Un trouble de l'installation du rythme jour/nuit
- Un excès de liquide nocturne (> 200g/nuit, <6mois, éveils sur distension vésicale, +/- difficultés alimentaires diurnes)
- Une insuffisance de limites
- Un excès de stimulation

Conditionnement anormal à l'endormissement :

- Dans cette situation l'enfant ne sait pas s'endormir seul, on retrouve à l'interrogatoire qu'il s'endort habituellement au biberon, au sein, bercé, promené en voiture ou contre ses parents, etc.
- Ainsi, à chaque réveil lors des changements de cycle, il est dans l'incapacité à se rendormir sans son stimulus (rituel) habituel.

Troubles de l'installation du rythme jour – nuit

- Prévention = les synchroniseurs externes : respect de la luminosité dans la journée, régularité du rythme de vie (repas, soins, promenade, coucher...)
- Préparer le sommeil en faisant le calme et par les rituels ++
- Eviter ce qui désorganise : trop de lumière, bruits secs, stress adulte, activité physique 1h avant coucher, les écrans.
- A rechercher : coucher et lever tardifs (retard de phase), éveils nocturnes avec sommeil « rattrapé » le matin, sieste trop tôt après le réveil du matin, etc.

Le sommeil est donc influencé par l'environnement mais aussi par l'hérédité (familles de petits/moyens/gros dormeurs ou « hybrides » ; les vrais jumeaux ont une organisation semblable de leur sommeil).

ENDORMISSEMENT

- ⇒ Ainsi : « Les nuits se préparent le jour » ++, et ce autant pour l'enfant que pour les parents, à savoir :
- Repères temporels clairs
 - Mère « suffisamment bonne » (good-enough mother de Winnicott) capable de répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant, ni trop ni pas assez
 - Explorer les conceptions parentales autour de l'arrivée de l'enfant et de la problématique du sommeil : ressenti ambivalent de la mère à l'égard du bébé, parfois déception, agressivité... (culpabilité ?)
 - Etat psychologique parental : anxiété (+ maman stresse, - bébé dort), dépression (le bébé sursollicite sa mère qu'il sent triste), insécurité du bébé
 - Question de l'attachement (la maman doit accepter de se séparer de son enfant car ce dernier peut se sentir en sécurité même lorsqu'il est loin d'elle, rôle des rituels du coucher à visée de réassurance)



SOMMEIL SELON L'ÂGE

c. Sommeil selon l'âge

SOMMEIL DE 0 A 6 MOIS (5)

- **Quà ?** : Dans son lit, +/- dans la chambre des parents. A partir de 3-4 mois : peut commencer dans sa chambre.
- **Quand ?** : horaires réguliers dès 3 mois, heure « idéale » de coucher vers 20h30 (avoir un nombre d'heures suffisant avant minuit pour reconstituer l'énergie et assurer le traitement des informations)
- **Comment ?** :
 - o rituel++,
 - o commencer à le coucher éveillé entre 1 et 3 mois pour apprendre à s'endormir seul
 - o Quid de la tétine et du doudou ?
 - Tétine : plaisir oral de la succion, jusqu'à 3mois puis la supprimer progressivement vers 3-4 mois car c'est encore facile à ce moment-là. Ensuite accompagner l'endormissement avec les gestes rituels, chansons, voix... Sinon : perte de la tétine dans la nuit = réveil des parents.
 - Doudou : excellent objet de transition. Attachement vers 6 mois.
- **Et s'il pleure la nuit ? : Entre 3 et 6 mois** -> si réveil entre 2 cycles de sommeil, ne pas se précipiter à chaque réveil, juste le rassurer sans le prendre dans les bras. S'il ne se calme pas, on peut le prendre dans les bras et le calmer. S'il recommence à pleurer : y aller 3 fois maximum. Ne plus y aller d'emblée ensuite car il a la capacité de se calmer seul.

SOMMEIL DE 6 A 12 MOIS

- **Endormissement** : prise de conscience de la séparation avec les parents, peut pleurer au coucher. Inutile de rester avec lui ou de revenir plus de 3 fois. En quelques jours peut apprendre à s'endormir seul. Si difficultés parentales, la bonne question à se poser est « combien de temps je supporte de le laisser pleurer » (pour aider à choisir la bonne technique d'aide, cf. partie II).
 - o Si le coucher s'éternise : L'enfant a-t-il eu son content de contact parental (mais aussi inversement !) ? Passer plus de temps avec lui le soir (dîner, bain, balade, jeux calmes... AVANT le coucher), faire intervenir le conjoint.
- **Réveils** : attendre avant d'y aller. Si ne se calme pas après 10 min : le sécuriser, le rassurer. Surtout ne pas le prendre dans son lit. Si les réveils sont nombreux : éliminer un problème psychologique ou des tensions dans le couple.
NB : si bon sommeil jusque là et subitement réveils nocturnes : éliminer une cause somatique (OMA..).
- **Les 9 mois** :
 - o A noter qu'à partir de 9 mois l'enfant s'endort en phase de sommeil léger (il bouge et entend) et n'atteint la phase de sommeil profond qu'au bout de 30 min.
 - o Période sensible de l'**angoisse de séparation** : peut se (re)mettre à pleurer pour s'endormir. Besoin de réassurance, attachement à l'objet transitionnel
 - o Doit dormir seul à 9 mois : parfois nécessité de réaccorder une attention particulière au rituel du coucher en accordant un temps de complicité partagée sans se précipiter. Savoir clore le rituel avec « tendre fermeté ».

SOMMEIL DE 12 A 18 MOIS

- Mise en confiance et autonomisation : faire de moins en moins les choses à sa place, ne pas lui répondre à la seconde
- Séparation sommeil enfant / sommeil parents : « c'est l'heure que tu ailles te coucher »
- Préserver la sieste ou au moins un temps calme jusqu'à 4 ans
- Faire les rituels de séparation du coucher... et c'est tout. Devant des épisodes transitoires de réveils nocturnes : anticiper au moins 15 min avant le coucher : activités calmes, brossage des dents, pipi, histoire/musique préférée, dodo (ce n'est jamais une punition !). Dire toujours les mêmes phrases en partant

SOMMEIL SELON L'ÂGE

LE SOMMEIL VERS 2 ANS

- **Endormissement**: autre période sensible :
 - o **Phase d'opposition** au coucher -> de la même manière, réinsister sur le rituel rassurant et structuré qui doit être un moment agréable ayant une fin définie et ferme. Rituel en max 20 min puis « bonne nuit », le ramener dans son lit sans discuter si revient.
 - o **Phobie du sommeil ou du coucher** (rêves angoissants, terreurs nocturnes) : besoin de réassurance (ouverture de porte, lumière allumée)
- **Réveils nocturnes** : de quels pleurs s'agit-il ?
 - o Micro réveils entre 2 cycles ? Légers pleurs puis se rendort.
 - o Si les pleurs s'amplifient : changements dans sa vie ? Nouvelles étapes ? Traverse des angoisses avec besoin de réassurance. Ne JAMAIS le mettre dans le lit parental mais si la voix ne suffit pas, peut le contenir pour l'apaiser en le prenant dans les bras. L'objectif étant de lui montrer qu'on est là, ne pas le laisser pleurer tout seul -> « la nuit il faut savoir venir comme le soir il faut savoir partir ! ».
 - o Si répétition quotidienne des réveils nocturnes, parents épuisés :
 - Eliminer une cause somatique (cf. partie 3) : examen clinique complet
 - Consulter les parents ++ : difficultés à se séparer de leur enfant, culpabilité d'être absents dans la journée, souvenirs d'enfance d'abandon, libido conjuguale, besoin suivi psychologique ?
 - Rappeler aux parents que se montrer exigeant et intraitable sur les règles est un acte d'amour et pas de maltraitance : fermeté avec tendresse et douceur. Message simple : « la nuit est faite pour dormir »
 - Le respect des signaux d'endormissement est important sinon il faut attendre le cycle suivant (1h30 à 2h).
 - Si besoin de connaître les besoins en sommeil : pendant les vacances noter sur plusieurs jours d'affilée l'heure d'endormissement et d'éveil spontané.
 - Quelques règles d'or : objet transitionnel, comprendre la colère mais rester déterminé et ferme, entrer dans l'imaginaire de l'enfant (rituel magique), expliquer à l'enfant.
 - Une fois les causes somatiques écartées, si le problème se répète pendant des semaines ou des mois revoir la question de l'autorité parentale / insuffisance de limites.

SOMMEIL PERTURBE : BOÎTE A OUTILS

II- SOMMEIL PERTURBE : BOÎTE A OUTILS

a. Sevrage de la présence parentale (6)

1. Technique de la chaise combinée (à tout âge, dès avant 4-6 mois)

- Installer une chaise à côté du lit. Chanter, caresser le nourrisson, placer les doigts de l'enfant près de sa bouche. S'il crie, le prendre dans les bras, le bercer puis le déposer éveillé.
- On peut le bercer avec une couverture puis un coussin entre le parent et le bébé.
- Puis coussin de plus en plus gros (éloignement progressif des bras du parent) puis progressivement presque plus de mouvements et presque plus de chants.

2. Technique de l'attente progressive ou méthode du 5-10-15 (à partir de 4-6 mois jusqu'à 18 mois) (7)

Le 1^{er} soir :

- Rituel stable (donner un doudou, le caresser doucement avec le doudou...) puis sortir et fermer la porte de la chambre.
- Selon la tolérance aux pleurs des parents, attendre de 3 à 5 min. Réconforter bébé avec le doudou. Ton ferme et doux.
- Y aller à 5min, puis 10 min puis 15 min plus tard, et ensuite toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'il s'endorme.
- On peut alterner papa / maman. Agir toujours de la même façon à chaque visite (créer des associations d'endormissement reproductibles quel que soit le parent)

Le 2^{ème} soir : y aller au bout de 7 à 10 minutes, puis 10-15-20 minutes

Le 3^{ème} soir : 15 – 20 – 25 minutes. Ne pas le laisser pleurer plus de 30 minutes.

Tableau 1. Technique d'extinction graduelle de Ferber – Exemple de schéma donné aux parents.

| Jours | 1 ^{re} attente | 2 ^e attente | 3 ^e attente | 4 ^e attente... |
|-------|-------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 1 | 5 minutes | 10 minutes | 10 minutes | 10 minutes |
| 2 | 10 minutes | 15 minutes | 15 minutes | 15 minutes |
| 3 | 15 minutes | 20 minutes | 20 minutes | 20 minutes |
| 4... | 20 minutes | 25 minutes | 25 minutes | 25 minutes |

♦ En pratique :

- expliquer à son enfant comment va désormais se passer le coucher ;
- repérer les horaires de son enfant quelques jours auparavant ;
- introduire ou réintroduire un rituel efficace ;
- le premier soir, laisser pleurer l'enfant cinq minutes sans rien dire, y retourner s'il pleure encore mais sans rallumer, sans le prendre dans les bras. Rassurer à nouveau par la parole. Rester au maximum dix minutes. Puis attendre dix minutes à chaque fois si besoin, en gardant toujours la même attitude ;
- la deuxième nuit, laisser pleurer dix minutes avant d'y retourner la première fois, puis espacer à quinze minutes le temps entre deux moments de réassurance ;
- à chaque nuit suivante, ajouter cinq minutes ;
- lors des réveils nocturnes, suivre le même protocole de cinq minutes avant d'y aller pour la première fois, puis toutes les dix minutes. Ne pas sortir l'enfant du lit.

Cartier de la puéricultrice • Mars 2020 • n° 335

3. Routine de la chaise (à partir de 18 mois)

Permet à l'enfant d'apprendre graduellement à se séparer de ses parents au coucher et à développer des associations d'endormissement indépendantes de ces derniers.

- Offrir à son enfant son objet de transition
- Faire le rituel
- Le 1^{er} soir : s'asseoir sur une chaise à côté du lit. La chaise reste au même endroit toute la nuit et pendant les siestes.
- Pousser la chaise de 10 à 20 cm plus loin chaque soir
- Renforcer l'attachement à l'objet de transition en disant à l'enfant : « serre fort ton doudou. Touche-le pour voir comme il est doux, tu fais de beaux rêves avec lui dans les bras. Tu peux appuyer la couverture contre ta joue pour te calmer et te rendormir [imiter sur soi], je sais que tu es capable d'y arriver. »

METHODE CHRONODODO(8)

b. Méthode Chronododo(8)

Méthode 1 : jusqu'à 12-14 mois (cf. annexes).

Méthode 2 : Après 1 an.

- Passages bienveillants de 10 secondes max : indiquent à l'enfant qu'il peut compter sur l'adulte
- 1 visite = 10 secondes, 1 câlin = dans les bras 2 min, 1 temps calme = 10 min hors du lit
- Si l'enfant jette son doudou ou sa tétine, on ramasse 1 seule fois :
- « Je reviens dans [tant de temps] si tu as besoin »
- Gérer ses propres émotions pour aider l'enfant (se concentrer sur sa respiration, se distraire, travailler le mental...)
- Temps moyen d'apprentissage : 5 à 7 jours

TECHNIQUES DE RENFORCEMENT :

c. Techniques de renforcement :

1. **Méthode du calendrier ou récompenses (après 2 ans)**

- Rend l'enfant fier de ses efforts
- Consigne expliquée clairement. Gomme offerte si l'enfant réussit, gomme à mettre sur un tableau
- Récompense en fin de semaine si de + de [tant] de gommes collées sur le tableau
- Ce peut être aussi une construction lego avec récompense quand toutes les briques sont posées
- Ou collier de perles précieuses : récompense quand collier fini

2. **Le ticket modérateur (vers 2 ans ½ - 3 ans)**

- On offre à l'enfant plusieurs petits objets (billes, figurines...) qu'il peut garder près de son lit sur sa table de chevet
- Il ne peut les garder que s'il ne se lève pas pendant la nuit
- S'il se lève on lui en confisque 1
- S'il a réussi à en garder 5 le samedi, il a droit à une récompense ou un privilège
- Attention : PETITE récompense ou privilège

d. Quand les parents demandent « un médicament »

- o Homéopathie :
 - *Quiétude* de Boiron (dès 1 an, 5ml matin et soir 10 jours)
 - *Calme* de Homéocan
- o Phytothérapie : *peu de choses avant 12 ans*
 - Valériane : forme liquide, diluer dans un peu d'eau, posologie sur le flacon, dépend du fabricant. Temporaire. Mais déconseillé au moins de 12 ans dans la monographie...
 - Passiflore (Passiflorine avec d'autres plantes dès 30mois, en formulation seule à partir de 12ans)
- o Mélatonine : pas chez l'enfant... sauf *Slenyto* (AMM en 2^e intention à partir de 2 ans dans les TSA) et RTU du *Circadin* dans certains syndromes et TSA à partir de 6 ans

SOMMEIL PATHOLOGIQUE

III- SOMMEIL PATHOLOGIQUE

a. LES PARASOMNIES

| Classification des PARASOMNIES | | |
|---|---|--|
| Du sommeil lent profond (troubles de l'éveil) | Du sommeil paradoxal | Autres parasomnies |
| <ul style="list-style-type: none"> - Terreurs nocturnes 37% des 18 mois 20% des 30 mois 9% des 8 ans - Somnambulisme 3-5 % des 2-5 ans Pic entre 7 et 12 ans - Eveils confusionnels 17 % des 3-13 ans <p><u>Caractéristiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Première partie de nuit - Amnésie de l'épisode - Facteurs favorisants : dette de sommeil, stress, fièvre, effort physique... | <ul style="list-style-type: none"> - Cauchemars 3-6 ans, diminue vers 10ans - Paralysie du sommeil - Trouble du comportement en sommeil paradoxal | <ul style="list-style-type: none"> - Parasomnies de la transition veille/sommeil (rythmiques d'endormissement, somniloquie...) - Hallucinations *Hypnagogiques (à l'endormissement, env 30%) *Hypnopompiques (au réveil le matin, env 10%) - Enurésies (> 5 ans) - Bruxisme - Troubles alimentaires liés au sommeil - Catathrénie - Etc. |

TERREURS NOCTURNES

| Description |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfants de 18 mois à 6ans, plus souvent les garçons - Survient en sommeil profond soit 60 à 90 minutes après l'endormissement - Manifestations intenses de peur : enfant assis, qui crie dans son lit, se débat, les yeux ouverts - L'enfant dort mais il peut bouger, crier, parler... - Episode bref ou allant jusqu'à 30 minutes - Parfois il peut se réveiller à la fin de l'épisode, perdu et inquiet - Plus fréquent si enfant fatigué ou horaires de sommeil irréguliers (augmentation durée des phases 3 et 4 avec augmentation du risque de terreurs) - Souvent ATCD familiaux de terreurs, somnambulisme, somniloquies, énurésie... |
| CAT |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas intervenir, sauf en cas de mise en danger ! - L'enfant n'a pas conscience de ce qu'il se passe donc pas besoin de le rassurer; éventuellement juste une caresse légère, mais ne pas réveiller l'enfant ! - Ne pas raconter ces épisodes le lendemain (risque de majoration de l'anxiété et du nombre de terreurs) - Régulariser les horaires de sommeil - Parfois reprendre une sieste matin ou après-midi qu'on avait supprimée peut suffire - Eviter les écrans le soir surtout après 18h |

LES PARASOMNIES

CAUCHEMARS

| Description | CAT |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfants de 3 à 6 ans - Peur du noir - Souvent 2^{ème} partie de nuit (vers 2-3h du matin), pendant les REM (Rapid Eyes Movements), phase des rêves - L'enfant se réveille apeuré et raconte son rêve. Réassurance par la présence parentale | <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer une bonne routine, relaxante et rassurante - Eviter les écrans ++ (stimulations visuelles lumineuses) - Bien choisir les histoires à raconter (même si les réclame ou semble indifférent) - Ecouter la peur de l'enfant (sans en rajouter), ne pas en parler la journée - L'aider à contrôler : son rêve est fini, il peut maîtriser la situation, il peut se rendormir. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> o Lui donner une lampe de poche dans son lit qu'il peut allumer pour effrayer « le monstre » o Formule magique (baguette magique, épée de chevalier...) - Ne pas dormir avec son enfant ++ : peut croire qu'il a raison d'avoir peur et développer très vite une dépendance envers le parent pour s'endormir - On peut mettre un « capteur de rêves » (un habit de la maman qu'il peut serrer...), ou une couverture câlin lourde |

Tableau 1. Comment réagir face aux cauchemars de l'enfant. [1]

| Attitude requise des parents face à un cauchemar | Précautions à prendre pour diminuer le nombre de cauchemars |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • rester le temps qu'il faut près de l'enfant pour le rassurer ; • surtout éviter qu'il n'arrive plus à se rendormir ; • lui donner son doudou et/ou lui mettre une musique très douce, afin qu'il se calme ; • laisser la porte de sa chambre entrouverte, dire que les parents sont tout près ; • ne pas laisser l'enfant venir dans la chambre parentale, ni dans le lit parental, il va apprendre qu'il n'a pas à avoir peur dans son lit et qu'il est en sécurité dans sa chambre. | <ul style="list-style-type: none"> • préparer l'enfant avec une routine apaisante chaque soir, prendre l'habitude de le coucher à heures régulières ; • le laisser dormir avec son jouet préféré et avec une veilleuse si besoin ; • éviter les films violents avant d'aller au lit ; • avant de coucher l'enfant, lui parler de choses apaisantes ; • avoir tout au long de la soirée une présence rassurante et calme. |

(7)

Différencier Terreurs nocturnes et Cauchemars :

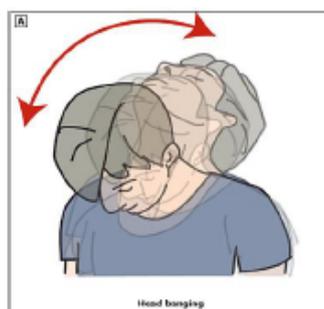
| | Terreurs nocturnes | Cauchemars |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Horaires</i> | 1 ^{ère} partie de nuit (SLP) | 2 ^{ème} partie de nuit (SP) |
| <i>Symptômes</i> | Signes de peur intense, hurlements | Peur moins intense, appels moins dramatiques |
| <i>Contenu mental</i> | Pauvre | Elaboré |
| <i>Amnésie</i> | Oui | Non |
| <i>Capacité à répondre</i> | Difficile | Facile |
| <i>Etat de conscience au réveil</i> | Confus | Normal |
| <i>Réendormissement</i> | Facile | Difficile |

LES PARASOMNIES

SOMNAMBULISME

| Description |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Jusqu'à 6% des enfants- Augmenté par la fatigue et le stress- 1^{ère} partie de nuit : SLP |
| CAT |
| <ul style="list-style-type: none">- Précautions de sécurité : on peut installer un grelot à la porte (ex si sort de la maison ou si escalier dangereux), mettre des loquets aux portes, bloquer l'accès aux portes, éviter les lits superposés ou de le mettre près de la fenêtre- Ne pas réveiller l'enfant, le raccompagner dans son lit- Bonne routine de coucher, bons moments de détente, éviter les écrans |

RYTHMIQUES NOCTURNES : « HEAD BANGING »



Source : https://ykhoo.org/d/images/SLEEP/104850_Hd_bng_hd_rl.jpg

| Description |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- « Head rolling » Balancement de la tête de droite à gauche,- « Head banging » cognements de la tête (60 à 80/min)- « Body rocking » quand ensemble du corps en mouvement- Entre 9 mois et 3-4 ans- Parfois contexte ou ATCD de RGO, OMA ou autres douleurs, pour lesquelles les parents les ont bercés tout petit pour calmer les douleurs- Chercher migraines, malaises, facteurs de stress familial...- Plus fréquent chez les enfants atteints d'autisme, de déficience intellectuelle ou d'épilepsie- Engendre une importante gêne familiale car survient à l'endormissement mas aussi à chaque phase de réveil nocturne |
| CAT |
| <ul style="list-style-type: none">- Rituel de coucher rassurant et relaxant- A une heure appropriée- On peut mettre un métronome dans la pièce ou un cadran d'horloge ou une musique douce en continu pour créer un bruit de fond- Matelas bien ferme, éloigner le lit du mur |

PATHOLOGIES SOMATIQUES

a. PATHOLOGIES SOMATIQUES

A toujours éliminer ++

- Otites chroniques
- RGO
- APLV
- SAOS
- Iatrogène : corticoïdes, psychostimulants...
- Diabète insipide
- Diabète insulino-dépendant
- Psychologique / Psychiatrique : anxiété, TDAH, dépression, troubles du spectre autistique, carence affective
- Handicap moteur ou neurosensoriel

BIBLIOGRAPHIE

IV- BIBLIOGRAPHIE

1. Segura N. Le Sommeil : de la naissance à l'adolescence. Cours PMI internes présenté à; 2021 juin 30; PMI Nantes.
2. Fortier J. Le sommeil de bébé [Internet]. Naître et grandir: 2019 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-bebe-sommeil-dodo
3. Challamel M-J, Thirion M. Le Sommeil, le rêve et l'enfant. Albin Michel; 2011. 384 p. (Bibliothèque de la Famille).
4. Bocquet A, Salinier C, Werner A. Coliques du nourrisson et pleurs de bébé le soir [Internet]. mpedia.fr: 2016 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-decoder-les-pleurs-et-coliques/>
5. Marchi C, Israël J. Le sommeil de mon bébé de 0 à 18 mois. Gründ; 2011. 91 p. (Élever mon bébé).
6. Martello E. Enfin je dors... et mes parents aussi. 2e éd. Université de Montréal: CHU Sainte-Justine; 2015. 150 p. (Parlons Parents).
7. Briand M. Le sommeil de l'enfant de 0 à 6 ans. Elsevier Masson. mars 2020;57(335):11.
8. Becquart A. La Méthode Chrono-dodo. Aider votre enfant à bien dormir. Leduc S.; 2019. 223 p.

V- ANNEXES

- 1- Méthode Chronododo, fiches pratiques
- 2- Brochure Sommeil du réseau Morphée
- 3- Brochure Dormir c'est vivre aussi de l'INPES et du Ministère de la santé
- 4- TAKE HOME MESSAGE
- 5- Ressources et contacts

- MERCI POUR VOTRE ATTENTION et VOTRE PARTICIPATION -

TAKE HOME MESSAGE



RYTHMES PHYSIOLOGIQUES

- 0-1 mois : rythmes ultradiens de 3-4h, s'endort en sommeil agité (+/- pleurs)
- A partir de 3 mois : consolidation du rythme circadien de 24h, horaires réguliers
- < 12mois 3 siestes, 12 m 2 siestes, 18 mois 1 sieste
- Sieste (ou au moins temps calme) jusqu'à 4 ans
- Faire ses nuits = sans réveiller ses parents
- Besoins en sommeil de l'enfant : calendrier du sommeil pendant les vacances sur plusieurs jours
- Pas de "norme", chaque enfant est différent
- S'endormir seul est un apprentissage

ENDORMISSEMENT

- Endormissement = moment-clé. Vigilance au conditionnement anormal à l'endormissement : conditions d'endormissement, rituel, régularité du rythme de vie, etc.
- « Les nuits se préparent le jour ».
- Savoir reconnaître les signes d'endormissement pour ne pas rater « le train du sommeil »
- Rituel d'endormissement +++ à tout âge, court, stable, évolutif avec l'âge, avec une fin définie et ferme, avec "tendre fermeté", "bonne nuit"
- Doudou excellent objet transitionnel
- Communication avec l'enfant, expliquer
- Imaginaire de l'enfant (rituel magique)
- « Aller au lit » ne doit jamais être une punition
- Coucher sur le dos, dans son propre lit.
- Ne jamais prendre l'enfant dans le lit parental !
- Dans la chambre parentale jusqu'à 4-6 mois
- Importance des premières heures de sommeil avant minuit (croissance et récupération), heure "idéale" du coucher vers 20h30

REVEILS NOCTURNES

- Réveils habituels aux changements de cycle
- Dès 3 à 6 mois : attendre en cas de réveil nocturne, ne pas se précipiter à chaque réveil ni prendre dans les bras. Réassurance
- « La nuit il faut savoir venir comme le soir il faut savoir partir ! »

QUELQUES AGES REPERES

- Coucher le nourrisson éveillé progressivement entre 1 et 3 mois
- Commencer à supprimer progressivement la tétine vers 3-4 mois
- Vers 5 kg / 6 mois plus besoin de bib la nuit
- Sait s'endormir seul après 6 mois
- Doit dormir seul à 9 mois
- 9 mois âge sensible : angoisse de séparation
- 2 ans âge sensible : phase d'opposition

BOITE A OUTILS ET FORMULES MAGIQUES

- Sevrage de la présence parentale :
 - o Technique de la chaise combinée (à tout âge, dès avant 4-6 mois)
 - o Technique de l'attente progressive (extinction graduelle de Ferber) ou méthode du 5-10-15 (à partir de 4-6 mois jusqu'à 18 mois)
 - o Routine de la chaise (à partir de 18 mois)
- Méthode Chronododo
- Techniques de renforcement : méthode du calendrier ou récompenses (après 2ans), ticket modérateur (vers 2 ans ½ - 3 ans)

TROUBLES DU SOMMEIL

- Toujours éliminer une cause somatique
- « Consulter les parents » autant que l'enfant, dimension psychologique centrale
- Pas de réponse médicamenteuse miracle
- Repérage des principales parasomnies : terreurs nocturnes, cauchemars, somnambulisme, rythmies nocturnes
- Médecin généraliste = en première position pour repérage et soutien (consultations de suivi systématiques, dépistage). Savoir conseiller et orienter si besoin.

QUELQUES RESSOURCES

Pour les médecins et pour les parents...



Le sommeil du tout-petit

Une lecture pratique et scientifique

Editions Philippe Duval - 2020

- Marie-Josèphe CHALLENGEL -

Pédiatre spécialiste du sommeil

Le sommeil de l'enfant

Editions Masson - 2009



La méthode Chrono-dodo

Aider votre enfant à bien dormir

Aude BECQUART, Psychopraticienne, spécialiste du sommeil
et consultante en puériculture et parentalité

Editions LEDUC - 2019

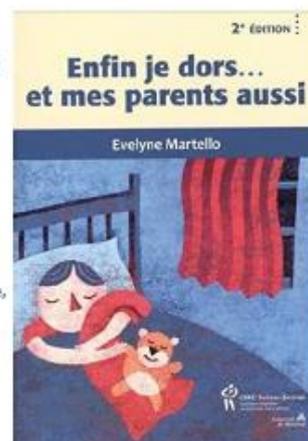
Enfin je dors... et mes parents aussi

Evelyne MARTELLO, infirmière clinicienne,

à la clinique du sommeil de l'Hôpital

Rivière-des-Prairies, Montréal

Editions CHU Ste Justine - 2015



Le sommeil de mon bébé

De 0 à 18 mois

Jacky ISRAEL pédiatre spécialiste du sommeil

Catherine MARCHI journaliste au magazine Parents

Editions Gründ - 2011

QUELQUES RESSOURCES



Site <https://www.mpedia.fr/>

Site de l'AFFPA (l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) pour le grand public, articles validés par un comité scientifique composé de pédiatres, pédopsychiatres, gynécologues, sages-femmes, psychologues, puéricultrices, etc.

Site <https://naitreetgrandir.com/fr/>

Site Québécois, révision scientifique par des médecins, pédiatres, psychologues, infirmières, professeurs, etc.



Site <https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/>

Réseau de santé francilien, sous statut d'association à but non lucratif financé principalement par l'ARS Ile-de-France

Comité scientifique composé de médecins spécialistes du sommeil, psychiatres, médecins généralistes, pneumologues, psychologues, pédiatres (dont le Dr Challamel), professeurs, chercheurs, etc.



Brochure « Le sommeil de l'enfant de 3 à 10 ans »

Réseau Morphée - Décembre 2020



Brochure « Le sommeil du bébé de 0 à 1 an »

Réseau Morphée - Avril 2018



Dépliant à l'attention des parents « Dormir, c'est vivre aussi... »

édité par l'INPES (2007)



VERS QUI ORIENTER ?

En cas de difficultés en premier recours (médecins généralistes, pédiatres), quelles sont les structures locales existantes ? :



La PMI Protection Maternelle Infantile

Délégation St Nazaire : siège EDS Gare 12 place Pierre Semard, St Nazaire

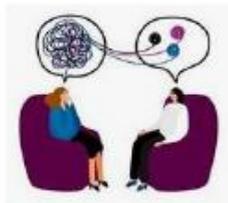
Antennes locales des EDS Espaces Départementaux des Solidarités

Consultations avec des puéricultrices en permanence, ou couplées avec des médecins

CH St Nazaire : consultations pédiatriques, neuropédiatre, CMP.

CMP « le CAPP » Consultation médico-psychologique Parents et tout-petits

CH Saint Nazaire, site d'Heinlex, secrétariat : 02 40 90 75 10



Soutien psychologique parental

Psychologues libéraux, CMP Centres médico-psychologiques

Centre du sommeil du CHU de Nantes - unité d'explorations fonctionnelles

Coordonné par Dr Laurène LECLAIR-VISONNEAU, neurologue, spécialiste du sommeil

Secrétariat : 02 40 16 55 10, mail : secretariat-sommeil@chu-nantes.fr



Consultants en sommeil ; autres structures sous forme de cabinets privés indépendants qui se développent sur la région nantaise

Cabinet Izidort à St Herblain ou consultations à distance, équipe composée d'un infirmier, d'une consultante formée au sommeil et d'une sage-femme, consultations d'1h payantes.

Caroline DECRE, infirmière puéricultrice spécialiste du sommeil de l'enfant, à St Herblain ou consultations à distance, consultations d'1h payantes.

ANNEXE B – GRILLE des CARACTERISTIQUES des MEDECINS

| <u>Médecin</u> (Entretien) | <u>Sexe</u> | <u>Date de naissance</u> | <u>Exerce depuis</u> | <u>Suivi de l'enfant</u> (aigu/ chronique, 0 à 16 ans) | <u>A des enfants</u> | <u>Formation/ Stages</u> <u>externat</u> | <u>Formation/ Stages</u> <u>internat</u> | <u>Formation</u> <u>post internat</u> |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|---|----------------------|---|---|---|
| 1 (26/01/22 en visio) | F | 1987 | 2017 | Oui Env. 35% | Oui | - Pas de souvenirs de formation théorique sur le sommeil du nourrisson | - DU de médecine préventive de l'enfant + stage court en PMI : surtout repères « physiologiques » - Stages : urgences pédiatriques, stage praticien et SASPAS | - Formation spécifique sommeil au sein d'une journée questions et controverses en pédiatrie du CHU de Nantes : surtout repères « pathologiques » |
| 2 (31/01/22 présentiel) | M | 1983 | 2015 | Oui Env. 10% | Oui | - Pas de formation théorique - Stage pédiatrie hospitalisation conventionnelle + gardes urgences pédiatriques | - Pas de souvenirs formation théorique spécifique - Stage pédiatrie hospitalisation conventionnelle + gardes urgences pédiatriques | - Pas de formation spécifique - Recherches à visée personnelle sur sites internet non médicaux, partage d'expérience entre amis |
| 3 (31/01/22 présentiel) | F | 1986 | 2014 | Oui Env. 15-20% | Oui | - Pas de souvenirs formation théorique - Stage urgences pédiatriques | - Pas de souvenirs formation théorique - Stages pédiatrie St Nazaire, praticien et SASPAS | - Pas de formation spécifique - Lecture d'un livre écrit par un pédiatre à visée personnelle |
| 4 (31/01/22 présentiel) | M | 1986 | 2013 | Oui Env. 20% | Oui | - Pas de formation théorique spécifique, généralités sur le sommeil référentiels ECN - Stage urgences pédiatriques | - Pas de formation théorique - Stage ESEAN soins de suite pédiatriques + gardes urgences pédiatriques | - Pas de formation spécifique - Formation DPC développement de l'enfant 0-2 ans : quelques grands repères physiologiques sur le sommeil de l'enfant - Lectures et recherches en cas de questions de parents : sites médicaux et revues professionnelles |
| 5 (31/01/22 présentiel) | F | 1983 | 2014 | Oui Env. 10% | Oui | - Pas de souvenirs de formation théorique - 2 stages en pédiatrie | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stage urgences pédiatriques - DU de médecine préventive de l'enfant avec stage court en PMI, pas de souvenirs de cours sur le sommeil | - Pas de formation spécifique ni formation informelle |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|------|------|-----------------|-----|--|--|---|---|
| 6 (31/01/22 présentiel) | M | 1966 | 1994 | Oui Env. 15% | Oui | - Pas de formation théorique | - Pas de formation théorique | - Pas de formation théorique - Pas de stage en pédiatrie | - Pas de formation spécifique sur le sommeil de l'enfant - Plusieurs formations sur le suivi de l'enfant et de journées questions et controverses en pédiatrie du CHU de Nantes mais sans élément spécifique sur le sommeil - Lecture d'articles sur le sommeil |
| 7 (31/01/22 présentiel) | F | 1988 | 2017 | Oui Env. 20% | Oui | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stage pédiatrie hospitalisation conventionnelle | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stage pédiatrie hospitalisation conventionnelle | - Un cours sur le sommeil par un médecin de PMI (mais pas de souvenirs précis du contenu) - Stages praticien et SASAPS, quelques jours en PMI. Pas de stage en pédiatrie. | - Pas de formation spécifique - Lectures éparées revues professionnelles et sites médicaux ou non, partage d'expérience entre collègues ou amis |
| 8 (02/02/22 présentiel) | M | 1969 | 1997 | Oui Env. 20% | Oui | - Pas de formation théorique | - Pas de formation théorique | - Pas de formation théorique - Stage pédiatrie CHU Pointe à Pitre Guadeloupe + gardes urgences/étage - DU de pédiatrie + stage court chez pédiatre en Guadeloupe : pas de souvenirs de formation sur le sommeil | - Pas de formation spécifique - Lectures éparées revues professionnelles |
| 9 (09/02/22 En visio) | F | 1990 | 2019 | Oui Env. 10% | Non | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stages urgences pédiatriques | - Pas de formation théorique - Stage urgences pédiatriques | - Pas de formation théorique - Stages pédiatrie hospitalisation conventionnelle en Vendée + gardes urgences pédiatriques, stages praticien et SASPAS | - Pas de formation spécifique - Lectures et recherches en cas de questions de parents : sites médicaux |
| 10 (14/02/22 présentiel) | F | 1991 | 2018 | Oui Env. 5% | Oui | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stages urgences pédiatriques, pédiatrie spécialisée hospitalière, pédiatre libérale | - Pas de souvenirs de formation théorique - Stages urgences pédiatriques, pédiatrie spécialisée hospitalière, pédiatre libérale | - Notions générales MSN et couchage. Cours de PMI mais pas de souvenirs précis. - Stage couplé PMI/urgences pédiatriques St Nazaire, praticien et SASPAS | - Pas de formation spécifique - Partage d'expérience entre collègues ou proches et sur les réseaux sociaux |

ANNEXE C – TABLEAUX d'ANALYSE des ENTRETIENS

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES - CODAGE

--- MEDECIN 1---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</p> | <p>- Externat : pas de formation théorique sommeil nourrisson ou pas de souvenirs</p> <p>- Stage Internat : urgences pédiatriques à Nantes, formation pratique, familiarisation avec rythmes de l'enfant, expérience en stage sur le rythme de sommeil et conseils aux parents. Stages praticien et SASPAS</p> <p>- Formation théorique + pratique Internat : DU de médecine préventive de l'enfant entre Nantes et Rennes : sommeil peu abordé, quelques souvenirs imprécis sur les cycles et temps de sommeil et conseils pratiques aux parents, pleurs du nourrisson, rythme nyctéméral... donc surtout des repères physiologiques. ET quelques demies journées (peu, max 2-3 sem) en PMI avec médecin ou puéricultrice en observateur (Ndl : mais ne s'en ait souvenu que secondairement). Ne s'est pas sentie mieux formée ensuite car pendant l'internat donc ensuite reprise de stages adulte et donc pas le temps pour mettre en pratique et ancrer les connaissances nouvelles.</p> | <p>- Pas de formation théorique externat</p> <p>- Stage internat UP, prat et SASPAS</p> <p>- Stages peu formateurs sur la question du sommeil (quelques notions, physio, rythmes)</p> <p>- DU médecine préventive de l'enfant + qq jours stage PMI (notions de physio)</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</p> <p>→ Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</p> <p>→ Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</p> | <p>- A eu une formation spécifique dans le cadre d'une journée questions et controverses en pédiatrie du CHU de Nantes : intervention du médecin spécialiste du sommeil Dr Leclair Visonneau. Donc n'était pas allée à formation QUE sur le sommeil mais une partie spécifique dessus. En dehors des âges de la normalité et rappels phases de sommeil, abordait plus le sommeil « pathologique » que physiologique (parasomnies, cauchemars, terreurs nocturnes). Il y a plusieurs années, en garde peu de souvenirs.</p> <p>- S'est sentie plus armée après sur ses connaissances des terreurs nocturnes et cauchemars, de leur description, les âges physiologiques, leur bénignité, pour savoir (compétences) reconnaître et rassurer les parents. Mais pas sur le sommeil physiologique.</p> <p>- Pas de formation spécifique exclusive sur le sujet en post internat</p> <p>- Ne sait pas s'il existe des formations spécifiques sur le sujet, imagine que oui en DPC.</p> | <p>- FORMATION SPECIFIQUE au sein de journée Q° et controverses en pédiatrie (notions « patho » : cauchemars, terreurs nocturnes)</p> <p>- sentie MIEUX FORMEE ensuite pour REPERER et RASSURER</p> <p>- pas de formation spé exclusive</p> <p>- ne connaît pas de formations spé</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</p> <p>→ Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</p> | <p>- c'est surtout l'expérience personnelle « après j'ai mon expérience de maman et c'est vraiment ça qui aide »</p> <p>- Auto-évaluation : compétences modérées (+ avec l'expérience de maman). Pas de grosses difficultés, se sent à l'aise</p> <p>- Origine mixte des connaissances/compétences : formation théorique et surtout pratique (importance des stages) mais surtout expérience personnelle de parent</p> | <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE surtout</p> <p>- Se sent A L'aise</p> <p>- Expérience personnelle >>> formation pratique (stages) >>> formation théorique</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- questions ouvertes, globales, « comment se passe le sommeil ? » - rythme du sommeil/siestes/heure de coucher, rythme et type de l'alimentation (biberon/allaitement) - différenciation selon l'âge et selon la place dans la fratrie - Pose la question systématiquement en consultation en suivi et de prévention. Tant que l'enfant fait des siestes en journée, moins systématique à partir de 4-5ans. - Limite : après 2 ans ne viennent plus toujours sur les consultations de suivi après 2 ans et profitent d'un motif aigu pour faire le point, dans ce cas pas forcément systématique car déjà plein de choses à voir - beaucoup de réassurance de la normalité quand examen normal et risque de maltraitance écarté - « moi je leur dis », « moi je pose des questions », « en général » : utilisation du présent + moi, je = façon personnelle de faire, habitudes propres</p> | <p>- Questions OUVERTES, GENERALES - DETAILLE : rythmes/heures/siestes - ALIMENTATION - SYSTEMATIQUEMENT en consultation de suivi et prévention jusqu'à 4-5 ans - Limite > 2 ans : viennent moins en consultation de SUIVI + profitent d'un motif AIGU (pas motif unique) - SPECIFICITE : REASSURANCE / SOMATIQUE - MALTRAITANCE - HABITUDES</p> |
| <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | <p>- « c'est pas tant que ça un sujet primordial pour les parents » - surtout problèmes connexes liés au sommeil : pleurs du nourrisson, coliques, troubles digestifs, prises alimentaires. La première année : pleurs du soir, caractère tardif des nuits complètes avec alimentation nocturne. - Jusqu'à 3ans et après : difficultés au coucher, se relève plusieurs fois la nuit, angoisses à l'endormissement avec erreur de prendre dans le lit avec difficultés++ par la suite pour dormir dans son lit ou s'endormir seul - « Peut-être qu'on prend pas bien en charge le sommeil et que c'est pour ça que les parents ont vite fait de prendre le parti de dire bon bah voilà il faut que je dorme mal pendant quelques mois et ça va venir » - Après 2ans parents viennent de manière moins systématique aux cs de suivi donc la question du sommeil « à partir d'un certain âge on va en parler si c'est une plainte » - Parents demandeurs de « petits trucs », de conseils pratiques, et pense que ça fonctionne mieux avec l'effet placebo quand le médecin a des enfants car sont plus en confiance</p> | <p>- SECONDAIRE et PEU FREQUENT - Nourrisson : PLEURS, RGO, COLIQUES, FAIRE SES NUITS et alimentation nocturne - Plus vieux : ENDORMISSEMENT (angoisses, coucher difficile...) et REVEILS NOCTURNES - PAS DANS LE LIT PARENTAL - PARTAGE LIT PARENTAL - MAUVAISES HABITUDES - TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES - RECOURS MEDICAL, PLAINTE RAPPORTEE - mieux si MEDECIN PARENTS - PLACE du MT, APPORT du MT - NORMALITE, VARIABILITE inter individuelle, PREVENTION, SUBJECTIVITE, INCERTITUDE, TEMPS d'acquisition</p> | <p>- A L'AISE - BASES THEORIQUES, ETAYAGE SCIENTIFIQUE</p> |
| <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- pas beaucoup, pas de grosses difficultés, se sent à l'aise - manque de bases théoriques pour expliquer les conseils donnés</p> | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>En termes de contenu ?</i> ➔ <i>En termes de format et organisation pratique ?</i> ➔ <i>Quel objectif principal pour vous ?</i> | <p>-Contenu : rappel physiologique simple et pratique, principaux âges pivots des acquisitions, mise à jour des recommandations « c'est peut-être plus ça », reco cododo (lien avec allaitement et risque de mort subite)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format et organisation : intégré à une journée de pédiatre (pratique car adapté au planning chargé des MG), format court, en présentiel (en visio ennuyeux), plutôt partir des questions des médecins qu'un power point, support résumé à la fin ou support écrit pour les parents - Objectif principal : rappel des feux rouges, préciser jusqu'à quand on est dans la normalité | <ul style="list-style-type: none"> - PHYSIOLOGIE (concis et pratique) - THEORIE mais surtout PRATIQUE - AGES PIVOTS, NORMALITE, cododo - SIGNES d'ALERTE, DEPISTAGE/ REPERAGE - Intégré à une journée - COURT, en PRESENTIEL - partir des Q° des médecins - DOCUMENTATION pour patients |
| <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - pas trop long (sinon ennui et ne retient rien) - pratico pratique - interactif, pouvoir poser des questions - bonne ambiance - clarté et qualité de l'intervenant, son dynamisme - choses utiles en médecine générale - délivrance d'un support écrit résumé | <ul style="list-style-type: none"> - MISE A JOUR - PRATICO PRATIQUE - INTERACTIF, poser des Q° - Ambiance - INTERVENANT - Adaptée MEDECINE GENERALE - Support ECRIT RESUME |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 2 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- pas de formation théorique externat/internat, peut-être un item d'internat, mais pas de souvenirs</p> <p>- Stages internat : pédiatrie hospitalisation conventionnelle au CHU de Nantes + gardes aux urgences pédiatriques. Peut-être toucher du doigt quelques notions en stage ou staffs</p> <p>- Stages externat : idem.</p> | <p>- Pas de souvenirs de formation théorique externat/internat</p> <p>- Stages externat/internat : pédiatrie hospit conventionnelle + gardes UP</p> <p>- Stages peu formateurs sur la question du sommeil (peut-être rares notions)</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Formations sur le sommeil de l'adulte ou sommeil en général</p> <p>- Pas de formation spécifique sommeil de l'enfant</p> <p>- Pense mais ne sait pas si il existe des formations spécifiques</p> <p>- N'irait pas spontanément suivre une telle formation car en a d'autres en cours et problème secondaire, mais l'intéresse</p> <p>- a déjà pris des renseignements en ligne sur des sites grands publics non médicaux à visée personnelle</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- ne connaît pas de formations spé (+/- intéressé mais non prioritaire)</p> <p>- Problème SECONDAIRE</p> <p>- Formation NON PRIORITAIRE</p> <p>- SOURCES d'informations : Infos PERSONNELLES SITES INTERNET NON MEDICAUX</p> <p>- autoformation informelle</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- régulièrement en difficulté sur cette question</p> <p>- se sent mal formé « stade néant »</p> <p>- vagues notions sur les cycles, le rituel...</p> <p>- d'origine mixte : infos glanées surtout en stage mais surtout expérience personnelle avec ses enfants et infos partagées entre amis sur leurs propres enfants</p> <p>- expérience en consultation aussi : solutions de relais... apportées par une patiente</p> <p>- « En gros je pense (rires) que tout ma connaissance du sommeil de l'enfant c'est mes enfants »</p> <p>- « c'est des questions sur lesquelles on est en difficulté mais probablement sans s'en rendre vraiment compte »</p> | <p>- PAS A L'AISE</p> <p>- Problème FREQUENT</p> <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE surtout d'expérience (amis) >>> stages et expérience en consultation (empirique)</p> <p>- SUBJECTIVITE, INCERTITUDE</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- pose la question systématiquement</p> <p>- question générale « le sommeil comment ça se passe ? », ne détaille pas si pas de soucis</p> <p>- rituel du coucher, cauchemar, réassurance par rapport à la normalité</p> <p>- « je parle beaucoup de », « c'est une question que je pose systématiquement », « je leur donne la possibilité » : façon personnelle de faire, habitudes</p> <p>- difficultés à l'endormissement, impossibilité de poser l'enfant endormissement dans les bras. Réveils nocturnes</p> <p>- devient un motif de consultation quand les parents sont épuisés : <i>donc pourquoi pas de recours médical plus tôt ? Quid de l'authenticité des réponses apportées par les parents lors des questions du médecin aux précédentes consultations ?</i></p> <p>- rarement un motif unique de consultation</p> <p>- problématique qui revient régulièrement</p> <p>- quand ça dépasse l'expérience personnelle, peut soumettre une idée « mais au-delà je suis un peu comme un idiot j'ai pas beaucoup de solutions à proposer »</p> <p>- les troubles de l'endormissement quand le rituel ne fonctionne pas</p> <p>- les réveils nocturnes qui durent dans le temps</p> <p>- manque de solutions pratico pratiques, de techniques à proposer</p> <p>- manque des repères de normalité, quand est-ce qu'on s'inquiète</p> | <p>- SYSTEMATIQUEMENT</p> <p>- Question OUVERTE, GENERALE</p> <p>- DETAILLE PAS si ras</p> <p>- INTERROGATOIRE ORIENTE ?</p> <p>- RITUEL</p> <p>- REASSURANCE</p> <p>- HABITUDES</p> <p>- ENDORMISSEMENT, autonomie</p> <p>- REVEILS</p> <p>- Problème FREQUENT</p> <p>- Motif non unique de consult</p> <p>- EPUISEMENT PARENTAL</p> <p>- PREVENTION</p> <p>- ENDORMISSEMENT au-delà rituel, REVEILS (= MEMES QUESTIONS)</p> <p>- TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES, APPORT du MT</p> <p>- NORMALITE, TEMPS d'acquisition</p> <p>- SIGNES D'ALERTE, DEPISTAGE/ REPERAGE</p> |
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ? → En termes de contenu ? → En termes de format et organisation pratique ? → Quel objectif principal pour vous ?</p> <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <p>-Contenu : rappels physiologiques, repères de normalité, les cycles, le signes d'alerte, des recettes, conseils endormissement et réveils. Théorie et pratique</p> <p>- Format : court et concis (max des demies-journées), en présentiel, formateur se déplace à la maison de santé, sur plage du midi, pas de mise en situation, petit groupe</p> <p>- Obj principal : amener conseil supplémentaire aux parents, avoir des cartes à proposer</p> <p>- Interactivité, échanges et dynamisme</p> <p>- pratico pratique</p> <p>- sortir avec les grandes idées en tête, gagner un peu/quelques notions « chaque fois on gagne qu'un tout petit peu [...] alors qu'il y avait tout déjà dans la première formation »</p> <p>- aller à l'essentiel, clair et concis.</p> <p>- éventuellement support écrit</p> | <p>- PHYSIOLOGIE</p> <p>- THEORIE mais surtout PRATIQUE</p> <p>- NORMALITE, SIGNES d'ALERTE</p> <p>- TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES</p> <p>- COURT, en PRESENTIEL, à la MSP, petit groupe</p> <p>- INTERACTIVITE, échanges</p> <p>- PRATICO PRATIQUE</p> <p>- COURT</p> <p>- EFFICIENCE : concis, sortir avec grandes notions, messages clés</p> <p>- Support ECRIT</p> |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 3 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- Pas de souvenirs de formation théorique externat/internat</p> <p>- Stage externat : urgences pédiatriques</p> <p>- Stages internat : un semestre pédiatrie st Nazaire, mais pas de notions de physiologie ou physiopathologie du sommeil. Davantage en prat et SASPAS mais en réalité essentiellement habitudes du médecin : « Les seuls endroits où ça a pu être abordé c'est plutôt les stages de SASPAS, chez le médecin généraliste plus qu'en pédiatrie hospitalière [...] et encore même pas, ou les habitudes du médecin »</p> | <p>- Pas de souvenirs formation théorique externat/internat</p> <p>- Externat : stage UP</p> <p>- Internat : pédiatrie St Nazaire, praticien et SASPAS</p> <p>- Stages peu formateurs sur la question du sommeil</p> <p>- HABITUDES</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Pas de formation spécifique</p> <p>- Lecture à titre personnel d'un livre écrit par une pédiatre (rythmes de sommeil...) : « des choses pratiques pour comprendre pourquoi mes enfants ne dormaient pas [...] et qu'est-ce que je peux faire »</p> <p>- ne sait pas si une formation spécifique existe</p> <p>- serait intéressée par une telle formation</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- SOURCES d'informations : Lecture d'un livre à titre PERSONNEL</p> <p>- autoformation informelle</p> <p>- ne connaît pas de formation spé (mais intéressée)</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- Très insuffisantes</p> <p>- Expérience personnelle : « elles sont uniquement basées sur mon expérience personnelle, et que... c'est nul (rires) »</p> <p>- En difficulté sur la question, pas à l'aise : « oui parce qu'après comment aider... enfin c'est compliqué », « en vrai je sais que c'est hyper compliqué, c'est la galère »</p> <p>- « dans ma tête si il arrive à s'endormir seul il va réussir à se réveiller et à se rendormir seul »</p> | <p>- TRES INSUFFISANTES, PAS A L'AISSI</p> <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE uniquement</p> <p>- ENDORMISSEMENT AUTONOME ELEMENT CLE, autonomie à l'endormissement</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pose systématiquement la question en consultation de suivi - Question générale fermée ou ouverte : « Est-ce qu'il dort bien ? » « Comment ça se passe le sommeil » « Est-ce qu'il a un sommeil calme ? » sans détailler forcément : « ça en découle » « on a toujours l'info et après si je vois que ça a l'air d'être un problème pour eux on va aller plus dans le détail » - Définition ? : « pour moi dort bien c'est avoir un sommeil calme de plusieurs heures » - Réassurance, déculpabilisation, éviter l'angoisse - Soutien et valorisation des parents « c'est super ce que vous faites, il grandit bien, c'est vous qui le connaissez, écoutez pas trop autour » - Conseille aux parents de se protéger, éventuellement confier l'enfant, prévenir le risque de maltraitance, importance qu'ils dorment aussi. Favoriser l'allaitement en prévenant des impacts sur le sommeil et encourager l'investissement du père. « Je demande toujours les premiers mois est-ce que vous êtes fatigués ? Comment ça va ? » - Recours familial permet parfois de prendre conscience qu'en réalité l'acquisition est faite : « quand ils les mettent chez les grands parents ils dorment ça aide aussi les parents à dire bah si il sait faire donc je peux le laisser il est capable » avec parfois plus un travail d'éducation des parents que de l'enfant - Expliquer à l'enfant, accompagnement à l'endormissement après 4-5mois, différencier pleurs de plainte et pleurs d'endormissement, laisser pleurer un peu, rituel d'endormissement tôt dès 2 mois - Eliminer une pathologie somatique sous-jacente (reflux) - Rappeler ce qui est normal, la physiologie, et que les capacités de sommeil sont variables, pour rassurer et donner « une autre normalité aux parents » - « Rassurer, c'est normal il faut du temps, et après quand ça traîne j'essaie de donner des astuces qui moi ont marché sur mes enfants », « je dis ce que moi j'ai fait » - « quand ils sont tout petits jusqu'à 4-5mois rien de plus. Je commence à donner des astuces quand les parents me rapportent qu'ils n'en peuvent plus », « vers 4-5 mois c'était un âge où il pouvait apprendre à s'endormir seul et que du coup avant ça sert à rien », « Il va l'acquérir de toute façon » « les bébés ils ont parfois besoin de beaucoup de temps pour acquérir un sommeil seul » « c'est normal qu'il ne dorme pas bien » : temps d'acquisition parfois long normal = quelle normalité ? ne peut rien faire précocement ? - « Je dis souvent que apprendre à dormir c'est comme tous les apprentissages » - Sujet central en termes de prévention « hyper important que l'enfant apprenne à dormir mais aussi pour lui pour sa santé » - A orienté une fois vers école des parents, psychologue - « moi j'essaie de », « je dis souvent », « moi je fais plus ça » « je demande toujours » : présent + moi et je, façon personnelle de faire les choses, spécificité : surtout versant parental | <ul style="list-style-type: none"> - SYSTEMATIQUEMENT en suivi - Q° GENERALE, FERMEE/OUVERTE - NE DETAILLE PAS forcément - SUBJECTIVITE - REASSURANCE, déculpabiliser - VARIABILITE inter individuelle - NORMALITE, PHYSIOLOGIE, SOMATIQUE - HABITUDES + EXPERIENCE PERSO - TEMPS d'acquisition, pas d'intervention avant 4-5 mois, LAISSER venir - vs. PRECOCITE (rituel) et APPRENTISSAGE - EPUISEMENT parental, SOMMEIL parental, PRESERVATION parentale - recours familial, EDUCATION des parents, SOUTIEN PARENTAL et valorisation > SPECIFICITE : PARENTS - Sommeil avec un TIERS - MALTRAITANCE - Expliquer à l'enfant, reconnaître les pleurs et les respecter, RITUEL, accompagner l'autonomie à l'endormissement, PLACE DU PERE - ORIENTATION - sujet CENTRAL, PREVENTION |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | <p>- Question très fréquente : « c'est des questions qu'on a quotidiennement presque, avec les petits de moins de 1 an c'est une question qui revient, si ce n'est à chaque consultation, quasiment. Au moins une fois par semaine on aborde ce sujet »</p> <p>- « non c'est souvent problématique mais parce que l'on croit qu'un enfant il faut qu'il dorme [comme un adulte], c'est important mais peut-être plus tard »</p> <p>- Endormissements longs ou nécessitant présence parentale et réveils nocturnes</p> <p>- Surtout avant 1 an, moins après car les voit moins souvent pour des consultations de suivi + « les parents consultent pas forcément pour ça parce qu'ils essaient de se débrouiller »</p> <p>- question de la normalité, comparaison aux autres enfants, pression de la société + sources d'informations contradictoires pour les parents « parce qu'on leur dit qu'il faut laisser pleurer et il y a des gens qui vont dire faut surtout pas laisser pleurer », « on dit aux mamans il faut pas que le bébé pleure, mais en fait c'est hyper culpabilisant c'est hyper difficile parce qu'un bébé ça pleure en fait, donc il y a un entre deux, un peu de bon sens à avoir, mais c'est pas facile quand on dort pas depuis plusieurs mois » : nécessité d'une référence médicale fiable, rôle du médecin traitant « même si on n'a pas de formation (sourire) on a quand même plus de crédit pour pouvoir dire non on fait comme ça, ça va aller »</p> <p>- mais très subjectif, notion de « faire ses nuits » : « en fait quand on décortique les nuits de certains c'est 5h en fait, c'est 3h, c'est variable »</p> <p>- Prendre du recul, difficultés de décisions en pleine nuit : « la nuit on fait jamais ce qu'il faut on n'a pas les bons réflexes »</p> <p>- Accompagnement à l'endormissement ou des réveils,</p> <p>- « c'est peut-être pas les dernières recommandations », « je sais pas si c'est la vérité vraie », « elle a utilisé les mêmes techniques que moi donc ça m'a un peu conforté », « je sais pas si ce que je dis c'est bien »</p> <p>- « je me rends compte que même avec deux enfants élevés par les mêmes parents c'est pas tout la même chose donc il y a vraiment des différences individuelles chez les enfants donc ce qui a marché avec l'un ne va pas forcément marcher avec l'autre »</p> <p>- Evolution avec l'âge aussi : « ce qui nous paraît vrai avec un enfant à un moment précis peut être tout remis en question 5 mois plus tard » Donc incertain ET évolutif</p> <p>- « on fait avec ce qu'on... et je vois bien à distance petit à petit je perds aussi »</p> <p>- Terreurs nocturnes et âge des cauchemars, mais question plus rare</p> <p>- Cododo, partage de chambre avec les parents</p> | <ul style="list-style-type: none"> - TRES FREQUENT - PROBLEMATIQUE - NORMALITE, NORMES - COMPARAISON - REFERENCE, LEGITIMITE - PLACE du MT, APPORT du MT - DEBROUILLARISE - SUBJECTIVITE - ENDORMISSEMENT, REVEILS - Limite > 1an viennent moins en consultation de suivi - Education en contexte d'épuisement - RECOURS MEDICAL - PLAINTe RAPPORTEE |
| <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- ENDORMISSEMENT, REVEILS (= MEMES QUESTIONS)</p> <p>- TERREURS NOCTURNES, CAUCHEMARS, cododo</p> <p>- INCERTITUDE, OUBLI, BON SENS</p> <p>- VARIABILITE inter-individuelle + EVOLUTION avec l'âge</p> <p>- ETAYAGE SCIENTIFIQUE, SOURCES d'informations et leur fiabilité, MISE A JOUR</p> <p>- RECOMMANDATION, cododo</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>En termes de contenu ?</i> → <i>En termes de format et organisation pratique ?</i> → <i>Quel objectif principal pour vous ?</i> | <p>-Contenu : rythmes du sommeil de l'enfant, techniques simples pour les parents, est-ce qu'on doit s'inquiéter, âge où doit s'attendre à l'acquisition de l'endormissement, âges auxquels les parents doivent mettre d'autres choses en place, sources fiables d'informations, conseils de lecture pour médecins et parents, adresses pour orienter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format : court, 1h30, en présentiel, concret, échanges, questions à la fin - Obj principal : validation de la pratique actuelle | <ul style="list-style-type: none"> - PHYSIOLOGIE - THEORIE et PRATIQUE, CONCRET - TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES - SIGNES D'ALERTE, AGES PIVOTS, MOMENTS CLES d'INTERVENTION - ETAYAGE SCIENTIFIQUE, SOURCES fiables d'informations - DOCUMENTATION et ORIENTATION - BESOIN de VALIDATION - COURT, en PRESENTIEL - INTERACTIF, échanges - PRATICO PRATIQUE - EFFICIENCE : messages clés, concis - INTERVENANT expérimenté |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - que ça se base sur la science - intervenant expérimenté - interactivité - concision, messages clés | |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 4 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</p> | <p>- pas de formation théorique internat/externat, peut-être notions générales sur le sommeil dans référentiels ECN, mais pas de souvenirs</p> <p>- Stages externat : urgences pédiatriques</p> <p>- Stages internat : ESEAN soins de suite pédiatriques (oncologie, MPR...) + gardes aux urgences pédiatriques</p> <p>- « Donc pas forcément des choses en lien avec le sommeil de l'enfant »</p> | <p>- Pas de souvenirs de formation théorique, notions générales ECN</p> <p>- Stage externat : UP</p> <p>- Stage internat : ESEAN + gardes UJ</p> <p>- Stages peu formateurs sur la question du sommeil</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</p> <p>→ Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</p> <p>→ Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</p> | <p>- Formation DPC Dr GARCIA sur l'examen du nouveau-né de 0 à 2 mois, alimentation, ictère, suivi et dépistage... pas de souvenirs d'une partie sur le sommeil</p> <p>- Formation DPC sur le développement de l'enfant de 0 à 2 ans avec petite partie sur le sommeil. En distanciel. Donc pas formation spécifique sommeil mais avec des grands repères. En a gardé surtout comme souvenir la mise en place du sommeil à partir de 6 mois, « au moins le 0-6 mois leur dire que de toute façon faut pas s'attendre à ce que ça soit normal » donc surtout réassurance. Lui a donné de grands repères mais « pas suffisant car c'est pas sur le sommeil en tant que tel, ça donnait des pistes »</p> <p>- Quelques lectures d'articles, recherches si besoin, « je pense que mes connaissances théoriques sont insuffisantes donc [...] si ça sort de ce qu'il me semble normal je vais aller chercher », sur des sites (kit medical, mpedia, réseau de pédiatrie, impression de fiche/flyer...), des revues médicales (Prescrire, La revue du prat)</p> <p>- Donc pas de formation spécifique sur le sommeil de l'enfant</p> <p>- Ne sait pas si il en existe</p> <p>- L'intéresserait à titre professionnel et personnel</p> <p>- Connaissances théoriques « insuffisantes »</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- DPC développement enfant 0-2ans : grands repères physiologiques</p> <p>- Peu de souvenirs, insuffisant</p> <p>- NORMALITE</p> <p>- TEMPS d'acquisition</p> <p>- REASSURANCE</p> <p>- SOURCES d'informations : Qq lectures à titre PROFESSIONNEL (SITES MEDICAUX et REVUES PRO), autoformation informelle</p> <p>- RECHERCHES pro si besoin</p> <p>- ne connaît pas de formation spé (intéressé à titre pro + perso)</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</p> <p>→ Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</p> | <p>- Connaissances pratiques issues de l'expérience en consultation avec le suivi d'enfants mais surtout de l'expérience personnelle en tant que père « la deuxième partie qui a beaucoup changé c'est effectivement quand j'ai eu mes enfants aussi, je vois la différence sur le suivi que j'avais en médecine générale avant et après »</p> <p>- ne connaît pas de techniques dédiées.</p> | <p>- INSUFFISANTES (théoriques)</p> <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE surtout</p> <p>- Expérience perso >> expérience en consultation (empirique)</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- Systématiquement en consultation de suivi - Question ouverte « comment ça se passe au niveau du sommeil ? » - si tout va bien détaille quand même un peu (réveils, siestes...) et se rend compte que met parfois au jour des choses (des réveils...) mais qui ne sont pas considérés comme une inquiétude par les parents. Rythme des siestes systématiquement jusqu'aux 18 mois - Limite : examens de suivi systématiques très réguliers jusqu'aux 18-24 mois puis les voit moins souvent, pose la question aux examens de suivi 1 fois par an ensuite mais n'y viennent pas toujours - Chercher une cause aux troubles « le pourquoi » : « essayer de savoir s'il y a une cause, et après de la réassurance...souvent » - Beaucoup de réassurance et essaie de ne pas transposer son expérience personnelle car diffère d'un enfant à l'autre, « j'essaie plutôt de rassurer en disant qu'il n'y a pas de règles », verbaliser l'incertitude comme quelque chose de normal + variabilité, chaque enfant est différent, il n'existe pas de mode d'emploi - « j'essaie », « j'ai toujours une sorte de plan », « j'essaie de dire aux gens », « je cherche d'abord à comprendre », « je le redemande » : présent et je, façon personnelle de faire ; spécificité : surtout réassurance sur l'absence de mode d'emploi</p> <p>- la question de la normalité - Troubles de l'endormissement (présence prolongée...) et réveils nocturnes - Alimentation : mange-t-il assez le soir, entre 6 et 12 mois - 2-4ans : réveils, cauchemars, terreurs nocturnes, partage de lit parental « c'est quand même une problématique fréquente de devoir les faire sortir du lit » - Question du médicament - « Ils posent pas trop de questions sur les conditions, la pièce... » - Question plutôt fréquente mais « non souvent on arrive à gérer quand même, donc c'est qu'on doit pas faire trop mal ou en tous cas on arrive à ce que les gens le supportent »</p> | <p>- SYSTEMATIQUEMENT en suivi - Questions GENERALES, OUVERTES - DETAILLE : siestes, réveils - SUBJECTIVITE - PLAINTE RAPPORTEE - Limite > 2 ans : viennent moins en consultation de SUIVI - DEPISTAGE, le pourquoi - REASSURANCE - VARIABILITE inter individuelle - INCERTITUDE - NORMALITE - HABITUDES, SPECIFICITE : absence de mode d'emploi</p> <p>- NORMALITE - ENDORMISSEMENT, REVEILS - Autonomie à l'endormissement - Alimentation - 2-4ans : CAUCHEMARS, TERREURS - MEDICAMENT - PARTAGE LIT PARENTAL - FREQUENT mais SECONDAIRE - PLAINTE RAPPORTEE</p> |
| <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- Terreurs et cauchemars, endormissements et réveils « on est assez démunis sur les endormissements et sur les réveils », manque de connaissances théoriques - Incertitude liée au manque d'étayage, de validation scientifique « j'essaie de leur donner ce qui me semble être des bonnes pratiques » - Incertitude inhérente à la question « on n'a pas de baguette magique. Ca j'essaie de le verbaliser justement, en disant qu'il n'y a pas forcément de solution précise, qu'il y a une certaine incertitude mais que ça va rentrer dans l'ordre » + variabilité inter individuelle « je leur dis que le mode d'emploi c'est eux qui vont le découvrir et chaque enfant en aura un différent et qu'il n'y a pas de règle prédéfinie » = difficultés pour le médecin car pas de réponse unique et immédiate et absence de réponse médicamenteuse « Donc là c'est plutôt sur l'écoute et l'accompagnement » - si très problématique oriente (CMP, lieux parents enfants, associations...)</p> | <p>- ENDORMISSEMENT, REVEILS, TERREURS, CAUCHEMARS (= MEMES QUESTIONS) - INCERTITUDE (manque THEORIE + étayage SCIENTIFIQUE + VARIABILITE inter individuelle + question de la NORMALITE + pas de MEDICAMENT) - SOLUTION immédiate - APPORT du MT - REASSURANCE - ORIENTATION</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ <i>En termes de contenu ?</i> ➔ <i>En termes de format et organisation pratique ?</i> ➔ <i>Quel objectif principal pour vous ?</i> | <p>-Contenu : bases théoriques de manière succincte pour appuyer la pratique, conseils endormissement et réveils, données théoriques cauchemars et terreurs. Techniques et conseils pratiques, documentation validée pour les patients. Choses faisables en pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validation des pratiques : « est-ce que je donne des bons conseils ou est-ce que c'est pas adapté ce que je conseille ? » - Format : partir des difficultés et questions des médecins, dynamisme et échanges, en présentiel, +/- dans une journée dédiée, demie journée max, format court 2 à 4h - Objectif principal : mise à jour des connaissances théoriques + en sortir avec une boîte à outils | <p>- THEORIE appuyant la PRATIQUE</p> <p>- TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES, BOITE A OUTILS</p> <p>- Adaptée MEDECINE GENERALE</p> <p>- MISE A JOUR, BESOIN de VALIDATION</p> <p>- DOCUMENTATION pour patients</p> <p>- partir des Q° des médecins</p> <p>- COURT, en PRESENTIEL, +/- intégré à une journée</p> |
| <p>8- Quels seraient selon les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Dynamisme, support théorique épuré pour favoriser les échanges « moins il y a de diapos plus la formation est de qualité en général (rires) » - Faire le lien entre la théorie et la pratique - Sortir avec les messages clés principaux en tête | <p>- INTERACTIF, dynamisme, échange</p> <p>- PRATICO PRATIQUE</p> <p>- MISE EN PRATIQUE immédiate</p> <p>- EFFICIENCE : messages clés</p> | |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 5 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">Formation initiale et complémentaire</p> | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de formation théorique pendant l'externat ou l'internat « zéro. Ou je ne me souviens pas en tous cas » - Thèse sur l'antibiothérapie chez l'enfant - Un stage d'interne en pédiatrie aux urgences pédiatriques à Nantes - Deux stages en pédiatrie pendant l'externat - En fin d'internat DU de médecine préventive de l'enfant avec stage court en PMI, ne se souvient pas si un cours sur le sommeil était présent | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de souvenirs formation théorique externat/internat - 2 stages pédiatries externat - Stage UP Internat + DU médecine préventive de l'enfant avec stage court en PMI - Souvenirs, MEMOIRE |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de formation en post internat « zéro », pas de formation spécifique - N'a pas lu de livres ou revus même à titre personnel - Pense qu'il doit exister des formations spécifiques mais n'en connaît pas - Serait intéressée pour en suivre une | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de FORMATION SPECIFIQUE - Ne connaît pas de formation spé (intéressée) |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ne s'estime pas bien formée sur le sujet - « Empirique », surtout liée à l'expérience personnelle « ce que j'ai pu mettre en œuvre avec mes enfants » « on devrait pas trop répondre ça » et subjective « plus l'idée que je m'en fais » - Avec en plus rôle d'expert médical quand même « un peu notre savoir plus d'expert en tant que médecin », « en tant que professionnel de santé je veux dire, on sait qu'il y a des choses importantes pour entrer dans le sommeil » - Notions générales apprises dans les études non spécifiques du sommeil : besoin de réassurance, etc. mais « pas de vrais abaques ou de cours » ou ne s'en souvient pas, difficultés à déterminer ce qui relève de la formation « viennent petit à petit, c'est des strates » | <ul style="list-style-type: none"> - INSUFFISANTES - EXPERIENCE PERSONNELLE surtout - EMPIRIQUE - SUBJECTIVITE - REFERENCE, LEGITIMITE - PLACE et APPORTS du MIT - REASSURANCE - OUBLI |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- Pose la question systématiquement en consultation de suivi, pas forcément au cours de toutes les consultations notamment pour motif aigu</p> <p>- Question générale fermée « est-ce qu'il a un bon sommeil ? est-ce qu'il dort bien ? », parfois en s'adressant directement à l'enfant quand plus grand. Refait un point alimentaire pour les plus petits. Détaille pour les plus petits les siestes et leur durée mais détaille peu s'il n'y a pas de problème soulevé par les parents « en fait bah non ça va et puis tu passes à autre chose » + pose la question du temps en consult pour tout aborder</p> <p>- Parle des écrans, repérage des signes de fatigue, veiller au maintien d'un rythme, si besoin observer sur quelques jours le rythme naturel de l'enfant, la lumière et le lien avec la mélatonine, les rituels le plus fixes possibles, rassurer l'enfant lui parler témoigner de sa présence poser une main sans forcément sortir du lit ni prendre dans les bras, le doudou objet transitionnel pour aider à l'apprentissage de l'autonomie, pas de biberon de réconfort si plus besoin d'alimentation nocturne + risque de caries</p> <p>- Pragmatisme selon les situations on s'adapte et on accompagne car parfois difficile « là ils le font peut-être parce qu'ils arrivent pas à calmer l'enfant [...] le biberon de lait il va falloir petit à petit qu'on s'en sépare », « c'est peut-être uniquement ce que vous pouvez faire aujourd'hui », Eviter de prendre l'enfant dans le lit parents. Accompagnement et soutien des parents pour permettre à ce qu' « on tende à »</p> <p>- Réassurance des parents</p> <p>- « parfois [...] ils font des choses que tu n'aurais même pas eu l'idée de faire » soit gap avis patient vs. médecin d'où parfois une plainte rapportée (ou non) subjective et notre rôle de référence en tant que médecin</p> <p>- Pense que le médecin traitant a sa place dans le traitement de ces questions « Oui je pense qu'on a tout à fait notre place là-dedans » à plusieurs niveaux : déterminer le pourquoi, faire du repérage/dépistage de trouble ou pathologie somatique sous-jacente</p> <p>- « je trouve », « je pose la question » : façon personnelle de faire, habitudes</p> <p>- Sommeil pose « régulièrement » des problèmes</p> <p>- Difficultés de sortir de schémas comme réponse par biberon ou partage de lit « ça il y a beaucoup qui dorment avec leurs enfants » « je suis obligé de lui redonner des biberons »</p> <p>- Fatigue parentale, arrivent parfois en situation d'épuisement « c'est ingérable » « j'en peux plus » « en souffrance qui ne supportent pas du tout ça, parce qu'ils sont crevés » avec parfois des comportements inadaptés en contexte d'épuisement (cf. ci-dessus)</p> <p>- Difficultés des réveils nocturnes sur le sommeil des parents « il y a des parents pour qui physiquement c'est très difficile [de se lever la nuit] », pose aussi la question de la subjectivité de ce qui est perçu comme problématique ou compliqué selon les gens « il y en a je pense qui se réveillent trois fois la nuit pendant deux ans et ils ne se plaignent pas » « c'est très très individu dépendant aussi cette question du sommeil », d'où sur une potentielle même situation, une plainte rapportée différente selon les parents</p> <p>- « T'as des parents pour qui ils n'iront jamais voir le médecin pour ça, ils se dépatouillent ils se débrouillent ils se disent que ça va passer, ils ont des ressources</p> | <p>- SYSTEMATIQUEMENT en suivi</p> <p>- QUESTION GENERALE FERMEE + DETAILLE sieste, durée mais DETAILLE PEU si pas de problèmes</p> <p>- INTERROGATOIRE ORIENTE ?</p> <p>- Impliquer l'enfant</p> <p>- REASSURANCE</p> <p>- ECRANS, signes de fatigue, lumière, mélatonine, RYTHME, RITUEL, doudou, alimentation</p> <p>- PAS dans le LIT PARENTAL</p> <p>- Autonomie à l'endormissement</p> <p>- SUBJECTIVITE, PLAINTE RAPPORTEE</p> <p>- PREVENTION, SOMATIQUE, REPERAGE/DEPISTAGE</p> <p>- PLACE du MT</p> <p>- PRAGMATISME, adaptation</p> <p>- HABITUDES et SPECIFICITE : observer et préserver le rythme de l'enfant</p> <p>- FREQUENT</p> <p>- REVEILS, ENDORMISSEMENT</p> <p>- MAUVAISES HABITUDES</p> <p>- PARTAGE LIT PARENTAL</p> <p>- ALIMENTATION</p> <p>- EPUISEMENT PARENTAL, SOMMEIL PARENTAL</p> <p>- Education en contexte d'épuisement</p> <p>- SUBJECTIVITE</p> <p>- PLAINTE RAPPORTEE</p> <p>- RECOURS MEDICAL</p> <p>- DEBROUILLARDE</p> <p>- PLACE du MT</p> |
| <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>intérieures, ils lisent ils ont de la famille, ils en discutent en dehors. Et il y a d'autres pour qui c'est vraiment un problème médical, ils pensent que l'enfant a un souci », questionne plusieurs questions : celle de la normalité, celle d'éliminer un problème somatique ou de faire le repérage/dépistage d'un trouble sous-jacent, mais surtout la place du médecin traitant dans ces questions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endormissements qui prennent du temps ou deviennent conflictuels, coucher tardif et surtout complexe - Repères de normalité pour les parents « parfois on est obligés de dire que c'est encore normal », temps d'acquisition normal « ça va venir », question explicite ou sous-entendue des parents + en l'absence de repère de normalité comparaison à d'autres enfants « le fils de leur copine » alors qu'importante variabilité inter-individuelle « pour leur fils il leur faut un peu plus de temps » - Parents en recherche de vérité, d'une référence qui se tourne vers le médecin car ont eu des échos d'amis, de la famille, de proches parfois critiquant ou apportant un jugement moral « c'était pas bien » et « elles viennent pour savoir [...] si ce qu'on leur a dit c'était vrai, si c'était un bon conseil » | <ul style="list-style-type: none"> - NORMALITE, NORMES - REFERENCE - COMPARAISON - REPERAGE/DEPISTAGE - SOMATIQUE - TEMPS d'ACQUISITION, LAISSER - VARIABILITE inter-individuelle |
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → En termes de contenu ? → En termes de format et organisation pratique ? → Quel objectif principal pour vous ? | <ul style="list-style-type: none"> - légitimité du médecin dans ces questions « elles viennent pour avoir un peu... (hésitations) je sais pas si c'est la vérité, un autre avis en tous cas » - Faire rôle de référence « ils regardent beaucoup de choses par eux-mêmes tu sais pas trop ce qu'ils ont regardé si c'est bien si c'est pas bien » - Endormissements et réveils nocturnes. Surtout par manque de temps en consultation pour explorer correctement tous les aspects « ça ne me met pas trop à l'aise [...] plus par manque de temps » - « très souvent c'est aussi un problème de comportement du parent envers l'enfant » - éducation parentale qui demande elle aussi pas mal de temps - Pas toujours de réponse, utilise le temps comme outil de réévaluation « je ne sais pas, peut-être qu'il faut attendre, on se revoit la prochaine fois », « on va peut-être se laisser un petit peu de temps et voir si ça rentre dans l'ordre tout seul » donc sans forcément d'interventions à proposer « quand il n'y a pas de caractère d'inquiétude » | <ul style="list-style-type: none"> - ENDORMISSEMENT et REVEILS = MEMES QUESTIONS - LEGITIMITE, REFERENCE - SOURCES d'infos, ETAYAGE SCIENTIFIQUE - INCERTITUDE - MANQUE de TEMPS en cs - EDUCATION parentale - REEVALUATION - LAISSER venir |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Contenu : avoir un cadre plus formel avec étayage scientifique des conseils donnés, se basant sur des études, des outils, des sources fiables d'informations, des liens notamment sites internet, livres, etc., une documentation à remettre au patient en consultation - Format : en distanciel, à la demande en ligne, type MOOC ou e-learning, à faire d'où on veut (y compris chez soi) et comme on veut - Obj principal : boîte à outils, avoir une variété de choses à proposer | <ul style="list-style-type: none"> - THEORIE appuyant la PRATIQUE - ETAYAGE SCIENTIFIQUE - TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES, BOITE A OUTILS - SOURCES d'infos (sites, livres...) - DOCUMENTATION, SUPPORT ECRIT à remettre aux patients - DISTANCIEL, e-learning - PRATICO PRATIQUE - Adaptée à la MEDECINE GE - MISE en PRATIQUE immédiate - CONCIS, COURT - Messages CLES |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 6 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">Formation initiale et complémentaire</p> | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- Pas de formation théorique pendant les études de médecine</p> <p>- Peu de stage 30 demies journées pendant les études, a pu avoir contact avec enfants à ce moment là mais peu, pas de stage en pédiatrie. Donc très peu de contact avec la pédiatrie avant l'installation</p> | <p>- Pas de formation théorique</p> <p>- Pas de stage en pédiatrie</p> |
| <p style="text-align: center;">Formation initiale et complémentaire</p> | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- A pu faire deux formations sur le suivi de l'enfant en général sans qu'il n'y ait grand-chose sur le sommeil dedans</p> <p>- A assisté plusieurs fois aux journées en pédiatrie mais pas d'élément sur le sommeil</p> <p>- Pas de formation spécifique sur le sommeil de l'enfant</p> <p>- A pu lire des articles sur le sommeil mais n'en garde pas de souvenirs précis</p> <p>- Pense qu'il doit exister des formations spécifiques mais ne sait pas. Ne constitue pas une priorité de formation pour lui car problème secondaire pas très fréquent avec peu de demandes selon lui, donc privilégierait quelque chose de plus fréquent en termes de formation</p> | <p>- Pas de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- Plusieurs formations suivi de l'enfant + journées Q^e et controverses en pédiatrie du CHU</p> <p>- SOURCES d'INFOS : articles de revues médicales</p> <p>- OUBLI</p> <p>- Ne connaît pas de formation (pas une priorité, SECONDAIRE)</p> |
| <p style="text-align: center;">Formation initiale et complémentaire</p> | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- Evalue ses compétences comme « pas très bonnes », ne se sent pas forcément bien formé</p> | <p>- INSUFFISANTES</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- Ne pose pas la question systématiquement « mais je la pose au moins une fois » - Question générale fermée : « est-ce que votre enfant dort bien ? Est-ce qu'il se réveille ? » - Conseils de recommandations et de bon sens surtout : pas de partage de chambre, objet transitionnel, calme, veilleuse, etc.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - NON SYSTEMATIQUEMENT - INTERROGATOIRE ORIENTE - Question GENERALE, FERMEE - RECOMMANDATIONS - BON SENS |
| | <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | <p>- « c'est pas très fréquent je trouve, j'ai pas beaucoup de demandes » « je suis pas confronté à ça dans ma pratique quotidienne » « dans la majorité ça se passe plutôt bien » ...-> <i>pour quelle raison ? (question non systématique notamment... ?)</i> - « de temps en temps on me dit il dort mal » dans ces cas-là clarifie ce qui se passe pour comprendre exactement, puis donne quelques conseils et si insuffisant oriente. Donne essentiellement des conseils généraux de recommandations ou de bon sens et corrige les grosses erreurs « on trouve souvent des trucs aberrants dans ces situations » - Les réveils nocturnes surtout avec les pleurs, la nécessité d'aller voir l'enfant - Quand l'enfant vient dormir dans le lit des parents</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PEU FREQUENT - PEU CONFRONTE - PLAINTE RAPPORTEE ? - PARTAGE LIT PARENTAL - REVEILS - Autonomie à l'endormissement |
| | <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- « si ça se présente, en général je passe la main : psychologues ou les associations de parents », oriente vers psychologues de ville qui ont l'habitude de travailler avec des enfants, des associations ou le CMPP. Même pour les tout petits donc essentiellement pour du soutien parental - « quand ils disent souvent qu'ils ont tout fait pour modifier les choses et puis en fait ça n'avance pas » <i>donc recours tardif des parents à un stade où n'en peuvent plus car essaient de se débrouiller par eux-mêmes, pose la question du recours médical à quel moment ?, mais aussi de l'apport que peut avoir le médecin traitant (supplémentaire par rapport à ce que les parents ont déjà essayé)</i> - Quand il y a des choses qu'en pratique on ne peut pas changer par exemple impossibilité pour l'enfant d'avoir son propre espace - Relation parents enfants sous-jacente - difficultés également « on ne peut pas tout vérifier ce qui se passe en vrai » : <i>par manque de temps dans la consultation pour tout explorer ? Par plainte rapportée éventuellement différente de la réalité ?</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - ORIENTATION (psychologue, associations, CMPP) - SOUTIEN PARENTAL - RECURS MEDICAL - DEBROUILLARDISE - APPORT du MT - PRAGMATISME - PLAINTE RAPPORTEE - EDUCATION PARENTALE |
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ? → En termes de contenu ? → En termes de format et organisation pratique ? → Quel objectif principal pour vous ?</p> | <p>-Contenu : format générale sur le sommeil de l'enfant avec des rappels physiologiques, des éléments théoriques mais surtout pratiques, vérifier si les conseils donnés « sont toujours bien avisés », outiller davantage en conseils pratiques - Format : intégré à une journée de pédiatrie, format court - Objectif principal : améliorer la prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de manière globale, « c'est un tout »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PHYSIOLOGIE - THEORIE mais surtout PRATIQUE - BESOIN de VALIDATION - TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES - Intégré à journée en pédiatrie - COURT |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <p>- Messages clairs et pratiques - Plusieurs intervenants différents, spécialistes : psychologue, pédiatre...</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PRATICO PRATIQUE - MESSAGES CLES - INTERVENANT (spécialistes) |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 7 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- Externat : pas de souvenirs</p> <p>- Internat : pense avoir eu un cours dessus par un médecin de PMI mais ne se souvient plus du contenu</p> <p>- Stages externat : pédiatrie hospitalisation conventionnelle + très peu de gardes aux urgences pédiatriques</p> <p>- Stages internat : quelques jours en PMI à Angers avec les médecins (pas de souvenirs de problématiques de sommeil), prat et SASPAS. Pas de stage de pédiatrie</p> | <p>- Pas de souvenirs externat</p> <p>- Internat : un cours de médecin de PMI (mais pas de souvenirs précis)</p> <p>- Stage externat : pédiatrie conventionnelle</p> <p>- Stage internat : Qq jours de PMI, prat et SASPAS. Pas de stage en pédiatrie</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Pas de formation spécifique</p> <p>- « Pas grand-chose (rires) » par manque de temps pour faire des formations</p> <p>- Quelques lectures éparées, rien de précis ou de spécifique, dans des revues médicales ou des sites plus ou moins médicaux</p> <p>- Ne sait pas si il existe des formations spécifiques</p> <p>- Serait intéressée par une telle formation, mais parmi plein d'autres et ne trouve pas le temps pour le moment</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- SOURCES d'infos : lectures éparse à titre PROFESSIONNEL (revues médicales, sites médicaux ou non)</p> <p>- autoformation informelle</p> <p>- Ne connaît pas de formation spé (intéressée mais MANQUE de TEMPS, NON PRIORITAIRE)</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- Expérience empirique en consultation « c'est pas mal aussi l'expérience des choses comme ça »</p> <p>- Expérience personnelle surtout et les échanges avec les collègues et les amies</p> <p>- Plus facile quand on est parent : « c'est plus facile d'avoir été maman et de conseiller, c'est vrai que l'ai plus de conseils que quand j'étais interne »</p> <p>- Connaissances insuffisantes : surtout pour le débrouillage « ca va à peu près mais si ça va plus loin et bah là non », « j'ai mes limites », arrive dans l'ensemble à gérer sans avoir besoin d'orienter « en général ça se passe plutôt bien »</p> | <p>- INSUFFISANTES mais PAS DEMUNIE</p> <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE + PARTAGE d'EXPERIENCE (collègues, amies) >>> EXPERIENCE en consultation (empirique)</p> <p>- Médecin parent</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pose systématiquement la question en consultation de suivi - Questions générales, ouvertes ou fermées : le sommeil comment ça se passe ? Est-ce qu'il dort ? Est-ce qu'il fait ses nuits ? Est-ce qu'il vous réveille beaucoup ? Est-ce quand il dort vous avez l'impression qu'il est calme serein ou plutôt agité ? - Détaille souvent les horaires, les siestes... - Examen somatique, éliminer une pathologie (reflux, coliques, dermatite atopique) - Réassurance des parents quant au fait « que l'enfant va bien » - Explore ce que font les parents en cas de réveils nocturnes, si partage de lit, cododo, conditions de couchage (lumière, température...), doudou, conseils de couchage, rituel. Parle beaucoup des écrans. Laisser un peu pleurer l'enfant : « laisser l'enfant trouver son sommeil » « il va trouver son sommeil » donc certaine attente sans intervention - Pas trop pour le cododo mais sans rigidité : « en fait tant que les parents dorment et tout va bien ok si ça devient un calvaire pour les parents je suis pas sûre que ça soit une bonne idée » donc forme de pragmatisme, s'adapte aussi selon les parents - Fait participer l'enfant quand est plus grand > 2 ans en lui parlant directement - « moi je fais », « après je parle de », « moi je suis » « à chaque fois je pose à peu près les mêmes questions » : utilisation moi je et du présent : façon personnelle de faire, habitudes en consultation | <ul style="list-style-type: none"> - SYSTEMATIQUEMENT - QUESTION GENERALE, OUVERTE ou FERMEE + DETAILLE - REASSURANCE / SOMATIQUE - Reflux, coliques, DA - RITUEL, doudou, ECRAN - RECOMMANDATIONS (conseils de couchage, partage lit, cododo) - PAS dans le LIT PARENTAL - LAISSER venir, laisser pleurer - HABITUDES - PRAGMATISME, adaptation - IMPLIQUER l'ENFANT |
| <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence du problème très variable « ça dépend vraiment », « ça arrive ouais » - « les tout petits il y a toujours quelque chose », question de l'alimentation - « pour les siestes c'est pas évident, ça met un peu de temps à se mettre en place » - Réveils nocturnes, pleurs, terreurs nocturnes, parents qui demandent « pourquoi ? » | <ul style="list-style-type: none"> - FREQUENCE VARIABLE - FREQUENT chez les petits - SIESTES, REVEILS, PLEURS, TERREURS NOCTURNES, alimentation chez les petits - POURQUOI - TEMPS d'ACQUISITION |
| <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Au-delà du débrouillage, orientation vers des spécialistes essentiellement vers des pédiatres, parfois ostéopathes pour les reflux - Terreurs nocturnes « alors c'est plus compliqué personnellement je sais pas trop quoi faire, je leur dis que ça va passer » - Parents épuisés qui ne dorment pas en demande de solution miracle - Difficultés à déconstruire les mauvaises habitudes prises, surtout quand nécessité de dormir dans le même lit que le parent - Renvoie également à la question de « comment instaurer les bonnes choses dès le départ » soit une intervention de prévention précoce - « je sais pas si c'est la bonne réponse » « je suis pas sûre », « à ma connaissance » | <ul style="list-style-type: none"> - ORIENTATION (pédiatre) - INCERTITUDE - TERREURS NOCTURNES - LAISSER venir (vs. PRECOCITE) - SOMMEIL PARENTAL, EPUISEMENT PARENTAL - SOLUTION immédiate - PARTAGE LIT PARENTAL - MAUVAISES HABITUDES - PRECOCITE, PREVENTION - APPORT du MT |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → En termes de contenu ? → En termes de format et organisation pratique ? → Quel objectif principal pour vous ? <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <p>-Contenu : cas cliniques, mises en situation, exemples. Théorie reprendre les bases de la physiologie en différenciant les âges. Donner des astuces sur les troubles du sommeil les plus fréquents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format : une demie journée, en présentiel au cabinet - Objectif principal : pouvoir mettre en pratique <p>- Intervenants dynamiques et intéressants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interactivité, système de questions réponses - éléments qui se rapportent à la pratique de la médecine générale | <p>- CONCRET, THEORIE et PRATIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - PHYSIOLOGIE, évolution - TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES - MISE EN PRATIQUE immédiate - COURT, en PRESENTIEL à la MSP <p>- INTERVENANT, dynamisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - INTERACTIVITE, questions - Adaptée à la MEDECINE GENERAL |
|--|--|--|---|

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 8 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- pas de formation théorique (ou pas de souvenirs) externat/internat, « nulle », « je pense que c'est un sujet qu'on n'aborde pas »</p> <p>- Stage internat : mix entre médecine polyvalente plutôt gériatrique et quelques lits de pédiatrie, un semestre de pédiatrie hospitalière au CHU de Pointe à Pitre en Guadeloupe + gardes de pédiatrie étage/urgences. Pas de stages prat à l'époque</p> <p>- Pendant internat : DU de pédiatrie mais ne sait pas si module sur sommeil du nourrisson + 20 demies journées chez un pédiatre (en Guadeloupe)</p> | <p>- Pas de formation théorique externat/internat</p> <p>- Stages internat : pédiatrie hospitalière + gardes urg/étage</p> <p>- DU pédiatrie + stage chez pédiatre (pas de souvenirs formation sommeil)</p> <p>- Souvenirs, MEMOIRE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Pas de formation théorique en post internat</p> <p>- Quelques lectures, articles dans revues professionnelles, mais rien de précis. Pas de livres même à titre personnel</p> <p>- Pas de formation spécifique</p> <p>- Ne sait pas si formation spécifique existante « je suis pas sûr que ça existe »</p> <p>- Mais serait intéressé par une telle formation</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- SOURCES d'informations : qq lectures à titre PROFESSIONNEL, articles de REVUES MEDICALES</p> <p>- autoformation informelle</p> <p>- ne connaît pas de formation spé (intéressé)</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- surtout basées sur l'expérience personnelle, « ce sont des connaissances de bon sens on va dire, d'un papa », « après c'est dur de savoir ce qui est dû à ton expérience et ce qui est dû à ta formation » peut-être aussi part liée à des souvenirs de formation</p> <p>- Egalement part importante de l'expérience professionnelle « Plus tu vois plus tu pratiques plus t'es à l'aise »</p> <p>- n'est pas formé mais ne se sent pas démuné face aux parents du fait de l'expérience personnelle donc part de subjectivité « ça dépend de la façon dont tu éduques tes enfants »</p> <p>- subjectivité de la notion de problème de sommeil + manque de fiabilité de l'expérience perso d'autant plus qu' « on oublie ».</p> | <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE surtout</p> <p>- Expérience perso >>> expérience en consultation (empirique) >>> formation</p> <p>- Pas formé mais PAS DEMUNI</p> <p>- Expérience perso + oublié = SUBJECTIVITE</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- Question générale, fermée « est-ce qu'il dort bien ? Est-ce qu'il fait ses nuits ? » - Pas forcément systématiquement, mais davantage pour le petit enfant - Définition de faire ses nuits (hésitations) faire 23h-7h, à partir de 5kg - ne pas dormir dans le lit des parents, avoir sa chambre, son lit son espace, éviter les écrans, rituels, doudou veilleuse, calme et silence, pas de lumière, prendre le temps de coucher l'enfant, lui parler expliquer, pas de coucher tardif, horaires fixes, quantité de sommeil importante, place du père, évite les médicaments - « la nuit c'est fait pour dormir, le jour c'est fait pour s'activer » - Précocité de l'installation de ces habitudes « t'installes pas ça chez un enfant de 2 ans [avoir son propre espace] c'est cuit » - insistance sur la place du père notamment chez le tout-petit où le lien mère-enfant est très fort « je dis aux papas de prendre leur place, c'est-à-dire la nuit c'est à lui de se lever », en dehors de situation particulière d'allaitement. L'importance d'un tiers figure d'autorité - adaptation des conseils selon principe de réalité et difficultés (conditions matérielles de place/bruit dans le logement notamment, composition familiale, mères célibataires), « tu fais un peu comme tu peux quand même malgré tout » « On est beaucoup dans le pragmatisme quand même tu vois, au-delà des grands discours et des grandes règles » - « c'est des conseils de bon sens », « des trucs de base » - « je dis aux papas », « c'est ce que je pense », « c'est ça les petits conseils que je donne », « c'est un peu ce que je dis dans mes consultations », « moi j'avais la notion », « j'avais ça en tête tu vois, je sais pas si c'est scientifique », « moi je trouve », « je sais pas si c'est vrai » : façon personnelle de faire, habitudes et incertitudes, subjectivité - rôle du médecin traitant : « Mais néanmoins je pense qu'on peut dire des choses » donc rappel des règles, essayer de comprendre le pourquoi (environnement, somatique, développement... ?), rôle de dépistage++ même si on n'a pas la réponse tout seul ou dans l'immediat « je sais pas si on a des solutions tu vois, mais en même temps c'est hyper important de le noter, et dans le carnet de santé et dans le dossier médical » - certains dorment avec leur enfant dans leur lit sans que ça paraisse être un problème pour eux, subjectivité de la notion de problème médecin vs. parents « ça paraît pas être un problème pour certains » - « la réponse est souvent ah bah oui ça va bien, il n'y a pas tellement de sujet non plus », « après globalement je trouve j'ai l'impression que les enfants dorment » - chez les tout petits, 1ere année : troubles digestifs (coliques, reflux...) mais considérés comme normal « problèmes de mise en route du bébé », « Moi sur la première année [...] ça ne me paraît pas être un problème si ce n'est que voilà il faut que l'enfant dorme » - chez les plus grands : « Moi je trouve les problèmes de sommeil c'est à partir de 2 ans », « je trouve que les problèmes apparaissent vers oui 18 mois 2 ans », difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, pleurs la nuit, sommeil déstructuré, jouer la nuit...</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Questions GENERALES, FERMEES - Non SYSTEMATIQUEMENT - PAS DANS LE LIT PARENTAL - FAIRE SES NUITS, ECRANS, - RITUELS, LUMIERE, CALME, ESPACE - PERSONNEL, HORAIRES, DOUDOU - RECOMMANDATIONS - Eviter MEDICAMENT <ul style="list-style-type: none"> - PRECOCITE, habitudes - BON SENS - PRAGMATISME, adaptation, débrouillardise - PLACE du MT, PREVENTION - LEGITIMITE, APPORT du MT - DEPISTAGE, le pourquoi - HABITUDES - SPECIFICITE : PLACE du PERE - INCERTITUDE - SUBJECTIVITE |
| <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> - PARTAGE LIT PARENTAL - SUBJECTIVITE - PEU FREQUENT > NORMALITE ? - PLAINTE RAPPORTEE ? - TEMPS d'acquisition - Nourrisson : RGO, COLIQUES - > 18 mois : ENDORMISSEMENT, REVEILS, PLEURS - EPUISEMENT PARENTAL, SOMMEIL PARENTAL - Solution IMMEDIATE |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>- Question parentale : comment faire (pour que l'enfant dorme) pour que les parents puissent dormir ? Arrivent au stade d'épuisement parental, « sauf qui peut », « ils ont besoin de sommeil et le petit qui crie [...] c'est clairement un problème »</p> <p>- Prise de décision en contexte d'épuisement : « c'est difficile de faire de l'éducation à 3h du mat' » avec parfois enfant qui se retrouve du coup dans le lit des parents. Comportements et réponses inadaptés. Risque de maltraitance</p> <p>- question du médicament, évite d'en donner</p> <p>- détection d'un trouble du développement psycho moteur sous-jacent</p> <p>- sommeil question centrale, enjeu profond</p> <p>- distinction physio/patho complexe « Après c'est pas forcément pathologique »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PRAGMATISME ; éducation en contexte d'épuisement - MALTRAITANCE - PROBLEMATIQUE <ul style="list-style-type: none"> - MEDICAMENT - NORMALITE, DEPISTAGE/ REPERAGE, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL - Enjeu CENTRAL |
| <p><i>Besoins et attentes en formation</i></p> | <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <p>→ <i>En termes de contenu ?</i></p> <p>→ <i>En termes de format et organisation pratique ?</i></p> <p>→ <i>Quel objectif principal pour vous ?</i></p> | <p>-Contenu : repartir des bases « on reprend tout de zéro », besoins physiologiques, différences selon l'âge, impact sur reste de la vie et sur développement et capacités cognitives, conseils parentaux, points clés, erreurs à éviter, « dans une formation, on va pas retenir grand-chose on veut des trucs clés », « on va retenir que quelques bribes d'une formation, c'est toujours comme ça », argumentation scientifique, donc une partie théorique et une partie pratique</p> <p>- Format : résumé en 1 page, formation universitaire par un pédiatre spécialisé du sommeil (sensibilité à l'expertise), expert qui se déplace, en présentiel, visuel et audio, interactif, sous forme d'exposé, importance de l'intervenant plus que du format, compétence et dynamisme de l'intervenant</p> <p>- Q° principale : qu'est-ce qu'il faut faire pour ne pas être toxique, les grosses erreurs à ne pas faire. ET les moments clés dans la vie de l'enfant où doit intervenir</p> <p>- Efficacité : concision, messages clés, 1 feuille résumé max</p> <p>- Compétence de l'intervenant</p> <p>- Etayage scientifique</p> <p>- Interactivité, temps d'échange</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PHYSIOLOGIE - AGES PIVOTS, MOMENTS CLES d'INTERVENTION - ERREURS à ne pas faire - THEORIE basée sur le science et PRATIQUE, CONSEILS PRATIQUES - INTERVENANT EXPERT - en PRESENTIEL, à la MSP - Exposé, résumé 1 page <ul style="list-style-type: none"> - EFFICACE : concis, messages clés - INTERACTIF - INTERVENANT (compétence et dynamisme) - Support écrit RESUME - Etayage SCIENTIFIQUE |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | | |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

--- MEDECIN 9 ---

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- Pas de formation théorique externat/internat</p> <p>- Stage externat : urgences pédiatriques</p> <p>- Stage internat : stage couplé gynécologie pédiatrie donc 3 mois de pédiatrie en hospitalisation conventionnelle en Vendée + gardes aux urgences pédiatriques. Prévention et information sur la contraception auprès de mineurs au sein du planning familial. Stages praticien et SASPAS</p> | <p>- Pas de formation théorique</p> <p>- Externat : stage UP</p> <p>- Internat : pédiatrie hospitalisation conventionnelle + gardes UP, stage praticien et SASPAS</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Pas de formation spécifique</p> <p>- Lectures éparées, recherches : « c'est vraiment de l'information au compte-goutte, c'est-à-dire que quand il nous manque une information on va la chercher » « selon les questions des parents, je leur dis que je n'ai pas l'information et que je vais chercher » « quand ça dépasse mes compétences ensuite je me renseigne »</p> <p>- Demande d'avis auprès de professionnels ou de pédiatres, ou sites médicaux (pas à pas pédiatrique, pediadoc, revue médicale suisse...)</p> <p>- Pense qu'il existe certainement des formations spécifiques mais n'en connaît pas, intéressée mais installée depuis peu donc « ça ne fait pas partie de mes priorités actuellement »</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- SOURCES d'infos : Qq lectures à titre PROFESSIONNEL (sites médicaux) ou demande d'AVIS SPECIALISES (pédiatres)</p> <p>- autoformation informelle</p> <p>- RECHERCHES pro si besoin</p> <p>- Ne connaît pas de formation spé (intéressée mais NON PRIORITAIRE)</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- Connaissances très insuffisantes « mes maigres connaissances sur le sujet (rires) »</p> <p>- Pas à l'aise : « je ne me sens pas forcément bien formée sur le sujet » « On a de grands besoins à ce niveau là » [dans le domaine du sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans]</p> <p>- Q° de la légitimité : « je ne me sens pas forcément légitime non plus sur le sujet parce que je n'ai pas d'enfant »</p> <p>- Source des connaissances : stage en médecine générale et les années de remplacement « petit à petit ça rentre on apprend sur le tas »</p> | <p>- PAS A L'aise, TRES INSUFFISANTE;</p> <p>- LEGITIMITE, MEDECIN PARENT,</p> <p>absence d'expérience personnelle</p> <p>- EXPERIENCE en CONSULTATION (empirique) et stage médecine gé</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <p>- Pose la question de manière systématique - Question générale fermée « est-ce qu'il dort bien ? » sans détailler - Conseils généraux de couchage et positionnement</p> | <p>- SYSTEMATIQUEMENT - QUESTION GENERALE, FERMEE - NE DETAILLE PAS - RECOMMANDATIONS (Conseils généraux couchage)</p> |
| | <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | <p>- « Ca ne fait pas partie des questions qu'on m'a beaucoup posées ces dernières années » mais a une patientèle comprenant peu de nourrissons : « dans les quelques nourrissons que j'ai, j'ai de la chance j'ai des bons dormeurs (rires) ». Donc a été peu confrontée à des problèmes de sommeil du nourrisson - Q° de la normalité et donc subjectivité de la notion de problème parent vs. médecin : « il dort pas mais bon c'était un nourrisson d'à peine un mois » - Pas de questions précises par ailleurs - Influence de la façon de mener l'interrogatoire et des questions posées sur les réponses des parents : « je pense que je ne vais pas orienter l'interrogatoire vers ce qui peut me mettre en difficulté, je pense que c'est pour ça aussi que je n'ai pas été beaucoup confrontée », « peut-être parce que j'oriente l'interrogatoire, je ne vais pas pousser si l'enfant dort pas très bien »</p> | <p>- PEU CONFRONTEE > PATIENTELE et DUREE d'EXPOSITION - NORMALITE - SUBJECTIVITE</p> |
| | <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- Influence de la façon de mener l'interrogatoire et des questions posées sur les réponses des parents : « je pense que je ne vais pas orienter l'interrogatoire vers ce qui peut me mettre en difficulté, je pense que c'est pour ça aussi que je n'ai pas été beaucoup confrontée », « peut-être parce que j'oriente l'interrogatoire, je ne vais pas pousser si l'enfant dort pas très bien »</p> | <p>- PLAINTE RAPPORTEE - INTERROGATOIRE ORIENTE</p> |
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ? → En termes de contenu ? → En termes de format et organisation pratique ? → Quel objectif principal pour vous ?</p> | <p>-Contenu : conseils pratiques, sur endormissements et réveils nocturnes, théorie sur la physiologie du rythme et des cycles de sommeil du nourrisson afin de rassurer les parents sur la normalité - Format : en présentiel, à la maison de santé, en petits groupes, avec interactivité et échanges - Obj principal : découvrir le sujet, acquérir des premiers éléments. Initiation.</p> | <p>- THEORIE et PRATIQUE - PHYSIOLOGIE (rythmes, cycles) - ENDORMISSEMENT, REVEILS - REASSURANCE / NORMALITE - CONSEILS PRATIQUES - En PRESENTIEL (à la MSP) - INTERACTIVE, petits groupes, échanges</p> |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <p>- Répondre aux questions concrètes du groupe « qui sortent de la vraie vie », sortir avec des conseils pour les parents - Sortir de la formation avec des éléments clés en tête tout de suite utilisables - Support informatique utile laissé sur le serveur de la MSP et accessible de tous les ordi - Court, moins de 2h. - Intervenant : éventuellement un pédiatre</p> | <p>- MESSAGES CLES - PRATICO PRATIQUE, CONCRET - MISE EN PRATIQUE immédiate - SUPPORT INFORMATIQUE - COURT</p> |

ANALYSE ENTRETIENS SEMI-DIRIGES – CODAGE

- - - MEDECIN 10 - - -

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Formation initiale et complémentaire | <p>1- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant pendant vos études de médecine (externat, internat) ?</p> <p>→ <i>Quels stages avez-vous réalisés en lien avec la pédiatrie (externat/internat) ?</i></p> | <p>- Pas de souvenirs de formation théorique pendant l'externat</p> <p>- Internat : cours de 2h dans le cadre de son stage de PMI donc probablement un cours dessus mais peu de souvenirs. Formation théorique pauvre sur le sujet : mort subite du nourrisson, conseils de couchage mais pas l'accompagnement</p> <p>- Thèse sur le sommeil de la femme ménopausée donc notions de physiologie du sommeil</p> <p>- Stages externat : urgences pédiatriques, pédiatrie spécialisée hospitalière, stage court chez le pédiatre libéral</p> <p>- Stages internat : couplé PMI/urgences pédiatriques St Nazaire (stage formateur sur plein de champs de la pédiatrie), praticien et SASPAS</p> <p>- Manque de formation en puériculture et sur la physiologie de l'enfant : « je pense que tout ce qui est physiologique puériculture on n'a jamais été formé, on n'a pas de cours là-dessus »</p> | <p>- Pas formation théorique externat</p> <p>- Cours PMI internat mais pas de souvenirs précis.</p> <p>- RECOMMANDATIONS : Notions générales MSN et couchage. Thèse</p> <p>- Externat : UP, pédiatrie hospitalière spécialisée, pédiatre libéral</p> <p>- Internat : stage couplé PMI/UP, praticien et SASPAS</p> <p>- Formation insuffisante</p> <p>PHYSIOLOGIE</p> |
| | <p>2- Quelle a été votre formation sur le sommeil de l'enfant en post-internat ?</p> <p>→ <i>Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Si oui : vous êtes-vous senti mieux formé ensuite ?</i></p> <p>→ <i>Si non : connaissez-vous des formations possibles sur le sujet pour les MG ? Si oui : pourquoi ne pas y avoir participé ?</i></p> | <p>- Pas de formation spécifique</p> <p>- A pu échanger sur le sujet avec des collègues ou de proches, notamment fait partie d'un groupe facebook de mamans médecins qui permet des échanges avec une base médicale même si tout n'est pas à retenir car parfois très orienté maternité proximale éducation positive... et donc pas toujours très scientifique</p> <p>- N'a pas lu d'articles ou de livres sur le sujet même à titre personnel</p> <p>- Ne sait pas s'il existe des formations spécifiques, ne s'est pas renseigné</p> <p>- Intéressée mais « c'est un tout petit pan de notre travail » « il y a tellement de choses à voir » « on ne peut pas malheureusement à chaque fois donner du temps... »</p> | <p>- PAS de FORMATION SPECIFIQUE</p> <p>- PARTAGE d'EXPERIENCE (collègues, proches, réseaux sociaux)</p> <p>- SOURCES d'infos (réseaux sociaux pas toujours très scientifique)</p> <p>- autoformation informelle</p> <p>- Ne connaît pas de formation spé (intéressée)</p> <p>- Manque de TEMPS, NON PRIORITAIRE</p> |
| | <p>3- Comment évalueriez-vous vos connaissances/compétences actuelles concernant le sommeil de l'enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>→ <i>Vous sentez-vous bien formé sur le sujet ?</i></p> <p>→ <i>Estimez-vous cela en lien avec un stage ou une formation réalisée ?</i></p> | <p>- Expérience en stage de PMI très formateur pour la médecine générale qui lui a permis de sentir « à l'aise sur plein de choses de la pédiatrie même avec 6 mois de formation »</p> <p>- Mais pas de souvenirs d'acquisitions particulières spécifiques sur le sommeil de l'enfant lors de ces stages « je ne me souviens pas que j'ai pu retenir quelque chose »</p> <p>- Partage d'expérience sur les réseaux sociaux « ma bible [...] sur la puériculture » qu'elle peut exporter parfois dans sa pratique « la frontière est fine mais euh... mais oui je pense que je l'utilise »</p> <p>- Essentiellement expérience personnelle « il y a plein de fois où effectivement je ne parle pas, les gens ne le savent pas forcément, mais je ne parle pas en tant que médecin »</p> | <p>- Connaissances mais PEU PRECISES, INSUFFISANTES, PAS A L'AISE</p> <p>- EXPERIENCE PERSONNELLE >>></p> <p>PARTAGE d'EXPERIENCE >>></p> <p>EXPERIENCE en STAGES</p> <p>- Stages peu formateurs (PMI davantage)</p> <p>- OUBLI, Souvenirs, MEMOIRE</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>je vais parler en tant que personne » donc interroge la question de la place du MT comme référence médicale : « ça peut être déstabilisant parce qu'on se dit là je suis plus dans mon rôle de médecin, enfin [...] oui et non »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sait qu'il existe certaines techniques (Chronododo) mais ne les connaît pas en détails : « j'ai entendu parler j'ai des connaissances mais je ne suis jamais allée approfondir », « j'ai pas assez d'expériences et pas assez de recul pour la conseiller » « j'ai quelques notions » - Peut se sentir en difficultés sur ces questions « Après c'est sûr que moi je sais pas quoi répondre... », « on sait pas trop... quoi dire » « là je suis pas hyper à l'aise » « et là je sais pas trop trop, c'est un peu compliqué de le conseiller », a parfois la sensation de ne pas apporter grand-chose de plus « ça ne me va pas l'apport que j'apporte en consultation, l'apport sur le sommeil en consultation c'est pas top quoi » - « on était tous plutôt unanimes en disant que oui c'est clair c'est un manque qu'on ressentait et c'est vrai que c'est jamais très confortable même si on le fait tous d'utiliser notre expérience personnelle », sachant qu'elle a pu présenter des difficultés à titre personnel sans savoir forcément quoi faire « il y avait toujours une interrogation, comment on fait là on sait pas... » | <ul style="list-style-type: none"> - PLACE du MT - APPORT du MT, référence |
| <p>Expérience en consultation</p> | <p>4- Comment abordez-vous la question du sommeil en consultation pédiatrique ? → Posez-vous la question systématiquement ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pose la question de manière systématique - Questions générales fermées ou ouvertes : « comment se passe le sommeil ? est-ce qu'il dort bien ? », et détaille ensuite les horaires (notamment car la notion de faire ses nuits reste trop vague et sa définition diffère et n'est pas forcément claire pour les parents) et les siestes, mais pas forcément plus loin (endormissement...) si pas de problème rapporté par les parents - Aborde le cododo, les recommandations sur le partage de la chambre parentale les 6 premiers mois, les écrans - « là il fait plus de 4kg il peut faire ses nuits » - « il faut relativiser et faire déculpabiliser » lorsque c'est compliqué pour les parents, au-delà des grandes règles parfois besoin d'adaptation, de pragmatisme « prendre un peu de recul et à dire voilà faut pas se prendre la tête, il y a des grandes lignes à suivre après voilà... », y compris au niveau personnel a acheté un tour de lit car se cognait dans les barreaux à 18 mois source de stress et de culpabilité « ah là là la médecin qui achète un tour de lit ! » alors que rétrospectivement prend conscience qu'il était assez grand - « J'ai l'impression que j'improvise un peu », en pro et aussi en perso - Rôle du médecin de « donner des conseils » - « J'ai un peu mes questionnaires dans la tête », « ensuite je demande » « après on se fait son propre petit... recommandations perso » : habitudes, façon personnelle de faire | <ul style="list-style-type: none"> - SYSTEMATIQUEMENT - QUESTION GENERALE, OUVERTE ou FERMEE + DETAILLE en partie (horaires, siestes) - RECOMMANDATIONS (cododo, partage chambre parentale), ECRAN - SUBJECTIVITE - BON SENS, PRAGMATISME, adaptation - DEBROUILLARDISE (médecin et parents) - REASSURANCE, Déculpabiliser - HABITUDES - REFERENCE, SPECIFICITE : relativiser, déculpabiliser |
| <p>5- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes exprimées par les parents en consultation sur le sommeil de leur nourrisson ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - A été peu confrontée et n'a pas pu beaucoup expérimenter ces questions avec les parents car a eu peu d'enfants à suivre sur le long terme - Problématique de fréquence variable « c'est varié », mais dans l'ensemble plutôt fréquent « il peut y avoir beaucoup d'enfants qui posent des problèmes de sommeil » | <ul style="list-style-type: none"> - PEU CONFRONTEE > PATIENTELE et DUREE d'EXPOSITION - plutôt FREQUENT - ALLAITEMENT, PLEURS, RITUEL |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <p>- Difficultés à titre personnel : gestion du sommeil et de l'allaitement, enfant bercé et apprentissage à l'autonomie à l'endormissement, pleurs, rituel</p> <p>- Conseils donnés à droite à gauche mais pas si simple en pratique « tout le monde disait », question des normes posées par la société + quelle référence pour les parents ?</p> <p>- « On a appris que chez la nounou il s'endormait tout seul », « et peut-être que non plus on lâchait pas »</p> <p>- Difficultés rapportées par les patients : ne pas pouvoir réussir à poser l'enfant, allaitement et reprise du travail, sommeil et allaitement « toutes les mamans qui disent c'est à cause de l'allaitement il veut téter toute la nuit » dans contexte de recommandation de l'allaitement maternel, AM come tétine ou réconfort, « prisonnières de leur allaitement »</p> <p>- réponses parfois inadaptées en lien avec l'épuisement « la fatigue faisant du coup on prend la réponse immédiate »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - autonomie à l'ENDORMISSEMENT - NORMES, REFERENCE - Sommeil avec un TIERS et EDUCATION PARENTALE - Education en contexte d'épuisement - Solution IMMEDIATE |
| | <p>6- Quelles sont les questions sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant qui peuvent vous mettre en difficulté en consultation ?</p> | <p>- Difficultés à déconstruire de mauvaises habitudes ancrées, notamment le partage de lit avec les parents, souvent en lien avec des difficultés plus petits déjà, d'où la nécessité d'une intervention précoce « des fois [...] on se retrouve sur des enfants de deux ans et peut être que les parents n'ont pas trouvé ça problématique mais peut être que ça l'était et on se dit que zut si on les avait orientés aidés avant » « surtout comment rattraper le coup des gens qui sont empêtrés dans des schémas [...] là clairement je me sentirais dépassée », « Autant, accompagner un peu de novo les parents, bon j'ai l'impression d'improviser un peu mais bon je peux quand même donner des grandes lignes peut être un peu collé sur mon expérience, mais autant sur des personnes qui ont de vraies problématiques actuellement je pense que je ne suis pas en mesure de les aider efficacement »</p> <p>- Sans compter importante subjectivité de ce qui est problématique ou non : idem dans son expérience personnelle ce médecin rapporte d'emblée ne pas avoir eu de problèmes de sommeil avec son enfant puis en creusant les questions finit par détailler toutes les difficultés qu'elle a en réalité rencontrées « c'est une question de point de vue – mais on n'a jamais nous trouvé qu'on avait des problèmes avec le sommeil [...] mais en fait il a toujours fait au moins deux trois réveils par nuit », se sont rendus compte après quand nuits sans réveils que rétrospectivement ils étaient fatigués « pour nous il dormait hyper bien parce qu'il [...] et nous on dormait bien », « Et un jour on a pris du recul quand il a bien dormi vraiment sans jamais se réveiller et on s'est dit oui en fait c'est une question de point de vue je pense parce qu'il y a des gens qui ne supporteraient pas d'être réveillés trois quatre fois par nuit » donc subjectivité aussi liée au sommeil des parents + oubli « je saurais pas dire exactement ce que j'ai fait, on se mélange les pinceaux » remettant alors aussi en question la fiabilité des conseils basés sur l'expérience personnelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> - PARTAGE LIT PARENTAL - PAS DANS LE LIT PARENTAL - MAUVAISES HABITUDES - SUBJECTIVITE, SOMMEIL parents - OUBLI - PRECOCITE - REPERAGE, énurésie - PREVENTION, DEPISTAGE - PLAINTES RAPPORTEES - Question CENTRALE - ORIENTATION (psychologique, puéricultrice de la PMI) - MANQUE de TEMPS - RECOURS MEDICAL - ETAYAGE SCIENTIFIQUE, PLACE du MT, référence - INCERTITUDE - VARIABILITE inter-individuelle - Absence de mode d'emploi - Question CENTRALE - AGES PIVOTS, MOMENTS CLES - PHYSIOLOGIE |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>- Avec parfois mise en évidence d'autres problèmes : énurésie... Donc va au-delà du champ du sommeil, problèmes connexes « un ensemble de choses » « ça touche plein de domaines »</p> <p>- Mais parfois difficultés de dépistage si la plainte rapportée n'est pas fidèle à la réalité, ne peut pas tout repérer : « c'est le problème en méd gé on essaie de dépister de poser des questions larges après si on n'a pas d'élément de plainte... »</p> <p>- Manque de temps pour tout développer en consultation « c'est tellement peu de temps en consultation »</p> <p>- A pu être amenée à orienter par exemple vers une psychologue ou la PMI puéricultrice, « peut-être que je botte en touche car je ne sais pas quoi proposer aux parents »</p> <p>- Conseils de bon sens mais souvent les parents ont déjà essayé (donc n'ont pas eu de recours médical immédiat, essaient de débrouiller) donc se retrouve sans carte supplémentaire à proposer : « on sait pas trop... quoi dire, à part il faut essayer de lui donner un rythme, etc. Et puis souvent ils ont déjà essayé » « Je pense comme plein de parents avec leur premier enfant (rires) on faisait plein de trucs... »</p> <p>- Pas de manuel, difficile de savoir ce qui a fonctionné ou non avec son propre enfant ou pourquoi cela a fonctionné « il y a tellement de facteurs qui rentrent en compte que même le refaire je saurais pas (rires) » « je pourrais pas dire au final de tout ce qu'on a fait ce qui a fonctionné » + « et puis chaque enfant est différent », et variable également au sein d'une même fratrie alors que les parents sont les mêmes</p> <p>- Utilisation de l'expérience personnelle pas très confortable car manque d'étayage scientifique, incertitude quant à la validité des conseils donnés « est-ce que ce que je sais, ce que je connais c'est validé, le proposer de manière professionnelle », besoin d'approfondir les connaissances pour « professionnaliser » les conseils donnés : « c'est vrai plus on est formé plus on peut se baser sur des choses validées, ou en tous cas se sentir à l'aise, maîtriser »</p> <p>- Manque de repères d'âges pivots d'acquisition « je sais pas s'il y en a d'ailleurs », « à partir de quel âge on peut dire aux parents là vous pouvez commencer à l'autonomiser sur le sommeil »</p> <p>- Manque de techniques à conseiller aux parents en pratique</p> <p>- Difficultés dans la gestion allaitement et sommeil, « est-ce que dans certains cas l'allaitement chronicise les choses ? » « que conseiller aux mamans qui se retrouvent piégées dans ce truc-là »</p> | <p>- ALLAITEMENT : MEMES QUESTIONS</p> <p>- TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES</p> <p>- PROBLEMATIQUE</p> <p>- INTERROGATOIRE ORIENTE</p> |
| <p>Besoins et attentes en formation</p> | <p>7- Quels seraient vos attentes et besoins en formation sur le sommeil du nourrisson et du jeune enfant ?</p> <p>→ En termes de contenu ?</p> <p>→ En termes de format et organisation pratique ?</p> <p>→ Quel objectif principal pour vous ?</p> | <p>-Contenu : repères d'âges, rappels de physiologie, théorie ok mais si intérêt en pratique, donc choses pratico pratiques, temps de sommeil selon les âges, structure du sommeil, techniques à proposer aux parents en pratique en cas de difficultés, « une partie d'infos factuelles avec des conseils pratico pratiques en consultation », âges d'acquisition « en termes de développement ce qu'on peut demander à un enfant », quand et vers qui orienter</p> <p>- Format : court (une soirée, 2H), échanges entre professionnels, en présentiel, support écrit pouvant servir en consultation papier ou encore mieux informatique que l'on peut retrouver facilement sur un site internet... , ou au moins des sources d'informations fiables (site internet...), sortir de la formation avec un résumé</p> <p>- Obj principal : techniques et conseils pratiques soit en prévention soit quand il y a des problèmes + / - orientation</p> <p>- Efficacité : « efficace en temps infos utiles » car « c'est un tout petit pan de notre travail »</p> <p>- Outils validés au moins localement, utilisés par d'autres professionnels comme la PMI</p> <p>- Interactivité, dynamisme pour mieux se souvenir</p> | <p>- THEORIE appuyant la PRATIQUE</p> <p>- PRATICO PRATIQUE</p> <p>- PHYSIOLOGIE</p> <p>- TECHNIQUES et CONSEILS PRATIQUES</p> <p>- AGES PIVOTS, MOMENTS CLES</p> <p>- SIGNES D'ALERTE</p> <p>- ORIENTATION</p> |
| | <p>8- Quels seraient selon vous les critères de qualité d'une bonne formation sur le sujet ?</p> | <p>retrouver facilement sur un site internet... , ou au moins des sources d'informations fiables (site internet...), sortir de la formation avec un résumé</p> <p>- Obj principal : techniques et conseils pratiques soit en prévention soit quand il y a des problèmes + / - orientation</p> <p>- Efficacité : « efficace en temps infos utiles » car « c'est un tout petit pan de notre travail »</p> <p>- Outils validés au moins localement, utilisés par d'autres professionnels comme la PMI</p> <p>- Interactivité, dynamisme pour mieux se souvenir</p> | <p>- COURT, en PRESENTIEL</p> <p>- INTERACTIVITE, échanges</p> <p>- SUPPORT ECRIT, INFORMATIQUE</p> <p>- SUPPORT RESUME</p> <p>- SOURCES d'informations (site)</p> <p>- EFFICIENCE : messages clés, concis</p> <p>- ETAYAGE scientifique</p> <p>- INTERACTIVITE, dynamisme</p> |

ANNEXE D – LIVRE DE CODES I (entretiens)

LIVRE DE CODES I

- Entretiens semi-dirigés -

| Codes | Occurrence | Définition | Autre (remarques, etc.) |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| A | | | |
| Absence de mode d'emploi | 4-10 = 20% | Il n'existe pas de règles prédéfinies pour éduquer un enfant | |
| Adaptation | 5-7-8-10 = 40% | Lorsque le médecin s'adapte dans ses conseils selon la famille et ses contraintes propres au lieu de toujours donner des conseils standardisés même si cela peut parfois dévier un peu des recommandations | Code associé : pragmatisme. |
| Adaptée à la médecine générale | 1-4-5-7 = 40% | Formation applicable au quotidien de la médecine générale et non pas hyperspécialisée | |
| Âges pivots | 1-3-8-10 = 40% | Connaître les âges auxquels les acquisitions majeures se passent | |
| A l'aise | 1 = 10% | Se sentir confortable pour traiter des questions du sommeil du nourrisson avec les patients en consultation | |
| A la MSP | 2-7-8-9 = 40% | Préférence que la formation se passe à la maison de santé | |
| Alimentation/allaitement | 1-4-5-7-10 = 50% | Impact et liens existants entre sommeil et alimentation ou allaitement | |
| Apport du MT | 1-2-3-4-5-6-7-8-10 = 90% | Ce que le médecin traitant peut apporter en consultation aux patients sur le sujet du sommeil en termes d'expertise et de plus-value | ... par rapport à ce que les patients (parents) ont pu trouver par eux-mêmes ou via leur entourage ... en termes de conseils, techniques, et surtout d'aide à la résolution des problèmes |
| Apprentissage | 3 = 10% | Le sommeil est une acquisition comme une autre nécessitant un apprentissage | |
| Autoformation informelle | 2-3-4-7-8-9-10 = 70% | Fait que les médecins se sont formés/se forment sur la question par eux-mêmes, en autonomie et de manière non spécifique et non formalisée (au grès de lectures éparses, de questions posées, etc.). | |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|--|
| Autonomie à l'endormissement | 2-3-4-5-6-10 = 60% | Capacité d'auto apaisement du nourrisson lui permettant de se rendormir seul sans l'intervention de ses parents | |
| Avis spécialisés | 9 = 10% | Source de recours du médecin de contacter directement un spécialiste pour obtenir la réponse à une question non résolue | |
| B | | | |
| Besoin de validation | 3-4-6 = 30% | Attente du médecin que la formation vienne confirmer et conforter ses pratiques déjà en place | |
| Boite à outils | 4-5 = 20% | Se constituer grâce à la formation un panel varié de conseils et techniques | |
| Bon sens | 3-6-8-10 = 40% | Quand les conseils du médecin se basent et relèvent selon lui essentiellement de la logique et du bon sens commun | |
| C | | | |
| Cauchemars | 3-4 = 20% | Expérience de mauvais rêve pour le petit et ce que cela implique pour lui et son entourage | |
| Central | 3-8-10 = 30% | Fait que la question du sommeil est connexe et au centre d'un grand nombre de problématiques courantes chez le petit enfant | ... éléments connexes et codes associés : alimentation, allaitement, développement psycho-moteur, staturo-pondéral et psycho-affectif, troubles digestifs, pathologies somatiques... |
| Cododo | 1-3-7-10 = 40% | Mode de couchage du petit dans un lit accolé à celui des parents | ... et autres définitions selon les personnes, mais excluant le partage de lit parental |
| Coliques | 1-7-8 = 30% | Pleurs importants du nourrisson imputés à des douleurs digestives | |
| Comparaison | 3-5 = 20% | Lorsque les capacités ou conditions de sommeil d'un enfant sont comparées à celles d'une autre enfant | ... par les parents, de la famille, des amis... |
| Concision | 1-2-3-5-8-10 = 60% | Fait que la formation soit concise à savoir que l'essentiel de son contenu soit délivré en un temps court | |
| Concret | 3-7-9 = 30 % | Fait que la formation fasse appel à des éléments de vie ou de réalité tangibles | |
| Conseils de couchage | 7-9-10 = 30% | Recommandation du médecin sur la position, l'environnement et les conditions du couchage du nourrisson | ... principalement reco OMS de prévention de MSN ... sujet connexe : plagiocéphalie |

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Court | 1-2-3-4-5-6-7-9-10 = 90% | Durée attendue de la formation (en moyenne de quelques heures/ une demie journée) | |
| D | | | |
| Débrouillardise | 3-5-6-8-10 = 50% | Fait de chercher par soi-même et d'essayer au mieux de trouver une solution à un problème, y compris par tentatives multiples ou selon des sources non validées. Valable pour les parents et/ou le médecin. | |
| Déculpabiliser | 3-10 = 20% | Pratique relationnelle du médecin visant à faire passer le message aux parents qu'ils ne portent pas toute la responsabilité d'une problématique de sommeil de leur enfant | |
| Dépistage | 1-2-4-5-8-10 = 60% | Lorsque le médecin cherche à déterminer la présence ou non d'une pathologie sous-jacente | Codes associés : énurésie, dermatite atopique, diagnostic différentiel |
| Détaille | 1-4-5-7 = 40% | Lorsque le médecin, même en l'absence de plainte, pousse son interrogatoire pour explorer le sommeil du nourrisson en posant plusieurs questions précises | Codes associés : siestes, horaires... |
| Détaille peu /en partie | 5-10 = 20% | Lorsque le médecin pousse son interrogatoire mais soit peu souvent soit avec peu de questions | |
| Distanciel, e-learning | 5 = 10% | Souhait que la formation ne soit pas en présentiel, mais à distance via un support informatique | ...soit en visioconférence soit formation libre accès en ligne |
| Documentation | 1-3-4-5 = 40 % | Que la formation apporte des supports écrits d'informations à donner aux patients en consultation (plaquette, flyer, brochures...) | |
| Doudou | 5-7-8 = 30% | Objet transitionnel du tout petit pouvant prendre différentes formes | |
| Dynamique | 4-7-8-10 = 40 % | Que la formation/l'intervenant ait du rythme pour maintenir l'attention de l'auditoire | |
| E | | | |
| Echanges | 2-3-4-9-10 = 50% | Que la formation permette aux professionnels présents de partager leur expérience et poser des questions entre eux et avec les intervenants. | |
| Ecrans | 5-7-8-10 = 40% | Exposition des petits, en direct ou en fond, aux différents écrans lumineux (TV, tablettes, smartphones...) | |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| Education en contexte d'épuisement | 3-5-8-10 = 40% | Difficultés pour les parents de faire de la pédagogie en pleine nuit ou lors d'un état de grande fatigue | |
| Education parentale | 3-5-6-10 = 40% | Processus de transmission aux parents par le professionnel de nouvelles connaissances/compétences dans un but d'autonomie | |
| Efficiace | 2-3-4-8-10 = 50% | Efficacité de la formation en termes de ratio temps/informations transmises. | |
| Endormissement | 1-2-3-4-5-8-9 = 70% | Difficultés dans la gestion de l'endormissement de l'enfant (heure tardive, nécessité de présence parentale, opposition, etc.). | ... par les parents ou le médecin |
| Epuisement parental | 2-3-5-7-8 = 50% | Stade avancé de grande fatigue des parents en lien avec les difficultés de sommeil de leur enfant | |
| Erreurs à ne pas faire | 8 = 10% | Que la formation précise pour les médecins les choses à ne pas dire et à ne pas faire | |
| Etayage scientifique | 1-3-4-5-8-10 = 60% | Que les informations/conseils donnés par le médecin se basent sur l'EBM, sur des preuves scientifiques, des études | |
| Evolution | 3-7 = 20% | Fait que la physiologie et les problématiques de sommeil changent avec l'âge, de même que les conseils à apporter | |
| Expérience en consultation (empirique) | 2-4-5-7-8-9 = 60% | Source de compétences/connaissances issues de ce qui a pu être rencontré au fil des consultations du médecin | |
| Expérience personnelle | 1-2-3-4-5-7-8-10 = 80% | Source de compétences/connaissances issues de ce qu'a pu vivre le médecin dans sa vie personnelle, privée, essentiellement en tant que parent | |
| Expérimenté/compétent | 3-8 = 20% | Caractéristique attendue de l'intervenant présentant la formation | |
| F | | | |
| Faire ses nuits | 1-8 = 20% | Terme générique aux définitions variées selon les personnes | ... que veut dire faire ses nuits ? |
| Formation pratique (stages) | 1-2-9-10 = 40% | Source de compétences/connaissances issues de l'expérience en stage pendant les études de médecine | |
| Formation spécifique | 1 = 10% | Le médecin a réalisé une formation spécifiquement sur le thème du sommeil du jeune enfant | |

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Formation théorique | 1 = 10% | Source de compétences/connaissances issues de la formation théorique du médecin (cours des études de médecine ou formations ensuite) | |
| (Très) Fréquent | 2-3-4-5-7-10 = 60% | Fait que les problématiques de sommeil reviennent fréquemment en consultation selon le médecin | |
| G | | | |
| H | | | |
| Habitudes | 1-2-3-4-5-7-8-10 = 80% | Les pratiques et conseils en consultation sur le sommeil de l'enfant suivent un schéma globalement constant et propre au médecin | |
| Horaires | 1-5-8-10 = 40% | Quand le médecin détaille dans son interrogatoire les heures de lever/ coucher et les temps de sommeil | |
| I | | | |
| Impliquer l'enfant | 3-5-7 = 30% | Le médecin inclue l'enfant dans la discussion en consultation, l'interroge ou lui parle directement | |
| Incertitude | 1-2-3-4-5-7-8-10 = 80% | Lorsque les causes, les solutions ou l'évolution d'une problématique de sommeil ne sont pas certaines. Sentiment inconfortable ressenti par le médecin face au doute. | |
| Infos à titre personnel | 2-3 = 20% | Lorsque les informations que le médecin a pu chercher par lui-même sur le sommeil l'ont été pour répondre à une question d'ordre personnel | |
| Infos à titre professionnel | 4-7-8-9 = 40% | Lorsque les informations que le médecin a pu chercher l'ont été pour répondre à une question d'ordre professionnel, posée par un parent ou à l'occasion d'une problématique rencontrée en consultation | |
| (Très) insuffisantes | 3-4-5-6-7-9-10 = 70% | Evaluation subjective du médecin vis-à-vis de ses propres connaissances/ compétences sur le sujet du sommeil de l'enfant | |
| Intégré à une journée | 1-4-6 = 30% | Souhait d'organisation de la formation au sein d'une journée dédiée de formation en pédiatrie | |
| Interactivité | 1-2-3-4-7-8-9-10 = 80% | Que la formation permette les échanges entre les professionnels et les intervenants. Offrir la possibilité d'intervenir à la différence d'un cours magistral | |

| | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| Intéressé(e) | 2-3-4-5-7-8-9-10 = 80% | Quand le médecin se dit intéressé pour assister à une formation spécifique sur le sommeil de l'enfant | ... à titre professionnel (mais aussi personnel pour certains) |
| Interrogatoire orienté | 2-5-6-9-10 = 50% | Fait que l'interrogatoire mené par le médecin puisse être influencé par ses propres connaissances/capacités à répondre à un problème, dans l'objectif de ne pas se mettre en difficulté | Consciemment ou non, par manque de maîtrise du sujet ou par manque de temps, etc. |
| Intervenant | 1-3-6-7-8 = 50% | Importance soulevée par les médecins interrogés de l'intervenant dans la qualité de la formation | |
| J | | | |
| K | | | |
| L | | | |
| Laisser venir | 3-5-7 = 30% | Conseil ou attitude du médecin de non intervention et d'observation de l'évolution avec le temps | Code associé : temps d'acquisition |
| Légitimité | 3-5-8-9 = 40% | Lorsque le médecin ne se sent pas toujours très légitime pour gérer les problématiques de sommeil | ... par manque de formation, de connaissances, d'expérience pro ou perso, car pas parent... |
| Limite > 2 ans viennent moins en consultation de suivi | 1-3-4 = 30% | Fait limitant dans le repérage et la prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant > 2 ans car consultations de suivi moins fréquentes et parents n'y viennent pas ou moins ou pour d'autres motifs notamment motifs aigus | |
| Livre | 3 = 10% | Source d'informations du médecin sur le sujet du sommeil de l'enfant | |
| Lumière | 5-8 = 20% | Condition environnementale de couchage de l'enfant abordée en consultation par le médecin | |
| M | | | |
| Maltraitance | 1-3-8 = 30% | Lien fait avec les troubles du sommeil et prévention/information par le médecin des risques de maltraitance | |
| Manque de temps | 5-7-10 = 30% | Quand le médecin manque de temps en consultation pour traiter comme il le voudrait la question | |
| Mauvaises habitudes | 1-5-7-10 = 40% | Habitudes prises (par l'enfant et les parents) autour du sommeil du petit difficiles à déconstruire ensuite | |
| Médecin parent | 1-7-9 = 30% | Fait qu'être parent soit aidant pour le médecin notamment dans la confiance des patients parents | |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Médicament | 4-8 = 20% | Question ou demande des parents sur le recours à un traitement médicamenteux des troubles | |
| Mêmes questions | 2-3-4-5-10 = 50% | Corrélation mise en évidence entre les difficultés rapportées par les parents en consultation et les difficultés des médecins | = les questions des parents sont les mêmes que celles des médecins, ce qui pose problème aux parents est aussi ce qui pose problème aux médecins |
| Messages clés | 2-3-4-5-6-8-9-10 = 80% | Que la formation permette la transmission des grandes idées à retenir, fait de sortir de la formation avec ces grands messages en tête | |
| Mise à jour | 1-3-4 = 30% | Besoin en termes de formation d'informer sur les recommandations les plus récentes et l'évolution des pratiques sur le sommeil de l'enfant | |
| Mise en pratique immédiate | 4-5-7-9 = 40% | Pouvoir tout de suite en sortant de la formation mettre en œuvre en consultation ce qui a été dit | |
| Moments clés d'intervention | 3-8-10 = 30% | Que la formation insiste sur les âges/ périodes charnières où le médecin doit intervenir (dépister, conseiller, guider, etc.) en consultation | |
| Motif non unique | 1-2 = 20% | Lorsqu'en consultation le médecin doit traiter d'autres motifs que celui du sommeil | ... inhérent à la consultation (suivi, dépistages, etc.) ou amené par les parents (surtout motif aigu) |
| N | | | |
| Ne connaît pas de formation spécifique | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 100% | Le médecin ne sait pas s'il existe de formation spécifique sur le sommeil du jeune enfant | |
| Ne détaille pas | 2-3-9 = 30% | Lorsque le médecin ne pousse pas son interrogatoire sur le sommeil au-delà d'une question générale | ... en général quand il n'y a pas de souci relevé par les parents |
| Non prioritaire | 2-6-7-9-10 = 50% | Lorsque le sujet du sommeil du nourrisson est jugé non prioritaire (par rapport à d'autres problématiques) par le médecin en termes de formation | |
| Non systématiquement | 6-8 = 20% | Lorsque le médecin n'interroge à chaque consultation de suivi sur le sommeil de l'enfant | |
| Normalité | 1-2-3-4-5-8-9 = 70% | Rapport (du médecin ou des parents) à ce qui est considéré comme normal (physiologique) sur le sommeil du petit | ... que cela soit vrai ou non... |
| Normes | 3-5-10 = 30% | Rapport (du médecin ou des parents) aux valeurs imposées par la société (ce qu'il faut) et la morale | ... que cela soit vrai ou non... |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| | | (ce qui est bien ou mal) sur le sommeil de l'enfant | |
| O | | | |
| Orientation | 3-4-6-7-10 = 50% | Lorsque le médecin généraliste oriente les parents et l'enfant vers un autre professionnel quand il se retrouve en difficultés face à des problématiques de sommeil | Codes associés : pédiatre, PMI, puéricultrice, lieux d'accueil parents enfants, associations, psychologue, CMP, CMPP, ostéopathe |
| Oubli | 3-5-6-8-10 = 50% | Lorsque le médecin n'a plus toujours très bien en mémoire les acquis de son expérience (personnelle surtout) | ... influençant donc ses pratiques (puisque beaucoup basées sur l'expérience personnelle) |
| P | | | |
| Parents | 3 = 10% | Lorsque le médecin axe essentiellement la prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant sur celle des parents | Codes associés : préservation parentale, recours familial |
| Partage d'expérience | 2-7-10 = 30% | Source de compétences/connaissances issues d'échanges sur le vécu de chacun sur le sommeil de l'enfant | Codes associés : proches, amis, collègues, réseaux sociaux |
| Partage lit parental | 1-4-5-6-7-8-10 = 70% | Quand les parents prennent leur enfant à dormir dans leur lit | |
| Partir des Q° des médecins | 1-4 = 20% | Souhait de dérouler la formation à partir des questions exprimées par les médecins présents | |
| Pas à l'aise | 2-3-9-10 = 40% | Sentiment d'inconfort qui peut être ressenti par le médecin face aux problématiques de sommeil de l'enfant en consultation | |
| Pas dans le lit parental | 1-5-7-8-10 = 50% | Conseil/injonction donné(e) par le médecin aux parents ne pas partager leur lit avec leur enfant | |
| Pas de formation spécifique | 2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 90% | Lorsque le médecin n'a pas suivi de formation spécifique sur le sommeil du jeune enfant | |
| Pas démuni(e) | 7-8 = 20% | Le médecin, sans être parfaitement à l'aise ne se sent pas démuni face aux problématiques de sommeil de l'enfant, il se sent capable de gérer la plupart des situations | |
| Pas de (souvenirs) formation théorique externat | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 100% | Le médecin n'a pas reçu de formation théorique sur le sommeil de l'enfant pendant son externat, ou en tous cas ne s'en souvient pas | |
| Pas de (souvenirs) formation théorique internat | 2-3-4-5-6-8-9 = 70% | Le médecin n'a pas reçu de formation théorique sur le sommeil de l'enfant pendant son internat, ou en tous cas ne s'en souvient pas | |

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Petit groupe | 2-9 = 20% | Souhait que la formation ne se fasse pas avec trop de participants | ... pour favoriser l'interactivité |
| Peu confronté(e) | 6-9-10 = 30% | Quand le médecin rapporte qu'il n'a pas été amené dans son exercice professionnel à rencontrer beaucoup de problématiques de sommeil de l'enfant | Codes associés : Patientèle, et Durée d'exposition = car peu de jeunes enfants dans la patientèle et/ou exerce depuis pas très longtemps avec cette patientèle ... ou car peu problématique ? |
| Peu fréquent | 1-6-8 = 30% | Quand le médecin rapporte que les problématiques de sommeil de l'enfant lui semblent revenir peu fréquemment en consultation | |
| Physiologie | 1-2-3-6-7-8-9-10 = 80% | Que la formation rappelle la physiologie du sommeil selon les âges | |
| Place du MT | 1-3-5-8-10 = 50% | Vision (du médecin ou des parents) du rôle du médecin dans la prise en charge des problématiques de sommeil de l'enfant | ... selon le point de vue du médecin dans cette étude |
| Place du père | 3-8 = 20% | Intérêt porté par le médecin dans son interrogatoire ou ses conseils sur le rôle du père dans la gestion des troubles du sommeil de l'enfant | |
| Plainte rapportée | 1-3-4-5-6-8-9-10 = 80% | Discordance qu'il peut exister entre ce que disent les parents (spontanément ou après une question) et la réalité de ce qu'il se passe à la maison | ... par omission, minimisation, etc. mais aussi par subjectivité de point de vue sur ce qui est problématique ou non. |
| Pleurs | 1-3-7-8-10 = 50% | Difficultés liées aux pleurs du soir ou nocturnes du tout petit | |
| Pourquoi | 4-7-8 = 30% | Fait de chercher à comprendre la cause des difficultés | ... par les parents ou le médecin |
| Pragmatisme | 5-6-7-8-10 = 50% | Quand le médecin ou les parents font avec les moyens réels possibles plus que comme cela devrait être idéalement. Réalisme. | Code associé : adaptation. |
| Pratico pratique | 1-2-3-4-5-6-9-10 = 80% | Critère de qualité de la formation qui puisse être mise concrètement en pratique dans son contenu | |
| Pratique | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 100% | Que la formation ne contienne pas que de la théorie mais aussi une partie qui explique comment faire concrètement | |
| Précocité | 3-7-8-10 = 40% | Importance de début la prévention autour des troubles du sommeil le plus tôt possible (prévention laire) | |
| Présentiel | 1-2-3-4-7-8-9-10 = 80% | Souhait que la formation soit réalisée avec toutes les personnes dans la même pièce | |
| Prévention | 1-2-3-5-7-8-10 | Quand le médecin œuvre à éviter l'apparition de troubles ou de | |

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| | = 70% | maladies (préventive) ou de leurs complications (préventive) | |
| Problématique | 3-8-10 = 30% | Constat du médecin que les difficultés autour du sommeil peuvent être source d'importants problèmes (en intensité) pour les parents | |
| Q | | | |
| Question fermée | 3-5-6-7-8-9-10 = 70% | Le médecin pose une question fermée lorsqu'il interroge sur le sommeil de l'enfant (réponse par oui ou non) | |
| Question générale | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 100% | Le médecin pose une question générale (non précise) lorsqu'il interroge sur le sommeil de l'enfant | |
| Question ouverte | 1-2-3-4-7-10 = 60% | Le médecin pose une question ouverte lorsqu'il interroge sur le sommeil de l'enfant (pas de réponse oui/non) | |
| R | | | |
| Réassurance | 1-2-3-4-5-7-9-10 = 80% | Pratique relationnelle du médecin qui rassure les parents sur le développement/la santé de leur enfant | |
| Recherches | 4-9 = 20% | Source d'information basée sur des recherches du médecin suite à une question en consultation | |
| Recommandations | 3-6-7-8-9-10 = 60% | Lorsque les conseils délivrés par le médecin se rapportent aux recommandations (OMS, prévention MSN, conseils de couchage) | |
| Recours médical | 1-3-5-6-10 = 50% | Fait que les parents se tournent ou non vers leur médecin traitant en cas de difficultés avec le sommeil de leur enfant | |
| Référence | 3-5-10 = 30% | Besoin des parents d'avoir une personne de confiance source d'informations fiables sur le sujet | ... et fait que cette personne soit ou non leur médecin traitant |
| RGO | 1-7-8 = 30% | Difficultés de sommeil en lien avec les reflux. | |
| Repérage | 1-2-5-8-10 = 50% | Vigilance du médecin quant à la présence d'un symptôme particulier | Code associé : dépistage |
| Résumé | 1-8-10 = 30% | Souhait d'avoir un support qui résume le contenu de la formation | |
| Réveils | 1-2-3-4-5-6-7-8-9 = 90% | Difficultés dans la gestion des réveils nocturnes de l'enfant | |
| Revue professionnelle | 4-6-7-8 = 40% | Source d'informations issues de lecture de revues médicales | |

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Rituel | 2-3-5-7-8-10 = 60% | Conseil du médecin de mise en place d'une routine constante de préparation au coucher | |
| Rythme | 1-5-9 = 30% | Intérêt du médecin porté au rythme de l'enfant (rythme veille sommeil, donneurs de temps la journée, etc.) | |
| S | | | |
| Secondaire | 1-2-4-6 = 40% | Selon le médecin, le sujet du sommeil du nourrisson est pour les parents non prioritaire car moins problématique par rapport à d'autres soucis | ... sans que cela préjuge de leur fréquence |
| Siestes | 1-4-5-7-10 = 50% | Quand le médecin interroge plus spécifiquement sur les siestes | |
| Signes d'alerte | 1-2-3-10 = 40% | Que la formation insiste sur les signes cliniques qui doivent alerter le médecin et conduire à intervenir | |
| Sites internet non médicaux | 2-7 = 20% | Source d'informations issues de sites internet non validés scientifiquement | |
| Sites médicaux | 4-7-9 = 30% | Source d'informations issues de sites internet validés scientifiquement | |
| Solution immédiate | 4-7-8-10 = 40% | Demande parfois pressante des parents au médecin d'apporter une réponse instantanée aux problèmes | |
| Somatique | 1-3-5-7 = 40% | Quand la démarche du médecin consiste à éliminer une pathologie somatique pouvant expliquer les troubles du sommeil | |
| Sommeil chez un tiers | 3-10 = 20% | Lorsque l'enfant qui a des troubles du sommeil va dormir chez une autre personne (grands-parents, assistante maternelle, etc.) | ... et constatations qui en découlent souvent pour les parents |
| Sommeil parental | 3-5-7-8-10 = 50% | Intérêt porté au sommeil des parents lorsque l'enfant a des troubles du sommeil | |
| Sources d'informations | 2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 90% | D'où les médecins tirent leurs informations, leur autoformation personnelle. Sources diverses et pas toujours validées scientifiquement | |
| Soutien parental | 3-6 = 20% | Pratique relationnelle du médecin visant au soutien des parents | |
| Souvenirs, mémoire | 1-2-3-4-5-7-8-10 = 80% | Subjectivité et impact sur la fiabilité des réponses du médecin aux questions car basées sur la mémoire | |
| Spécialiste / Expert | 6-8 = 20% | Souhait que l'intervenant de la formation soit un spécialiste et/ou un universitaire | |
| Spécificité | 1-3-4-5-8-10 = 60% | Constat que chaque médecin aborde plus précisément la | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| | | question selon un angle qui lui est propre | |
| Stages peu formateurs | 1-2-3-4-10 = 50% | Le médecin rapporte que ses stages pendant les études de médecine ont peu contribué à ses connaissances/ compétences sur le sujet | ... ces stages avaient peu de rapport avec la question et/ou ils ont peu rencontré ce genre de situations en stage |
| Subjectivité | 1-2-3-4-5-8-9-10 = 80% | Le sujet du sommeil du jeune enfant, ce qui est normal ou non, ce qui est problématique ou non, etc. est très personne dépendante et subjectif | |
| Support écrit | 1-2-5-8-10 = 50% | Souhait d'avoir tout ou partie du contenu de la formation sur un support écrit papier | |
| Support informatique | 5-9-10 = 30% | Souhait d'avoir tout ou partie du contenu de la formation sur un support informatique (site internet ou serveur commun de la MSP) | |
| Systématiquement (en consultation de suivi) | 1-2-3-4-5-7-9-10 = 80% | Le médecin interroge à chaque consultation de suivi sur le sommeil de l'enfant | |
| T | | | |
| Techniques et conseils pratiques | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 = 100% | Pouvoir connaître et donner des conseils pratico pratiques, détailler des techniques spécifiques aux parents | |
| Temps d'acquisition | 1-2-3-4-5-7-8 = 70% | Fait que certaines acquisitions en lien avec le sommeil de l'enfant puissent demander un certain temps | Codes associés : réévaluation, laisser venir |
| Terreurs nocturnes | 3-4-7 = 30% | Difficultés en lien avec la gestion des terreurs nocturnes | |
| Théorie | 1-2-4-5-7-8-9-10 = 80% | Que la formation contienne une partie de rappels théoriques sur le sommeil de l'enfant | |
| U | | | |
| V | | | |
| Valorisation | 3 = 10% | Pratique relationnelle du médecin visant à la valorisation des parents | |
| Variabilité inter individuelle | 1-3-4-5-10 = 50% | Fait que chaque enfant est différent et que ce qui est vrai pour l'un ne l'ait pas toujours pour un autre. | |
| W | | | |
| X | | | |
| Y | | | |
| Z | | | |

ANNEXE E – ANALYSE DES CODES (entretiens)

ANALYSE DES CODES

- Entretiens semi-dirigés -

- **Niveau 1** : codage descriptif cf. Livre de codes
- **Niveau 2** : codage thématique => regroupement des codes en **THEMATIQUES** :

PAS de STANDARDISATION (chaque enfant est différent)

Absence de mode d'emploi
Subjectivité
Variabilité inter individuelle
Evolution
Apprentissage
Faire ses nuits
Normalité
Siestes
Rythme
Horaires
Temps d'acquisition
Sommeil chez un tiers

ATTENTES

(sur le format de la formation)

A la MSP
En présentiel (80%)
Distanciel, e-learning (10%)
Documentation
Concret
Court
Echanges
Partir des Q° des médecins
Intégré à une journée
Spécialiste/expert
Petit groupe
Support écrit
Support informatique

PRATIQUES des PARENTS

Epuisement parental (= recours tardif au MT)
Normes, Comparaison
Débrouillardise
Référence (médecin ? famille ? amis ?)
Recours médical, Plainte rapportée
Subjectivité
Solution immédiate
Partage lit parental, Mauvaises habitudes
Education en contexte d'épuisement
Motif non unique/ Secondaire
Limite > 2 ans viennent moins en cs de suivi
Recours familial, Sommeil chez un tiers

BESOINS

(en contenu de la formation)

Agés pivots
Signes d'alerte
Moments clés d'intervention
Besoin de validation
Cododo
Cauchemars
Terreurs nocturnes
Endormissement
Réveils
Physiologie
Normalité
Théorie
Pratique
Techniques et conseils pratiques
Boîte à outils
Orientation
Erreurs à ne pas faire
Dépistage/repérage
Evolution
Mise à jour
Sources d'infos
Rythme

SUJET CENTRAL

Alimentation/allaitement
Central
Cododo
Pleurs
RGO, Coliques
Dépistage/repérage
Somatique, pourquoi
Diagnostic différentiel
Enurésie
Dermatite atopique
Siestes
Rituel
Doudou
Ecrans
Maltraitance

CRITERES de QUALITE

(d'une bonne formation)

Adaptée à la médecine générale
Etayage scientifique
Concision
Pratico pratique
Efficience
Messages clés
Intervenant
Interactivité
Expérimenté/compétent
Support écrit
Résumé
Dynamique
Mise en pratique immédiate

TEMPORALITE

(Q° du temps dans la gestion des troubles du sommeil)

Laisser venir
Prévention (= en amont)
Précocité
Temps d'acquisition
Moments clés d'intervention
Agés pivots
Mauvaises habitudes (= inscrit dans le temps)
Epuisement parental (= au bout du bout)
Solution immédiate
Limite > 2 ans viennent moins en cs de suivi
Apprentissage (= processus/ besoin de temps)
Manque de temps
Evolution

| ROLE de PREVENTION du MEDECIN |
|--|
| Apprentissage |
| Central |
| Pas dans le lit parental |
| Recommandations, conseils de couchage |
| Maltraitance |
| Epuisement parental |
| Préservation parentale, soutien parental |
| Education en contexte d'épuisement |
| Normalité |
| Dépistage/repérage |
| Somatique, pourquoi |
| Prévention |
| Signes d'alerte, âges pivots |
| Moments clés d'intervention |
| Education parentale |
| Précocité |
| Question générale |
| Question ouverte |
| Ecrans |

| FORMATION IMPARFAITE |
|---|
| Expérience personnelle (80%) |
| Expérience en consultation (empirique) (60%) |
| Partage d'expérience (30%) : proches, amis, collègues, réseaux sociaux |
| Formation pratique (stages) (40%) |
| Formation théorique (10%) |
| Formation spécifique (10%) |
| Pas de formation spécifique (90%) |
| Stages peu formateurs |
| Pas de (souvenirs) de formation théorique externat (100%) |
| Pas de (souvenirs) de formation théorique internat (70%) |
| A l'aise (10%) / Pas à l'aise (40%) |
| (Très) insuffisantes (70%) |
| Pas démuni(e) (20%) |
| Ne connaît pas de formation spécifique |
| Intéressé(e) |
| Autoformation informelle, Recherches |
| Infos à titre personnel /à titre professionnel |
| Besoin de validation |
| Sources d'infos (diverses et pas toujours validées) : sites médicaux, sites internet non médicaux, livre, revues professionnelles |
| Etayage scientifique (qui manque) |
| Recommandations, conseils de couchage |
| Manque de temps (pour se former) |
| Non prioritaire (50%) |
| Oubli |
| Souvenirs, mémoire |
| Médecin parent |

| DIFFICULTES PARENTS (rapportées en cs) |
|---|
| Endormissement |
| Réveils |
| Cauchemars |
| Terreurs nocturnes |
| Alimentation/Allaitement |
| RGO, Coliques |
| Pleurs |
| Faire ses nuits |
| Autonomie à l'endormissement |
| Partage lit parental |
| Mauvaises habitudes |
| Epuisement parental |
| Sommeil parental |
| Education en contexte d'épuisement |
| Somatique, pourquoi |
| Dépistage/repérage |
| Normalité, Normes |
| Comparaison |
| Médicament |
| Problématique |

| DIFFICULTES MEDECINS |
|---------------------------------------|
| Endormissement |
| Réveils |
| Cauchemars |
| Terreurs nocturnes |
| Alimentation/allaitement |
| Autonomie à l'endormissement |
| Techniques et conseils pratiques |
| Dépistage/repérage, pourquoi |
| Signes d'alerte, âges pivots |
| Moments clés d'intervention |
| Sources d'infos/étayage scientifique |
| Normalité, physiologie |
| Cododo |
| Incertitude |
| Médicament |
| Solution immédiate |
| Orientation |
| Manque de temps, motif non unique |
| Education parentale |
| Epuisement parental, sommeil parental |
| Partage lit parental |
| Mauvaises habitudes |
| MEMES QUESTIONS |

| HETEROGENEITE des PRATIQUES (des médecins) |
|--|
| Pragmatisme |
| Adaptation |
| Débrouillardise |
| Bon sens |
| Expérience personnelle |
| Oubli |
| Incertitude |
| Q° ouverte (60%) vs. Q° fermée (70%) |
| Systématiquement (en consultation de suivi) (80%) vs. Non systématiquement (20%) |
| Détaille vs. Détaille peu/en partie vs. Ne détaille pas (30%) |
| Sources d'infos (diverses) |
| A titre personnel vs. professionnel |
| Subjectivité |
| Interrogatoire orienté |
| Normes |
| Habitudes |
| Spécificité : |
| - Relativiser/déculpabiliser |
| - Réassurance/somatique |
| - Parents |
| - Absence de mode d'emploi |
| - Observer et respecter le rythme de l'enfant |
| - Place du père |

| NON INTERVENTION <i>(du médecin)</i> |
|---|
| Laisser venir |
| Temps d'acquisition |
| Normalité |
| Evolution |
| Plainte rapportée |
| Interrogatoire orienté |
| Réassurance |
| Déculpabiliser |
| Relativiser |
| Valorisation |
| Préservation parentale, soutien parental |
| Peu confronté(e) : patientèle, durée d'exposition |
| Peu fréquent (30%) |

| POSITION du MEDECIN TRAITANT dans la PEC <i>(des troubles du sommeil du petit enfant)</i> |
|---|
| Apport du MT |
| Place du MT |
| Légitimité |
| Médecin parent |
| Référence |
| Recours médical |
| Plainte rapportée |
| (Très) fréquent (60%) / Peu fréquent (30%) |
| Problématique (30%) / Secondaire (40%) |
| Non prioritaire (50%) |
| Peu confronté(e) (30%) |
| Incertitude |
| Subjectivité |
| Avis spécialisés |
| Orientation : pédiatre, PMI, puéricultrice, psychologue, associations, lieux accueil parents enfants, CMP, CMPP, ostéopathe |
| Manque de temps |
| Limite > 2 ans viennent moins en cs de suivi |
| Prévention |
| Interrogatoire orienté |
| Dépistage |

| INTERROGATOIRE et CONSEILS <i>(du médecin en consultation)</i> |
|--|
| Question générale |
| Question ouverte/fermée |
| Détaille/ Ne détaille pas (30%) |
| Systématiquement (80%) / Non systématiquement (20%) |
| Interrogatoire orienté |
| Cododo |
| Horaires, Rythme, Siestes |
| Doudou, Rituel |
| Lumière, Ecrans |
| Pleurs |
| Faire ses nuits |
| Parents |
| Place du père |
| Recommandations |
| Conseils de couchage |
| Endormissement, réveils |
| Pas dans le lit parental |
| Orientation |
| Avis spécialisés |
| Impliquer l'enfant |
| Somatique |

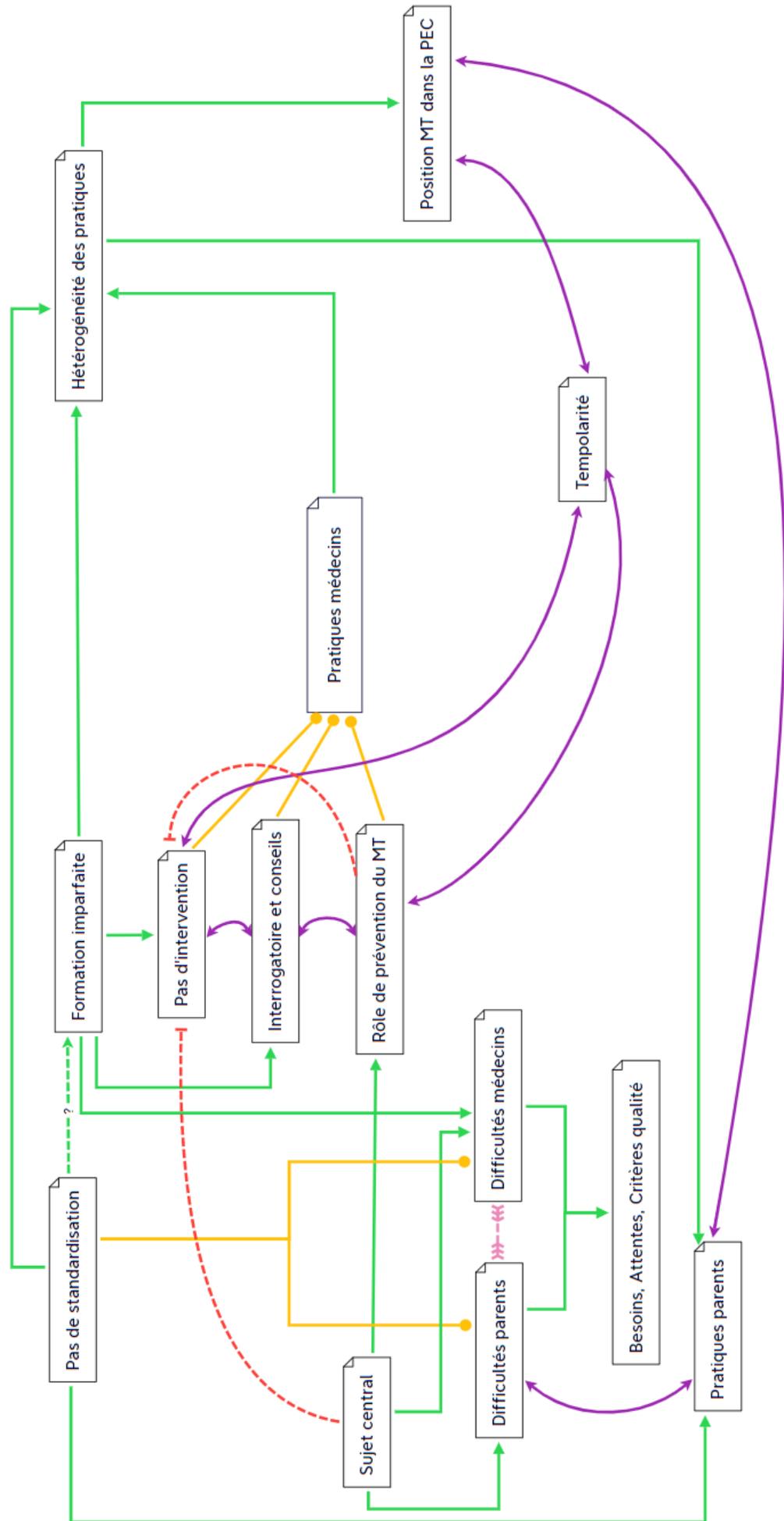
- ⇒ Pratiques des médecins = essentiellement rappel des recommandations OMS prévention MSN, conseils de couchage (= ce qui est enseigné pendant les études de médecine), éliminer une pathologie somatique sous-jacente, réassurance des parents et poser les questions de dépistage (même si pas forcément de réponse à proposer derrière).
- ⇒ Manque surtout de techniques et conseils pratiques

- **Niveau 3** : codage matriciel => **CARTE CONCEPTUELLE**

LEGENDE :

| | |
|---|--------------|
|  | Implique |
|  | Inclus dans |
|  | Similitude |
|  | Interactions |
|  | S'oppose à |

Carte conceptuelle



ANNEXE F – TABLEAUX D'ANALYSE du FOCUS GROUP

ANALYSE FOCUS GROUP - CODAGE

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|------------------------------------|--|---|--|
| Adéquation aux attentes et besoins | <p>1- En quoi cette formation a-t-elle répondu à vos attentes et besoins ?</p> <p>→ A quelles attentes la formation n'a-t-elle pas répondu ?</p> <p>→ Quels éléments constituaient des informations nouvelles ou des rappels déjà connus ?</p> | <p>- confirmation d'un manque d'enseignement sur le sujet : « on partait un peu de zéro donc on avait forcément des choses à apprendre », « apporter un bagage théorique que j'avais pas », « en 25ans d'exercice c'est la première fois que j'aborde ce sujet [...] avec un cours », « j'ai appris plein de choses », « j'avais jamais eu de cours aussi intéressant jusque-là » : apports théoriques et pratiques, découverte/initiation pour la plupart ou « complètement très intéressant »</p> <p>- Attentes générées aussi par les entretiens individuels : « ça a permis de soulever pas mal de questions et me mettre en haleine par rapport à la formation qu'on a eue après, et on n'a pas été déçu »</p> <p>- apport des repères d'âges les plus importants et les moments clés d'intervention</p> <p>- apport de techniques pratico pratiques, conseils et astuces</p> <p>- éléments de formation adaptés à la pratique de la médecine générale</p> <p>- éléments théoriques limités à l'utile pour venir appuyés la pratique, « c'était la théorie juste ce dont on avait besoin », « elle a fait vraiment le lien entre la théorie et la pratique », avec vulgarisation adapté pour faciliter de retransmission auprès des patients</p> <p>- caractère complet « complet sans être lourd »</p> <p>- conforter des pratiques déjà en place de certains</p> <p>- donc en termes de contenu > pour ce qui est du déjà connu : clarifier, structurer davantage, faire des rappels, compléter et conforter des pratiques déjà en place. > Pour ce qui est du nouveau : apport d'un bagage théorique plus étoffé venant appuyer la pratique, d'un étayage scientifique et surtout des techniques et conseils pratico pratiques, adaptées à la médecine générale</p> <p>- confirmation que l'apport prédominant antérieur était l'expérience personnelle et que ça pouvait mettre en difficulté : « des fois on bricolait un peu les conseils », « jusqu'à présent je faisais un peu (rires) à ma façon, on va dire, avec mon expérience voilà de mes enfants », « les réponses qu'on peut y apporter c'est souvent notre propre vécu », « on ne trouve pas forcément de bonne solution », « on avait des notions, mais pas forcément de choses très validées », « je faisais aussi un peu à ma sauce ». Donc a permis d'apporter un étayage scientifique, au-delà de l'expérience personnelle : « théorie sur laquelle on peut s'asseoir », « c'est plus structuré », « je me sens moins mal à l'aise [...] parce que justement je peux dire ça a été étudié, ça marche, voilà ce qui est conseillé », « prouvé que des études [...] », « des arguments légitimes ça permet d'être plus sûr aussi dans les réponses à apporter aux parents »</p> <p>- qualité de l'intervenant, son expérience</p> <p>- support écrit du livret</p> <p>- « découvrir plein de choses et d'y trouver un intérêt que je n'avais pas forcément soupçonné au départ », « ça ne me posait pas de problème, je devais pas l'approfondir</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Confirmation entretiens (formation imparfaite) - Nouvelles attentes entretiens - Découverte - Phase sociale - Théorie (+ physiologie, normalité) - Pratique - Techniques et conseils pratiques (+ boîte à outils) - Ages pivots - Moments clés d'intervention - Adaptée à la médecine générale - Théorie appuyant la pratique - Vulgarisation patient - Complet - Besoin de validation - Endormissement et réveils - Confirmation entretiens (expérience personnelle, débrouillardise) - Etayage scientifique - Intervenant - Support écrit |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| <p>Mise en pratique</p> | <p>2- En quoi cette formation a-t-elle modifié votre pratique ?</p> <p>→ <i>Qu'avez-vous pu mettre en pratique ?</i></p> <p>→ <i>Quels effets avez-vous pu constater de ce que vous avez mis en pratique ?</i></p> | <p>comme il fallait » : donc même quand pas d'attentes particulières car sujet « secondaire » prise de conscience que : 1- avait tout de même des choses à apprendre, a apporté des choses, 2- pas de soucis relevés car ne posait peut-être pas bien la question, a permis d'améliorer l'interrogatoire et 3- avait de fait de quoi améliorer la prise en charge de cette question</p> <p>- changement dans la façon de poser la question, amélioration de l'interrogatoire : en demandant de manière plus systématique et approfondie « j'ai interrogé plus les parents sur le sommeil des enfants », « on ose plus », « j'irai peut-être plus effectivement poser ces questions-là », en posant des questions plus précises et ciblées (plus efficaces en termes de dépistage) notamment concernant l'autonomie à l'endormissement clé de cet apprentissage et sur ce que mettent en place les parents concrètement : « je rajoute toujours la question est-ce qu'il s'endort tout seul ou est-ce que vous le bercez ? », « oui c'est vraiment beaucoup plus précis », « avant on posait la question est-ce qu'il dort bien, et maintenant est-ce qu'il s'endort bien, est-ce qu'il se réveille, qu'est-ce que vous faites », « on est peut-être un peu plus systématiques et un peu plus précis dans nos questions parce qu'il y a des choses à apporter aux parents maintenant », « approfondit le thème avec les parents et puis effectivement être plus précis dans les questions sur l'endormissement qui en fait est la clé du sommeil de l'enfant », « et après il y a la question qu'est-ce que vous faites ? »</p> <p>- caractère inédit de certaines pratiques : « c'est quelque chose que j'aurais jamais abordé avec les parents auparavant », « Et ça j'avais jamais posé cette question », « [question] que moi aussi avant je ne posais pas »</p> <p>- donc création de nouvelles habitudes, d'une nouvelle routine d'interrogatoire « je rajoute <i>toujours</i> la question », « <i>maintenant</i> [on pose la question] est-ce qu'il s'endort bien ? », « j'insiste beaucoup <i>maintenant</i> » (utilisation du présent et du pronom on)</p> <p>- dépistage plus précoce : pose les questions dès un âge plus jeune (car ont découvert qu'ils pouvaient intervenir plus précocement contrairement à ce qu'ils pouvaient penser que notamment dans les 6 premiers mois de mal dormir était normal et qu'il n'y avait pas forcément d'intervention à avoir, qu'il fallait attendre et réévaluer) : « si on pose pas la question bah c'est qu'à 12 mois ou à 2 ans se rendre compte que les parents dorment encore avec leur enfant ou ils le bercent etc. et ça devient plus difficile à rattraper »</p> <p>- confirmation qu'en cas de troubles, ne se sentaient pas assez outillés pour intervenir et proposer des solutions mais adoptaient plutôt une attitude de réassurance et de réévaluation : « si c'est entre deux bah on avait tendance à botter en touche et on les revoit une fois par mois bon en se disant... (rires) [...] ça va passer au coup d'après », « oui il y a deux trois réveils, bah ça va passer, c'était ça la réponse avant et aujourd'hui c'est qu'est-ce que vous faites et voilà si vous voulez c'est conseillé de faire ça. ».</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience (plainte rapportée, interrogatoire orienté) - interrogatoire amélioré - dépistage optimisé - apport pour tous <ul style="list-style-type: none"> - interrogatoire amélioré - systématisation - interrogatoire approfondi - questions plus précises - questions plus concrètes - dépistage optimisé - autonomie à l'endormissement - stratégies parentales - mieux outillés <ul style="list-style-type: none"> - inédit - découverte - nouvelles habitudes - dépistage plus précoce - prévention <ul style="list-style-type: none"> - confirmation entretiens (non intervention, laisser venir, réassurance, relativiser) |
|--------------------------------|---|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>- plus d'intervention (limitée par le manque de temps pour la mise en pratique), adaptée à l'âge grâce aux repères d'âge ayant permis une optimisation de la prévention « qu'ils ne loupent pas les moments seuils », et surtout sur l'endormissement, les phrases rituelles</p> <p>- intervention plus précoce, notamment concernant la tétine et l'autonomie à l'endormissement : « c'est là qu'on se rend compte bah les bébés c'est assez tôt finalement qu'on peut les accompagner dans cet apprentissage »,</p> <p>- plus d'intervention en premier recours : « probablement qu'on est meilleurs sur des troubles qui étaient considérés [...] plus mineurs mais qui en termes de gêne pour les parents pouvaient être importants », « de ne pas devoir déléguer forcément tout de suite », « si nous on peut leur apporter c'est aussi bien », un médecin a notamment pu proposer la méthode chronododo, un autre le 5-10-15. Autre témoignage intéressant d'un médecin qui a travaillé sur plusieurs aspects avec une maman : sur l'endormissement avec la méthode chronododo, la nécessité d'être convaincue des capacités à s'endormir de l'enfant et sur le rituel : la maman n'a pas réussi à tenir la méthode chronododo qui était trop épuisante et difficile pour elle mais elle l'a adaptée du coup à sa façon en une sorte de 5-10-15 et en travaillant de pair sur les autres aspects finalement cela a permis d'améliorer le sommeil de son bébé et le sien par la même occasion : « j'ai pas mal travaillé sur le fait que la maman doit être convaincue et sur les phrases rituelles, et ça a plutôt bien marché », « du coup le bébé dort mieux et elle est plus convaincue qu'elle va mieux dormir » (médecin D). Autre expérience du même médecin d'une enfant de 2 ans qui ne dormait pas du tout la nuit mais qui dormait correctement chez la marraine ou les grands-parents. Comme elle dormait dans la chambre de ses parents, ces derniers ont interverti les chambres et depuis la petite dort. Médecin B : exemple d'une grande sœur de 18 mois qui s'est mis à ne plus dormir après la naissance de son petit-frère. Problématique de place dans l'appartement, rappel de conseil qu'elle devrait dormir seule, finalement malgré le manque d'espace les parents ont fini par la laisser dormir seule dans une chambre et eux avec les autres enfants dans l'autre chambre et depuis la petite dort bien.</p> <p>- Proposer des consultations dédiées : Médecin C : expérience de mise en évidence grâce à un interrogatoire plus systématique et précis de gros troubles de l'endormissement et réveils : « alors c'était pas de prime abord, mais en creusant », avec transformation de la consultation en consultation dédiée sur le sommeil avec interrogatoire poussé concernant le rituel, explication du train du sommeil, préparation en amont des parents et mise en application de méthode de limitation de communication en cas de réveils nocturnes : « il va falloir choisir le moment où vous voulez le faire un moment où vous êtes prêts, sur quelques jours ça va être compliqué mais c'est un investissement », « c'était pas seulement un petit conseil dans le suivi en consultation, c'était une vraie consultation là-dessus on a pu donner des conseils de A à Z en donnant des pistes ». Médecin D : « moi ça m'est déjà arrivé de faire revenir pour ça ».</p> <p>- vigilance accrue sur la question en consultation et notamment même si n'ont pas pu accompagner les parents ou expérimenter certaines techniques car n'ont pas eu de</p> | <ul style="list-style-type: none"> - plus d'intervention - intervention plus précoce - intervention premier recours - âges pivots - moments-clés d'intervention - tétine - phrases rituelles - rituel - constance - méthode chronododo - méthode 5-10-15 - médecin convaincu pour parent convaincu - éducation parentale - relais familial - espace personnel - consultation dédiée - accompagnement parental - fermé - boîte à outils - vigilance accrue |
|--|---|---|

| | | |
|----------------------------|---|--|
| | <p>problématiques de sommeil en consultation entre temps, on pu observer en consultation et en interrogeant les parents sur ce qui est fait quand ça marche : « les parents ils me disent bah oui il met son doudou sur sa tête ou il se frotte là, il prend son pouce... en fait ils me donnent souvent des réponses qui pourraient aussi apporter aux autres parents »</p> <ul style="list-style-type: none"> - apporte une maîtrise et donc un confort en consultation : « je me sens moins mal à l'aise », « ça permet d'être plus sûr aussi dans les réponses », « moins d'appréhension à poser toutes ces [questions] », « quand on maîtrise un sujet on est plus sûr de soi » - pour permettre aussi une meilleure efficacité des conseils prodigués auprès des parents « si nous on est vaincu que ça va marcher [...] je pense que ça aide aussi les parents [...] à ce que l'enfant s'endorme parce que les parents sont convaincus », « ça modifie la relation médecin-patient puisque du coup on a l'assurance de ce qu'on dit » - donc prise de conscience que 1- l'interrogatoire n'était pas optimal : « avant je restais très vaste très voilà comment il dort en gros mais je ne rentrais pas dans le détail », « je restais plus dans le vague », que 2- l'améliorer permet de mettre en évidence certaines choses non dépitées au préalable de manière plus efficace et plus précoce et 3- que le médecin généraliste peut faire lui-même bien plus qu'ils ne le pensaient dans la prise en charge de ces questions même chez les plus petits « parce que du coup on sait quoi leur apporter derrière », « on apprécie de pouvoir apporter des conseils adaptés et personnalisés aux parents », - Retour : peu de retours encore dans l'ensemble (cf. limites), médecin F a pu tout de même constater que « les gens sont plutôt assez contents qu'on puisse discuter de ça, parce que c'est pas toujours quelque chose qu'ils osent amener en consultation, je suis pas sûre que ça soit pour eux quelque chose de très médical souvent », « ils ont l'air intéressés quand on peut parler de ça parce que c'est quand même quelque chose qui leur pourrit la vie au quotidien ». - A noter : certains médecins ont également mis en pratique certains conseils dans leur sphère personnelle avec leurs propres enfants : « c'est vraiment des applications qu'on peut retrouver aussi à titre personnel et pas que professionnel » | <ul style="list-style-type: none"> - observation - meilleure maîtrise - confort - assurance - alliance thérapeutique - relation médecin patient - prise de conscience (interrogatoire orienté, plainte rapportée, non systématiquement, référence, place du médecin traitant, orientation) - mieux outillé - accompagnement parental - personnalisation - place du médecin traitant - référence - parents en difficulté (besoin référence) - sphère personnelle - pro et perso |
| <p>Points forts</p> | <p>3- Quels sont les points forts de cette formation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>Qu'avez-vous pensé de la structure de la formation ?</i> → <i>Comment évaluez-vous son intérêt pour la pratique de la médecine générale ?</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Pratico pratique - Confirmation entretiens (hétérogénéité des pratiques, peu fréquent vs. fréquent, problématique vs. secondaire, patientèle, peu confronté(e)) - apport pour tous - référence - légitimité |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>- l'intervenant : son expertise, son expérience pratique (pro et perso), son dynamisme : « la qualité de l'intervenante qui était passionnée avec des cas concrets »</p> <p>- l'interactivité, la possibilité de poser des questions avec des retours adaptés : « on sent que le diapo venait juste appuyer le propos mais c'était vraiment le propos avant tout donc ça c'était agréable »</p> <p>- le lieu de la formation : au sein de la MSP donc sur place, pratique pour les médecins</p> <p>- formation très complète, en termes de contenu avec traitement des différents aspects du sommeil physiologique et pathologique et des évolutions des rythmes selon les âges de 0 à 3ans, et en termes de format avec délivrance du livret « c'est difficile d'être plus complet »,</p> <p>- support papier résumé qui apportait en plus des compléments notamment en termes de ressources documentaires et d'orientation, et qui rassure quant à la possibilité de revenir rapidement sur les informations si besoin en consultation à distance de la formation « le support flyer [...] c'était indispensable sinon j'allais oublier la moitié des choses, ça permet un rappel qu'on va garder un temps je pense », « je sais que je peux aller chercher certaines infos », « je sais où aller les chercher [les méthodes] maintenant puisqu'on a le support »</p> <p>- applicabilité et mise en pratique rapide par la transmission de messages clés, un apport théorique limité à l'utile venant appuyer la pratique, des éléments pratico pratiques faciles d'application et adaptés à la médecine générale, et la délivrance d'un support résumé : « les mettre vite en application c'était vraiment très proche de notre pratique », « Le si peu de théorie, enfin c'était vraiment juste ce qu'il fallait [...] pour justifier après ce qu'on allait proposer aux parents », « j'ai pas eu le temps de réviser [...] mais du coup j'ai quand même mis en pratique donc je me dis que c'était vraiment très très adapté puisque ça veut dire qu'en sortant de là, il y a plusieurs outils que j'ai utilisés dans ma pratique », « c'est vraiment des messages forts », « en sortant de là du coup clefs en main je pouvais appliquer les conseils... donc je dirais que c'est une formation parfaite parce que si on sort et qu'on est capable d'appliquer sans avoir à re regarder le bouquin c'est que ça a marqué et du coup c'est très très adapté quoi », « c'est cet aspect de vulgarisation et de messages-clés qui était juste à remettre en œuvre »</p> <p>- Donc efficace de la formation, « Efficace quoi »</p> <p>- au total : amélioration du dépistage via un interrogatoire plus systématique et précis, de la précocité de ce dépistage et amélioration de la prise en charge par le médecin traitant lui-même en premier recours tant sur la prévention que sur l'accompagnement des parents en cas de troubles du sommeil</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Intervenant - Expérimenté/compétent (+ Spécialiste/Expert) - Dynamique - Interactivité - Echanges (+ petit groupe) - A la MSP (+ en présentiel) - Complet - Evolution - Rythme - Documentation - Support écrit - Pérennité - Résumé - Orientation - Sources d'infos - Messages clés - Théorie appuyant la pratique - Pratico pratique - Adaptée à la médecine générale - Concret - Mise en pratique immédiate - Efficience |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Limites et pistes d'amélioration</p> | <p>4- Quelles sont les limites de cette formation ? → Comment l'améliorer ? → Quels aspects souhaitez-vous approfondir à l'avenir et comment ?</p> | <p>- peu de mise en pratique depuis la formation pour plusieurs raisons : certains médecins n'ont pas rencontré de problématiques de sommeil (car dormaient bien et/ou ont peu d'enfants dans la patientèle), d'autres ont pu proposer certaines choses mais n'ont pas eu le temps d'avoir encore le retour des parents : « j'ai pas forcément mémoire d'avoir déjà eu des retours », « j'ai pas encore eu de retour c'est vrai que [...] c'est un peu tôt », « je manque de recul encore », « sur le recul c'est encore juste pour avoir les retours », « on verra bien si ça a porté ses fruits », « Des conseils pour l'instant mais pas de retours effectifs », « J'ai pas eu de cas pratiques en fait ». Proposition : avoir fait le retour focus group plus tard ou en organiser un nouveau un peu à distance de la première formation +/- en proposant un rappel de la formation.</p> <p>- manque de temps en consultation de suivi pour tout aborder, et si se concentre sur le sommeil difficultés à aborder les autres aspects qui pourtant sont parfois également problématiques d'autant plus que le sommeil étant central il n'est pas rare de mettre en évidence lors de problèmes de sommeil aussi des difficultés d'alimentation, d'acquisitions, etc. Enjeu : ne pas déléguer les autres aspects de la consultation de suivi en faveur du seul sommeil. Proposition : faire revenir les parents pour une consultation dédié</p> <p>- Limite de faisabilité de certaines méthodes pas toujours simples à mettre en œuvre notamment selon certaines conditions matérielles (manque de place, etc.) ou de famille nombreuse.</p> <p>- risque de se sentir trop intrusif sur la question avec des parents qui ne se la posaient pas ou qui ne souhaitent pas changer leurs habitudes, crainte de se heurter aux valeurs/idées propres des parents sur ce sujet qu'ils ne souhaitent pas forcément aborder : « si les gens ça leur convient et... à vouloir intervenir et bah on peut [...] perdre un peu la confiance », « on peut se sentir jugés », « dans certains pays c'est normal de dormir avec ses parents ». Proposition : « doser » son intervention et/ou attendre que la demande vienne des parents, qu'il y ait formulation d'une plainte. Notamment dans le cas de proposition de revenir pour une consultation dédiée : « il faut vraiment qu'il y ait une demande de la famille qui pense qu'il y a un problème »</p> <p>- Proposer une formation d'approfondissement portant sur l'enfant plus âgé > 3 ans et notamment apporter des éléments de réponse pour aider à corriger des situations complexes plus enkystées à un âge plus avancé, et des situations moins fréquentes comme les terreurs nocturnes : « petit rappel et puis sûrement on pourrait approfondir sur des problématiques plus rares où on est en échec aussi »</p> <p>- Proposer une nouvelle formation à distance ou une réunion sous forme de groupe de pairs avec un expert, idéalement en faisant revenir l'intervenante initiale, dans un an pour discuter de cas complexes qui n'ont pas pu être résolus par la première formation (proposition d'un retour d'expérience par groupe de pairs avec chaque médecin apportant une situation qui a fonctionné et une qui n'a pas fonctionné, pour en discuter ensemble et avec l'éclairage de l'expert).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Peu de mise en pratique - Peu de retours - Délai trop court - focus group à distance - rappels de la formation - manque de temps pour tout aborder - priorisation du sommeil - consultation dédiée - Pragmatisme, adaptation - Limite de faisabilité - Conditions matérielles - Familles nombreuses - Référence, légitimité - Directif, paternalisme - Intrusion - Jugement - Valeurs culturelles - Plainte rapportée - Volonté de changement - Approfondissement /phase sociale - enfant plus âgé - situations plus rares - mauvaises habitudes - terreurs nocturnes - nouvelle formation à distance - groupe de pairs / retour d'expériences - expert à distance |
|--|---|--|---|

ANALYSE FOCUS GROUP (entretien) – CODAGE

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|---|---|---|--|
| Adéquation aux attentes et besoins | <p>1- En quoi cette formation a-t-elle répondu à vos attentes et besoins ?</p> <p>→ A quelles attentes la formation n'a-t-elle pas répondu ?</p> <p>→ Quels éléments constituaient des informations nouvelles ou des rappels déjà connus ?</p> | <p>- qualité de l'intervenante</p> <p>- étayage scientifique</p> <p>- « c'est un sujet très très riche et plus riche que je ne pensais en fait »,</p> <p>- très intéressant, « ça a répondu aux questions », « c'est passionnant »</p> <p>- a appris des choses « il y a des infos nouvelles, notamment sur les techniques »,</p> <p>« comptines, de redire toujours la même chose, de conditionner l'enfant » donc surtout les techniques et le rituel, les phrases rituelles, l'âge pour le sevrage de la tétine</p> <p>- pas d'attentes auxquelles la formation n'a pas répondu</p> <p>- rappel d'éléments déjà connus : rappel de l'importance du sommeil, de l'éducation des parents au sommeil « ça a remis en lumière tout l'intérêt qu'il y a à éduquer les parents [...] terme un peu fort je trouve mais les sensibiliser quoi »</p> <p>- confirmation données entretien « c'est vrai qu'on ne le fait pas suffisamment en consultation »</p> <p>- intérêt dans la vie personnelle également : « C'est vraiment un sujet qui fait écho », « à des choses qu'on vit », « c'est du concret », « c'est un sujet qui nous touche aussi pas que sur le plan professionnel on sent ça aussi »</p> <p>- confirmation de l'absence de formation sur le sujet « dans ma génération à la fac on n'a pas été hyper bien formés là-dessus », « on est carencés sur le sommeil »</p> <p>- plus d'outils notamment avec la remise du livret « on a plus d'outils », « la source on l'a enfin avec ce que tu nous a donné, mais c'est dans mon cabinet, c'est bien en évidence »</p> | <p>- intervenante</p> <p>- étayage scientifique</p> <p>- découverte</p> <p>- central</p> <p>- techniques et conseils pratiques</p> <p>- rituel</p> <p>- phrases rituelles</p> <p>- constance</p> <p>- tétine</p> <p>- remise en lumière</p> <p>- éducation parentale</p> <p>- confirmation entretien (non intervention)</p> <p>- sphère personnelle</p> <p>- concret</p> <p>- confirmation entretien (formation imparfaite)</p> <p>- mieux outillé</p> <p>- support écrit</p> <p>- documentation</p> <p>- vigilance accrue</p> <p>- remise en lumière</p> <p>- plus de sensibilisation</p> <p>- tétine ++</p> <p>- directif</p> <p>- assurance</p> <p>- interrogatoire amélioré</p> <p>- systématisation, Q° plus précises</p> <p>- éducation parentale</p> <p>- parents en difficulté (besoin référé)</p> |
| Mise en pratique | <p>2- En quoi cette formation a-t-elle modifié votre pratique ?</p> <p>→ Qu'avez-vous pu mettre en pratique ?</p> <p>→ Quels effets avez-vous pu constater de ce que vous avez mis en pratique ?</p> | <p>- remise en lumière de l'importance du sujet « ça refait surgir l'importance du sujet »,</p> <p>« réactiver l'intérêt qu'on porte à ce sujet-là », « ça a pas tellement modifié si tu veux, ça a réactualisé », « resensibiliser les parents et la tétine pas mal »</p> <p>- a été très marqué par la tétine : « Je m'en sers en consultation, je le dis beaucoup plus aux parents », « [c'est] le point crucial que cette formation a réactivé », « j'essaie d'être plus directif avec les parents là-dessus »</p> <p>- « je pose peut-être plus la question sur la qualité de sommeil » donc plus précis</p> <p>- « c'est peut-être plus présent dans l'interrogatoire » donc plus systématique</p> <p>- Retour des parents (notamment sur la tétine) : « ils sont assez démunis je trouve les parents, ils sont assez passifs »</p> | <p>- intervenante / pertinente</p> <p>- concret</p> <p>- étayage scientifique</p> <p>- illustrations</p> <p>- interactivité</p> <p>- pro et perso</p> <p>- sujet central</p> <p>- sujet universel</p> |
| Points forts | <p>3- Quels sont les points forts de cette formation ?</p> <p>→ Qu'avez-vous pensé de la structure de la formation ?</p> <p>→ Comment évaluez-vous son intérêt pour la pratique de la médecine générale ?</p> | <p>- intervenante pertinente et intervention de qualité « très très pertinente, excellente animatrice », qui a rendu les choses très concrètes, interactivité</p> <p>- avec un étayage scientifique « plein d'illustrations et plein de choses très scientifiques »</p> <p>- particularité de ce sujet : touche sur le plan professionnel et aussi personnel « c'est pour ça que c'est un sujet hyper intéressant, parce que ça touche personnellement et que ça touche le côté professionnel évidemment »</p> <p>- force du sujet : universel et très vaste « c'est un sujet presque inépuisable », « c'est un sujet qui nous concerne tous »</p> | <p>- intervenante / pertinente</p> <p>- concret</p> <p>- étayage scientifique</p> <p>- illustrations</p> <p>- interactivité</p> <p>- pro et perso</p> <p>- sujet central</p> <p>- sujet universel</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Limites et pistes d'amélioration</p> | <p>4- Quelles sont les limites de cette formation ? → <i>Comment l'améliorer ?</i> → <i>Quels aspects souhaitez-vous approfondir à l'avenir et comment ?</i></p> | <p>- N'a pas pu mettre beaucoup en pratique entre la formation et l'entretien « pas tellement depuis qu'on s'est vus parce que bon je passe pas non plus mes journées à voir que des enfants et que des petits nourrissons » - N'a pas trop de retours de parents encore « j'ai pas encore eu de retours spécialement » - confirmation qu'en consultation « il y a trop de choses à aborder », « on est pris par le temps », « l'histoire du sommeil je trouve c'est un peu sacrifié dans la consult [...] on peut l'aborder mais ça reste succinct » - manque de temps en consultation. Proposition : reconvoquer les patients « ce qu'il faudrait ce serait reconvoquer les gens pour reparler de ça ou tu vois, refaire une consultation supplémentaire en ne parlant que de ça » - Idées d'approfondissement via des ateliers ou via des partenariats avec les sages-femmes « le sujet est tellement important qu'il faudrait consacrer quasiment des ateliers », « la limite c'est nos consultations qui sont trop courtes et comment développer quelque chose qui puisse, alors peut-être avec les sages-femmes aussi, voilà faire des ateliers sur le sommeil je sais pas... » - Réflexion sur la place du médecin traitant : « Je me dis que notre lieu de consultation n'est peut-être pas l'idéal même si le médecin traitant a quand même un impact tu vois dans ce qu'il dit [...] mais je trouve que le sujet est tellement important », donc a gagné en assurance grâce au bagage théorique et pratique apporté par la formation mais « moi je me sens un peu démunie en tant que médecin traitant » - Limite dans l'application des conseils pour plusieurs raisons : pas toujours facilement applicables « et puis les parents font ce qu'ils peuvent », les parents ne souhaitent pas toujours modifié leurs pratiques n'y voient pas toujours le problème « c'est l'incompréhension parfois des parents », la légitimité du médecin « c'est un peu peut-être le discrédit qu'on a nous parfois » - Proposition d'amélioration de la formation avec pourquoi pas une vidéo ou un petit film d'une consultation avec les interrogations d'un parent sur une situation clinique - intéressé d'approfondir le sujet via d'autres formations « s'il y a des formations prévues, ou de proposées, d'organisées, ou des gens qui viennent nous enseigner là-dessus moi je pense qu'on sera preneur effectivement » - Approfondir le sujet autour de plusieurs thématiques : l'éducation parentale, travailler sur la forme « comment dire aux parents », l'accompagnement des parents eux-mêmes aux difficultés notamment en matière d'attachement « les mamans surtout sont parfois très fusionnelles [...] la maman elle a du mal [...] c'est très envahissant, comme lien » et la place plus spécifique du père « la place du père elle change aussi selon la transformation de la société, l'égalité hommes femmes »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Peu de mise en pratique - Peu de retours - Délai trop court - manque de temps pour tout aborder - ateliers - sages-femmes - consultation dédiée - référence - légitimité - place du médecin traitant - sujet central - confirmation entretien (manque de temps, ne détaille pas) - limite de faisabilité - légitimité - valeurs culturelles - volonté de changement - vidéo - Approfondissement - éducation parentale - communication - lien d'attachement - prise en charge centrée parents - place du père |
|--|---|--|---|

ANALYSE FOCUS GROUP (mail) - CODAGE

| Thèmes | Questions | Réponses et citations | Codes |
|---|---|---|--|
| Adéquation aux attentes et besoins | <p>1- En quoi cette formation a-t-elle répondu à vos attentes et besoins ?</p> <p>→ A quelles attentes la formation n'a-t-elle pas répondu ?</p> <p>→ Quels éléments constituaient des informations nouvelles ou des rappels déjà connus ?</p> | <p>- Confirmation manque de formation et sujet malaisant : « Je suis régulièrement en difficulté en consultation devant les questions du sommeil du nourrisson. On n'a jamais abordé ce sujet concrètement en cours ou dans les manuels du coup les réponses sont surtout des expériences personnelles ou partagées avec les confrères »</p> <p>- des éléments concrets avec illustrations et exemples</p> <p>- des éléments « objectifs »</p> <p>- rappel ou apport d'éléments de base, « éléments essentiels », notamment rituel</p> <p>- des éléments pratiques</p> <p>- des éléments de personnalisation « en fonction des situations »</p> <p>- mieux outillé « J'ai eu le sentiment d'avoir eu beaucoup de réponses et combler une partie de mes lacunes sur le sujet »</p> <p>- Adéquation aux attentes de l'entretien « La formation a répondu à mes attentes »</p> <p>- Eléments déjà connus : un peu les cycles et la nécessité de rituel</p> <p>- A surtout remis en lumière l'importance et erreurs à ne pas faire « Mais j'ai beaucoup appris sur son importance +++ et sur les grandes erreurs à surtout éviter »</p> <p>- Apport de techniques pratico pratiques « J'ai beaucoup apprécié les méthodes proposées que je ne connaissais pour la plupart pas du tout »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Confirmation entretiens (formation imparfaite, expérience personnelle, partage d'expérience, pas à l'aise) - Concret - Etayage scientifique - Rituel - Phase socle, découverte - pratique - personnalisation - mieux outillé - remise en lumière - erreurs à ne pas faire - techniques et conseils pratiques |
| Mise en pratique | <p>2- En quoi cette formation a-t-elle modifié votre pratique ?</p> <p>→ Qu'avez-vous pu mettre en pratique ?</p> <p>→ Quels effets avez-vous pu constater de ce que vous avez mis en pratique ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Plus de rappels des conseils fondamentaux - Mise en pratique « en proposant une fois une méthode spécifique » - Plus à l'aise « j'ai surtout eu plus d'assurance à aborder le sujet » | <ul style="list-style-type: none"> - plus de sensibilisation - plus d'intervention - méthodes - assurance |
| Points forts | <p>3- Quels sont les points forts de cette formation ?</p> <p>→ Qu'avez-vous pensé de la structure de la formation ?</p> <p>→ Comment évaluez-vous son intérêt pour la pratique de la médecine générale ?</p> | <p>- N'a pas eu à revenir au livret pour appliquer « Je n'ai pas utilisé le support papier »</p> <p>- formation pratico pratique</p> <p>- format : court et « sur le temps du midi donc facilement compatible avec la journée de travail »</p> <p>- efficacité « J'ai eu le sentiment d'y apprendre beaucoup sur ce temps condensé »</p> <p>- qualité de l'intervenante « Bonne maîtrise du sujet de l'orateur »</p> <p>- Caractère concret avec illustrations « Formation basée sur des exemples »</p> <p>- Remise du support écrit « le livret »</p> <p>- Adaptée à la médecine générale « Hyper pratique pour notre exercice en médecine générale »</p> <p>- Caractère interactif avec des échanges après</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en pratique immédiate - Pratico pratique - Court - Efficience - Intervenant - Expérimenté/compétent - Concret - Illustrations - Support écrit - Adaptée à la médecine générale - Echanges, interactivité |
| Limites et pistes d'amélioration | <p>4- Quelles sont les limites de cette formation ?</p> <p>→ Comment l'améliorer ?</p> <p>→ Quels aspects souhaitez-vous approfondir à l'avenir et comment ?</p> | <p>- Limite : n'a pas pu appliquer autant qu'il aurait pu car « parti en congés prolongés peu après la formation. [...] Donc l'investissement n'a pas été total non plus » mais pas limite à la formation, au contraire signifie qu'il pense qu'il aurait pu davantage appliquer alors qu'il l'a déjà fait un peu, donc positif.</p> <p>- Pas franchement de limite : « Pas vraiment de limites et je ne vois pas vraiment comment améliorer le sujet »</p> <p>- Approfondissement/Amélioration par « un petit rappel à distance »</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rappels de la formation - nouvelle formation à distance |

ANNEXE G – LIVRE de CODES II (focus group)

LIVRE DE CODES II

- Focus Group -

| Codes | Définition | Autre (remarques, etc.) |
|---------------------------------------|--|---|
| A | | |
| Accompagnement parental | Les médecins ont pu davantage aider les parents dans un véritable accompagnement, à savoir évaluation, préparation, mise en place et adaptation réévaluation | |
| Adaptation | Limite d'applicabilité de certaines méthodes de la formation qui ne sont pas toujours faisables en pratique et nécessite l'adaptation du médecin dans ses conseils | Code associé : pragmatisme. |
| Adaptée à la médecine générale | Formation applicable au quotidien de la médecine générale et non pas hyperspécialisée | |
| Agés pivots | La formation a décrit les âges auxquels les acquisitions majeures se passent | |
| A la MSP | La formation s'est déroulée sur place à la maison de santé | |
| Alliance thérapeutique | Amélioration de l'alliance et de l'observance des patients aux conseils du médecin grâce à la maîtrise et la confiance découlant de la formation | |
| Apport pour tous | La formation a appris des choses à chacun des médecins, même lorsqu'il n'y avait pas de fortes attentes initiales | |
| Approfondissement | Proposition d'amélioration de la formation en l'approfondissant sur d'autres sujets ou en allant plus loin sur certains déjà abordés | Codes associés : repérage, dépistage, signes d'alerte, cododo, cauchemars et terreurs nocturnes, mauvaises habitudes |
| Assurance | Gain d'assurance des médecins en consultation sur cette question du sommeil suite à la formation | |
| Ateliers | Proposition d'approfondissement de la question du sommeil par la mise en place d'ateliers pour les parents sur le sujet | |
| Autonomie à l'endormissement | Notion clé de la gestion du sommeil qui a marqué les médecins au cours de la formation et qu'ils explorent plus en consultation | |
| B | | |
| Besoin de validation | La formation est venue confirmer et conforter certaines pratiques déjà en place | |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Besoin référence | Mise en évidence en consultation que les parents sont souvent perdus et ont besoin d'une référence sur la question du sommeil de leur enfant | |
| Boite à outils | La formation a apporté un panel varié de conseils et techniques | |
| C | | |
| Central | La formation a remis en évidence le caractère central de la question du sommeil et à un grand nombre de problématiques courantes chez le petit enfant | |
| Communication | Proposition d'approfondissement de la formation sur les données de forme, comment communiquer les conseils aux parents | |
| Complet | Caractère quasi exhaustif de la formation | |
| Concret | La formation a fait appel à des éléments de vie ou de réalité tangibles | Codes associés : illustrations, pratico pratique |
| Conditions matérielles | Limite d'applicabilité de la formation en cas de limitations matérielles notamment manque de place ou de chambres | |
| Confirmation entretien | Le focus group est venu confirmer un certain nombre de données recueillies lors de l'analyse des entretiens individuels (cf. codes associés) | Codes associés : formation imparfaite, manque de temps, ne détaille pas, expérience personnelle, débrouillardise, non intervention, laisser venir, réassurance, relativiser, hétérogénéité des pratiques, peu fréquent vs. fréquent, problématique vs. secondaire, patientèle, peu confronté(e), partage d'expérience, pas à l'aise |
| Confort | La formation a permis au médecin de se sentir plus à l'aise en consultation sur le sujet | |
| Constance | Nécessité pour les parents de garder le même rituel, les mêmes phrases et les mêmes attitudes tous les soirs et quel que soit l'intervenant. Donnée importante de la formation qui a marqué les médecins et qui insistent davantage dessus en consultation | |
| Consultation dédié | Fait que certains médecins ont pu proposer après la formation une consultation dédiée à la question du sommeil du nourrisson | |
| Court | La formation a répondu à l'attente d'une durée courte (moyenne de quelques heures) | |
| D | | |

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| Découverte | Fait que pour la plupart des médecins beaucoup des données de la formation ont été une découverte et pour la première fois enseignées | |
| Délai trop court | Limite dans la mise en pratique et surtout les retours des parents sur les conseils et techniques proposées par les médecins, en raison d'un délai un peu trop court entre la formation et le focus group | |
| Dépistage optimisé | Amélioration de la mise en évidence de difficultés de sommeil en consultation grâce aux données de la formation | Code associé : interrogatoire amélioré |
| Dépistage plus précoce | Changement de pratique des médecins qui interrogent plus précocement les parents sur les problématiques de sommeil dès les premiers mois de vie | Code associé : intervention plus précoce |
| Directif | Changement d'attitude où le médecin se montre plus directif dans ses consignes | Codes associés : assurance, maîtrise, paternaliste |
| Documentation | La formation a fourni des plaquettes et flyers complémentaires au livret, à destination des médecins et des patients | |
| Dynamique | L'intervenante avait du rythme ayant permis le maintien de l'attention de l'auditoire | |
| E | | |
| Echanges | La formation a permis aux professionnels présents de partager leur expérience et poser des questions entre eux et avec les intervenants. | |
| Education parentale | Suite à la formation, les médecins ont davantage sensibilisé et conseillé les parents pour leur transmettre les connaissances et compétences nécessaires à l'autonomie. + Point de la formation à encore approfondir. | |
| Efficiace | La formation a fait preuve d'efficacité en termes de ratio temps/informations transmises. | |
| Endormissement | La formation a apporté des éléments d'aide à la gestion des difficultés d'endormissement. + domaine d'application important des médecins en consultation après la formation | |
| Enfant plus âgé | Proposition d'approfondissement de la formation initiale sur le sommeil de l'enfant de plus de trois ans | |
| Erreurs à ne pas faire | La formation a précisé certaines choses à ne pas dire ou ne pas faire | |
| Espace personnel | La formation a rappelé l'importance d'un espace personnel pour le sommeil de | |

| | | |
|---|---|--|
| | l'enfant, donnée que les médecins ont pu davantage re conseillé en consultation | |
| Etayage scientifique | La formation a permis aux médecins d'avoir des informations et conseils à délivrer basés sur des données scientifiques et des études | |
| Evolution | La formation a précisé les modifications du sommeil physiologique mais aussi des conseils et techniques à proposer selon les âges | |
| Expérimenté/compétent | Les médecins ont trouvé l'intervenante de la formation compétente, pertinente et d'expérience | - Codes associés : Spécialiste/Expert, Pertinente |
| Expert à distance | Proposition d'approfondissement en faisant ré intervenir un expert un peu à distance de la formation pour creuser des cas difficiles | |
| F | | |
| Familles nombreuses | Limite d'applicabilité des conseils de la formation en particulier dans les familles avec plusieurs enfants | |
| Fermeté | Donnée marquante de la formation sur la nécessité de fermeté par les parents lors de l'application des conseils et méthodes | |
| Focus group à distance | Proposition d'amélioration du recueil des retours et de la mise en pratique par réalisation d'un focus group un peu plus à distance de la formation initiale | |
| G | | |
| Groupe de pairs/retour d'expériences | Proposition d'approfondissement de la formation par réunion d'un groupe de pairs pour un retour des expériences ayant fonctionné ou non et rediscuter de cas complexes avec un partage entre médecins | |
| H | | |
| I | | |
| Illustrations | Caractère concret de la formation où l'intervenante a pu proposer de nombreux exemples et illustrations de situations diverses | |
| Inédit | Mise en pratique après la formation de choses toutes nouvelles, jamais dites ou faites auparavant par les médecins | |
| Interactivité | La formation a permis d'échanger avec l'intervenant et entre médecins et d'intervenir en cours de présentation pour poser des Q° | |
| Interrogatoire amélioré | Apport majeur de la formation mis en pratique par les médecins | |

| | | |
|--|---|--|
| Intervenant | Qualité de l'intervenante pointée comme un des principaux points forts de la formation | |
| Intervention premier recours | La formation a apporté des éléments aux médecins leur ayant permis d'intervenir davantage eux-mêmes sur des troubles du sommeil sans nécessité d'orientation | |
| Intervention plus précoce | La formation a appris et permis aux médecins d'agir dès les premiers mois de vie | |
| Intrusion | Limite dans la mise en pratique de la formation qui peut parfois donner aux médecins le sentiment d'être intrusif sur cette question très en lien avec des valeurs personnelles ou familiales et éducationnelles, et de pointer des problématiques non comprises ou non souhaitées par certains parents | |
| J | | |
| Jugement | Limite dans la mise en pratique de la formation qui peut parfois faire craindre aux médecins de donner le sentiment aux parents d'être jugés ou critiqués sur leurs pratiques vis-à-vis du sommeil | |
| K | | |
| L | | |
| Légitimité | La formation a permis aux médecins de se sentir plus légitimes dans le traitement de la question avec les parents en consultation | |
| Lien d'attachement | Difficultés et proposition d'approfondissement sur l'accompagnement des parents notamment les mères qui ont du mal à se détacher | |
| Limite de faisabilité | Application parfois compliquée des conseils et méthodes de la formation pour des raisons diverses | Codes associés : conditions matérielles, familles nombreuses, lien d'attachement, pragmatisme et adaptation |
| M | | |
| Manque de temps pour tout aborder | Limite à la formation qui, si elle permet de mieux détailler la question du sommeil en consultation, pose le souci de pouvoir aborder tous les autres aspects également en un temps limité | |
| Mauvaises habitudes | Proposition d'approfondissement sur les situations complexes d'accompagnement quand le problème est chronicisé ou plus enkysté avec mise en place de cercle vicieux | |

| | | |
|--|--|---|
| Médecin convaincu pour parent convaincu | Donnée importante de la formation qui a marqué les médecins, savoir qu'il est important d'être convaincu du succès de la méthode pour que celle-ci marche (car implique une attitude différente et nécessaire) | |
| Meilleure maîtrise | La formation a permis sur le plan théorique une meilleure maîtrise du sujet par les médecins | |
| Méthodes | Les médecins ont pu mettre en pratique en proposant aux parents certaines méthodes | Codes associés : Méthode chronododo, Méthode 5-10-15 |
| Messages clés | La formation a réussi à transmettre des grandes idées à retenir, ayant permis de sortir avec ces grands messages en tête | |
| Mieux outillé(s) | La formation a permis sur le plan pratique aux médecins d'avoir plus d'outils sur le sujet | |
| Mise en pratique immédiate | Les médecins ont pu appliquer certaines choses dans leur pratique en consultation directement en sortant de la formation | |
| Moments clés d'intervention | La formation a précisé les âges et périodes charnières où le médecin doit intervenir (dépister, conseiller, guider, etc.) en consultation | |
| N | | |
| Nouvelles attentes entretiens | Les entretiens individuels ont généré de nouvelles attentes non anticipées par les médecins concernant la formation | Code associé : prise de conscience |
| Nouvelle formation à distance | Approfondissement suggéré en proposant la tenue d'une nouvelle formation un peu à distance de la première | |
| Nouvelles habitudes | Les médecins ont intégré de manière quasi systématique certains éléments de la formation se construisant ainsi de nouvelles habitudes en consultation | Code associé : interrogatoire amélioré |
| O | | |
| Observation | Les médecins ont davantage observé en consultation ce qui fonctionne ou non concernant le sommeil chez les nourrissons | Code associé : vigilance accrue |
| Orientation | La formation a apporté des éléments de coordonnées et adresses vers qui orienter | |
| P | | |
| Parents en difficulté | Les médecins ont pu observer que les parents se retrouvent en difficulté seuls face aux problèmes de sommeil de leur enfant | Code associé : besoin référence |
| Paternaliste | Limite de la formation par la crainte des médecins d'être trop intrusif et paternaliste sur cette question du sommeil avec les parents | |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| Pérennité | La délivrance du livret et support résumé permet à la formation de s'inscrire dans la durée (sources d'informations et rappels facilement disponibles si besoin) | |
| Personnalisation | La formation a donné aux médecins des éléments leur permettant de s'adapter à chaque parent et enfant en personnalisant les conseils et techniques proposés | |
| Petit groupe | La formation s'est tenue comme souhaité avec un nombre limité de participants | Codes associés : échanges, interactivité |
| Peu de mise en pratique | Les médecins n'ont pas encore pu mettre beaucoup en pratique à la date du focus group les éléments de la formation, pour plusieurs raisons (délai trop court, voit peu d'enfants de moins de trois ans par jour, etc.) | Codes associés : délai trop court, patientèle |
| Peu de retours | Les médecins n'ont pas encore à la date du focus group eu beaucoup de retours des parents sur les techniques proposées | Code associé : délai trop court |
| Phase socle | La formation initiale a constitué en une découverte et rappels des éléments principaux de base avec proposition de méthodes pour les problèmes les plus fréquents de sommeil. | Code associé : approfondissement (proposer en sus de cette phase socle une formation d'approfondissement sur les situations plus rares et complexes) |
| Phrases rituelles | Élément marquant de la formation sur l'importance des phrases rituelles stables dans le temps et selon les personnes, que les médecins ont pu conseiller en consultation | Codes associés : rituel, constance |
| Place du MT | Réflexion et parfois limite sur le rôle que tient le médecin traitant dans la prise en charge de la question du sommeil du nourrisson, notamment dans le lien avec les parents | ... selon le point de vue du médecin dans cette étude |
| Place du père | Proposition d'approfondissement de la formation sur l'aspect plus spécifique de la place du père dans la gestion du sommeil | |
| Plainte rapportée | Signification double : - prise de conscience avec les entretiens et la formation que la plainte (ou non plainte) des parents concernant le sommeil de l'enfant peut être parfois très différente de la réalité - limite dans l'application de la formation quand les parents ne considèrent pas le sommeil de leur enfant comme problématique alors que le médecin a relevé des éléments à travailler | |
| Plus de sensibilisation | Suite à la formation, les médecins ont pu davantage insister sur les conseils et la prévention en lien avec le sommeil | Code associé : remise en lumière |

| | | |
|--|--|--|
| Plus d'intervention | Les médecins agissent davantage en consultation sur la question du sommeil suite à la formation (en termes de conseils, méthodes, accompagnement, etc.) | Codes associés : techniques et conseils pratiques, méthodes, intervention plus précoce, accompagnement |
| Pragmatisme | Quand le médecin ou les parents font avec les moyens réels possibles plus que comme cela devrait être idéalement. Réalisme. | Code associé : adaptation. |
| Pratico pratique | Critère de qualité de la formation qui a proposé des éléments applicables concrètement dans pratique quotidienne | Codes associés : théorie appuyant la pratique, pratique, conseils et techniques pratiques, concret |
| Pratique | La formation ne contenait pas que de la théorie mais aussi une partie expliquant comment faire concrètement | Codes associés : théorie appuyant la pratique, illustrations |
| Présentiel | La formation a eu lieu en présentiel comme souhaité par la majorité des médecins (80%) | |
| Prévention | La formation a permis d'améliorer la qualité de la prévention autour de la question du sommeil | |
| Priorisation du sommeil | Limite de la formation qui en mettant la lumière sur la question du sommeil l'a priorisé dans la consultation, potentiellement aux dépens d'autres aspects | Code associé : manque de temps pour tout aborder |
| Prise de conscience | Les entretiens puis surtout la formation ont permis aux médecins de prendre conscience de certains aspects notamment concernant leurs pratiques, qu'ils n'avaient pas relevé avant | Codes associés : plainte rapportée, interrogatoire orienté, non systématiquement, référence, place du médecin traitant, orientation |
| Prise en charge centrée parents | Proposition d'approfondissement de la formation sur comment plus spécifiquement accompagner les parents eux-mêmes | |
| Pro et perso | La formation a un intérêt mixte à la fois sur le plan professionnel et personnel | |
| Q | | |
| Questions plus précises | La formation a permis aux médecins d'améliorer leur interrogatoire en augmentant la précision et la pertinence des Q° posées | Codes associés : interrogatoire amélioré, dépistage optimisé |
| R | | |
| Rappels de la formation | Proposition de complément de la formation avec un rappel de contenu à distance | |
| Référence | Double signification : - avec la formation les médecins se sont sentis plus confiants et légitimes pour constituer une référence pour les parents sur la question | Codes associés : légitimité, assurance, meilleure maîtrise, place du médecin traitant, intrusion |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| | - certains pointent encore la limite de ne s’y sentir encore totalement à leur place | |
| Relais familial | Certains médecins ont pu expérimenter les effets que peut avoir le fait pour un enfant ayant des troubles du sommeil de dormir quelque temps chez un autre apparenté | |
| Relation médecin patient | La meilleure maîtrise et assurance des médecins sur le sujet après la formation a eu un impact sur la relation avec le patient pour permettre une meilleure alliance thérapeutique | Codes associés : assurance, légitimité, médecin convaincu pour parent convaincu, alliance thérapeutique |
| Remise en lumière | La formation a permis de re souligner l’importance des questions du sommeil | |
| Résumé | Un support qui résume le contenu de la formation a été remis aux médecins | |
| Réveils | La question a été traitée dans la formation | |
| Rituel | Élément majeur de la formation qui a marqué les médecins qui ont pu (ré)insister davantage dessus lors de leurs consultations | |
| Rythme | La formation a traité de la question du rythme jour-nuit des enfants selon l’âge | |
| S | | |
| Sage-femmes | Proposition d’approfondissement de la mise en pratique de la formation en partenariat avec les sages femmes pour les inclure dans le processus de sensibilisation et accompagnement des parents en difficulté | |
| Situations plus rares | Proposition d’approfondissement de la formation pour traiter de situations plus complexes et plus rares | Codes associés : mauvaises habitudes, terreurs nocturnes |
| Sources d’informations | La formation a fourni aux médecins des sources d’informations fiables à consulter si besoin | |
| Sphère personnelle | Certains médecins ont pu mettre en pratique des éléments de la formation ou modifié certaines habitudes avec leurs propres enfants | |
| Stratégies parentales | Les médecins interrogent davantage les parents sur ce qu’ils font concrètement en cas de difficultés de sommeil avec leur enfant | |
| Support écrit | Il a été fourni aux médecins lors de la formation un livret détaillé ainsi que de la documentation, des sources d’informations, des coordonnées d’orientation et un support résumé | |
| Systematisation | Les médecins interrogent de manière plus systématique sur la question du sommeil | |
| T | | |

| | | |
|---|---|--|
| Techniques et conseils pratiques | La formation a apporté des éléments concrets de conseils et méthodes à proposer aux parents | |
| Terreurs nocturnes | Souhait de certains médecins d'approfondir la question des terreurs nocturnes | |
| Tétine | Élément important de la formation qui a marqué les médecins qui l'ont davantage conseillé en consultation (sevrage précoce) | |
| Théorie | La formation contenait une partie de rappels théoriques sur le sommeil de l'enfant | |
| Théorie appuyant la pratique | La théorie était limitée à ce qui est utile pour comprendre et expliquer les conseils et méthodes à proposer en pratique | |
| U | | |
| Universel | Force du sujet qui est applicable à chaque enfant et qui existera toujours et partout | |
| V | | |
| Valeurs culturelles | Limite d'applicabilité de la formation liée au fait que le sommeil ne relève pas seulement d'une question médicale mais fait aussi appel à un système de valeurs plus subjectives qui varient selon la culture, la société, la religion, les traditions, l'époque, etc. | |
| Vidéo | Proposition d'amélioration de la formation en présentant une vidéo d'un cas clinique ou une consultation avec les questions d'un parent | |
| Vigilance accrue | Suite à la formation, les médecins ont fait davantage attention à la question du sommeil en consultation | Codes associés : remise en lumière, plus de sensibilisation, observation, systématisation |
| Volonté de changement | Limite de la formation lorsque les parents ne souhaitent pas modifier leurs habitudes | Codes associés : plainte rapportée, intrusion, valeurs culturelles |
| Vulgarisation patient | La formation a apporté des éléments théoriques simples à transmettre aux patients | |
| W | | |
| X | | |
| Y | | |
| Z | | |

ANNEXE H – ANALYSE DES CODES (focus group)

ANALYSE DES CODES

- FOCUS GROUP -

- **Niveau 1** : codage descriptif cf. Livre de codes

Adéquation aux besoins et attentes de la formation : comparaison de la concordance de codes entre entretiens et focus group

| Codes entretiens individuels (Attentes/Besoins/Critères de qualité) | Codes focus group |
|--|--|
| <u>Attentes (format) :</u> <ul style="list-style-type: none">- A la MSP- En présentiel (majoritaire 80%)- Documentation- Concret- Court- Echanges- Partir des Q° des médecins- Intégré à une journée- Spécialiste/expert- Petit groupe- Support écrit- Support informatique <u>Besoins (contenu) :</u> <ul style="list-style-type: none">- Agés pivots- Signes d'alerte- Moments clés d'intervention- Besoin de validation- Cododo- Cauchemars- Terreurs nocturnes- Endormissement- Réveils- Physiologie- Normalité- Théorie- Pratique- Techniques et conseils pratiques- Boîte à outils- Orientation- Erreurs à ne pas faire- Dépistage- Repérage- Evolution- Mise à jour- Sources d'infos | <ul style="list-style-type: none">- A la MSP- En présentiel- Documentation- Concret- Court- Echanges - Spécialiste/Expert- Petit groupe- Support écrit - Agés pivots - Moments clés d'intervention- Besoin de validation - Endormissement- Réveils- Physiologie- Normalité- Théorie- Pratique- Techniques et conseils pratiques- Boîtes à outils- Orientation- Erreurs à ne pas faire- Dépistage optimisé - Evolution - Sources d'infos |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Rythme <u>Critères de qualité :</u> - Adaptée à la médecine générale - Etayage scientifique - Concision - Pratico pratique - Efficience - Messages clés - Intervenant - Interactivité - Expérimenté/compétent - Support écrit - Résumé - Dynamique - Mise en pratique immédiate | <ul style="list-style-type: none"> - Rythme - Adaptée à la médecine générale - Etayage scientifique - Pratico pratique - Efficience - Messages clés - Intervenant - Interactivité - Expérimenté/compétent - Support écrit - Résumé - Dynamique - Mise en pratique immédiate |
| Taux de concordance des codes : 79.16 % | |

Analyse

| | |
|---|--|
| <u>=> Limites/manques découlant des codes non concordants :</u> | <u>=> Liste des nouveaux codes du focus group (= apports au-delà des attentes initiales) :</u> |
| EN MOINS | EN PLUS |
| <ul style="list-style-type: none"> ✗ Partir des questions des médecins (dans le sens où la formation n'a pas été construite puis menée à partir de leurs questions, mais nombreux échanges quand même et interactivité possible) ✗ Intégrée à une journée (dédiée type « questions en pédiatrie », mais ce n'est pas le format choisi de la formation) ✗ Support informatique (mais possible car support fourni en pdf également) ✗ Signes d'alerte (approfondissement possible) ✗ Repérage (approfondissement possible) ✗ Cododo (abordé mais approfondissement possible) ✗ Cauchemars et terreurs nocturnes (traités mais approfondissement possible) ✗ Mise à jour (mais au final surtout découverte ou rappels donc mise à jour de fait) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Découverte ✓ Inédit ✓ Phase socle ✓ Apport pour tous ✓ Théorie appuyant la pratique ✓ Vulgarisation patient ✓ Complet ✓ Illustrations ✓ Autonomie à l'endormissement ✓ Tétine ✓ Rituel et phrases rituelles ✓ Constance et fermeté ✓ Stratégies parentales ✓ Méthodes ✓ Médecin convaincu pour parent convaincu ✓ Education parentale ✓ Accompagnement parental ✓ Personnalisation ✓ Consultation dédiée ✓ Légitimité ✓ Pérennité ✓ Prise de conscience : plainte rapportée, interrogatoire orienté, non systématiquement, référence, |

| | |
|--|---|
| <p>✘ Concision (mais en pratique codes « court » et « efficience » donc on peut en déduire que le critère concision a aussi été rempli)</p> <p><i>NB : en gras et couleur les plus significatifs (à savoir ce qu'il manque le plus et ce que la formation a le plus apporté d'inattendu)</i></p> | <p>place du médecin traitant, orientation</p> <p>✓ En pratique : Remise en lumière et Vigilance accrue et observation, Plus de sensibilisation, Interrogatoire amélioré et approfondi, Questions plus précises et plus concrètes, Systématisation, dépistage optimisé et plus précoce, plus d'intervention et plus précoce et en premiers recours, nouvelles habitudes, mieux outillé, meilleure maîtrise, confort, assurance, référence et légitimité</p> |
|--|---|

- **Niveau 2** : codage thématique => regroupement des codes en **THEMATIQUES** :

| | | |
|--|---|--|
| <p>CONTENU (adéquation aux besoins)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Théorie - Pratique - Théorie appuyant la pratique - Techniques et conseils pratiques - Sources d'informations - Vulgarisation patient - Adaptée à la médecine générale - Ages pivots - Moments clés d'intervention - Besoin de validation - Boîte à outils - Concret - Endormissement - Réveils - Erreurs à ne pas faire - Espace personnel - Etayage scientifique - Evolution - Rythme - Orientation - Nouvelles attentes entretiens | <p>FORMAT (adéquation aux attentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Support écrit - Résumé - Pérennité - Petit groupe - Messages clés - Présentiel - A la MSP - Court - Efficience - Interactivité - Echanges - Documentation - Illustrations | <p>INTERROGATOIRE et DIAGNOSTIC (prévention et dépistage en amont = questions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remise en lumière - Vigilance accrue - Central - Observation - Plus de sensibilisation - Prévention - Interrogatoire amélioré - Systématisation - Questions plus précises - Nouvelles habitudes - Autonomie à l'endormissement - Stratégies parentales - Rituel - Dépistage optimisé - Dépistage plus précoce |
| <p>CHANGEMENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Découverte - Inédit - Nouvelles habitudes | <p>INTERVENANT (adéquation aux attentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenante - Dynamique - Expérimenté/compétent + Spécialiste/Expert + Pertinente | <p>PRISE en CHARGE (en cas de difficultés = intervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthodes (chronododo, 5-10-15) - Accompagnement parental - Education parentale - Personnalisation - Techniques et conseils pratiques - Plus d'intervention - Intervention plus précoce - Intervention premier recours - Phrases rituelles - Fermeté - Constance - Consultation dédiée - Espace personnel - Relais familial - Tétine - Sphère personnelle |
| <p>RETOURS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parents en difficulté - Besoin référence - Référence - Peu de retours | <p>POINTS FORTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apport pour tous - Complet - Efficience - Support écrit / Résumé - Intervenante - Format : à la MSP / Interactivité - Pratico pratique / Adaptée MG - Messages clés - Mise en pratique immédiate - Etayage scientifique - Référence / Légitimité | |

| POSITION MEDECIN TRAITANT |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Alliance thérapeutique - Relation médecin patient - Médecin convaincu pour parent convaincu - Légitimité - Référence - Parents en difficulté / besoin de référence - Mieux outillé(s) - Confort - Meilleure maîtrise - Assurance - Directif - Paternaliste - Intrusion - Jugement - Valeurs culturelles - Plainte rapportée - Volonté de changement - Limite de faisabilité - Manque de temps pour tout aborder - Place du médecin traitant |

| LIMITES |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pragmatisme / Adaptation - Conditions matérielles - Familles nombreuses - Limite de faisabilité - Délai trop court - Peu de retours - Peu de mise en pratique - Intrusion - Jugement - Paternaliste - Valeurs culturelles - Plainte rapportée - Volonté de changement - Lien d'attachement - Priorisation du sommeil - Manque de temps pour tout aborder - Place du médecin traitant |

| APPROFONDISSEMENT |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Approfondissement / Phase socle - Nouvelle formation à distance - Rappels de la formation - Expert à distance - Focus group à distance - Groupe de pairs / Retour d'expériences - Situations plus rares - Terreurs nocturnes - Mauvaises habitudes - Enfant plus âgé - Place du père - Prise en charge centrée parents - Communication - Education parentale - Lien d'attachement - Sages femmes - Ateliers |

| AMELIORATIONS |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Vidéo + en miroir des codes non présents (cf. tableau niveau 1) : - support informatique - signes d'alerte - repérage - cododo |

| CONFIRMATION ENTRETIENS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - formation imparfaite - manque de temps - ne détaille pas - expérience personnelle - débrouillardise - non intervention - laisser venir - réassurance - relativiser - hétérogénéité des pratiques - peu fréquent vs. fréquent - problématique vs. secondaire - patientèle - peu confronté(é) - partage d'expérience - pas à l'aise |

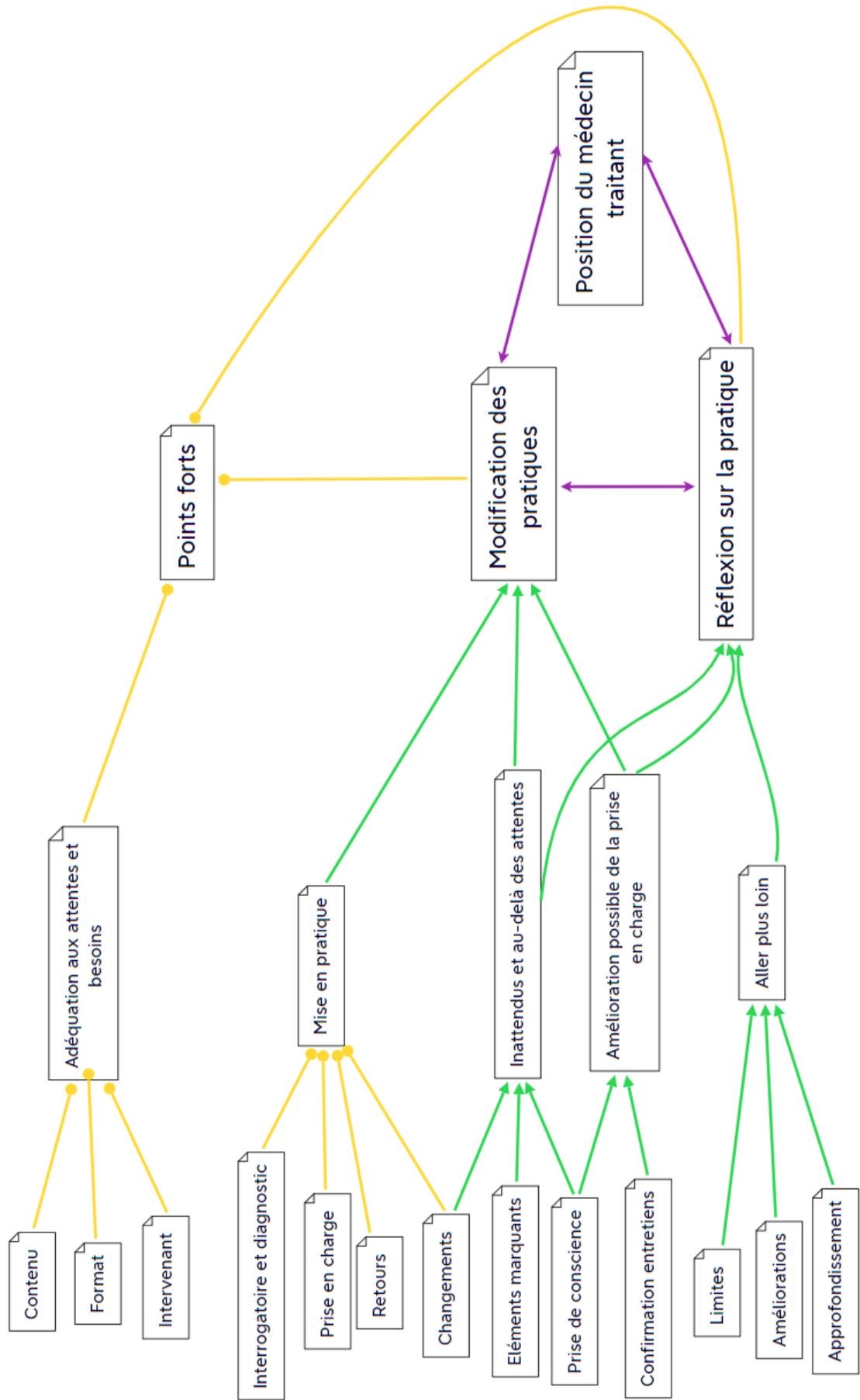
| PRISE de CONSCIENCE |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - nouvelles attentes entretiens - plainte rapportée - interrogatoire orienté - non systématiquement - référence - place du médecin traitant - orientation |

- **Niveau 3** : codage matriciel => **CARTE CONCEPTUELLE**

LEGENDE :

| | |
|---|--------------|
|  | Implique |
|  | Inclus dans |
|  | Interactions |

Carte conceptuelle



Vu, le Président du Jury,

Pr GRAS-LE GUEN Christèle

Vu, le Directeur de Thèse,

Dr PRIN Daniel

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Sommeil du nourrisson en médecine générale : étude qualitative d'évaluation des besoins et de l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans auprès de médecins généralistes d'une maison de santé.

RESUME

Introduction : les troubles du sommeil du jeune enfant sont fréquents et concernent environ 30% des moins de 5 ans, la première cause étant environnementale à 70-80 %. Pourtant, la formation actuelle des médecins généralistes semble insuffisante sur le sujet. Cette thèse s'est attachée à répondre à deux problématiques : quels sont leurs besoins en formation sur le sommeil du nourrisson ? Et comment évaluent-ils l'impact d'une formation sur le sommeil de l'enfant de 0 à 3 ans sur leur pratique ?

Méthodes : nous avons mené une étude qualitative en trois parties, incluant 10 médecins généralistes d'une maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Nazaire. Une première étape par entretiens semi-dirigés a interrogé la formation, les pratiques et difficultés, les besoins et attentes des médecins. Puis une formation spécifique leur a été proposée. Enfin, la dernière étape a évalué par focus group son impact sur leur pratique. L'analyse des résultats s'est basée sur une technique de codage à trois niveaux.

Résultats et analyse : au cours des entretiens individuels, 70% des médecins interrogés évaluaient leurs connaissances comme insuffisantes. L'étude a révélé une hétérogénéité des pratiques surtout basées sur l'expérience personnelle des médecins, et un manque d'outillage pratique pour accompagner les parents. Les médecins étaient en demande d'une formation concise, efficace, interactive, pratique, adaptée à la médecine générale et basée sur un étayage scientifique. Le focus group a montré une bonne adéquation de la formation proposée avec les attentes et besoins exprimés, avec un taux de concordance des codes de 79,16%. La formation a permis une amélioration de l'interrogatoire, un dépistage optimisé, une intervention plus fréquente et plus précoce. En parallèle, les médecins se sont sentis plus légitimes dans le traitement de cette question et mieux outillés pour un accompagnement parental personnalisé, notamment grâce à la remise du livret de formation.

Conclusion : une formation concrète et adaptée à la médecine générale sur les troubles du sommeil du nourrisson, semble efficace pour améliorer les pratiques et le ressenti en termes de confiance et de légitimité des médecins généralistes.

MOTS-CLES

Sommeil, troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, nourrisson, nouveau-né, enfant d'âge préscolaire, formation, formation médicale continue, médecine préventive, pratiques éducatives parentales