UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2012-2017

LE SOMMEIL PARTAGE : ENQUÊTE DE PRATIQUES SUR LES CONSEILS DELIVRES AUX PARENTS PAR LES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE DES PAYS DE LA LOIRE.

Mémoire présenté et soutenu par
LEGERON Ophélie
Née le 9 juillet 1993

Directeur de mémoire : Dr BOSCHER Cécile

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire.

Au Dr Cécile BOSCHER, pédiatre au CHU de Nantes, pour son intérêt porté à ce travail, son implication et ses précieux conseils.

À Mme Rozenn COLLIN, enseignante sage-femme à l'école de Nantes, pour sa disponibilité, son soutien et ses corrections apportées.

À Mme Marion PERENNEC, statisticienne du Réseau Sécurité Naissance, pour son accompagnement dans la gestion des logiciels informatiques.

Au Dr FLAMANT et au Dr BARATON, pédiatres au CHU de Nantes, respectivement ancien et nouveau responsable de la commission pédiatrique, pour leurs avis et leurs pistes concernant l'ébauche du questionnaire.

À mes parents, ma sœur, mon beau frère et ma tante, pour leurs encouragements, soutien et patience tout au long de ces 5 années d'études.

À Boubou THIAM NIANG, étudiant, pour son aide à la pratique des logiciels statistiques.

Aux autres personnes, membres de la famille ou amis qui m'ont soutenue dans mes projets.

Aux étudiantes de ma promotion avec qui j'ai passé 5 bonnes années.

Et enfin, tous les professionnels qui ont répondu au questionnaire de ce travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....
GLOSSAIRE.....
INTRODUCTION.....1
CHAPITRE I- GENERALITES.....3
1 - Recommandations générales sur le couchage des nouveau-nés 3
2 - La diversité des pratiques du sommeil partagé dans le monde.....3
3 - Prévalence du sommeil partagé.....4
4 - Arguments « pour et contre » le sommeil partagé.....5
4.1 - La proximité mère-enfant.....5
4.2 - Interactions entre Allaitement Maternel et proximité.....5
4.3 - Partage du lit en cas d'AM et MIN.....6
4.4 - Le partage du lit : un FDR à lui seul ?.....6
4.5 - Lit partagé : un facteur aggravant de MIN associé à d'autres éléments 7
CHAPITRE II - MATERIEL ET METHODE 8
1 - Objectifs.....8
2 - Nature de l'étude.....8
3 - Population étudiée.....8
3.1 - Critères d'inclusion.....8
3.2 - Critères d'exclusion.....8
3.3 - Déroulement de l'étude.....8
3.4 - Caractéristiques des variables étudiées.....9
3.5 - Recueil des données 9
3.6 - Méthodologie d'analyse 9
CHAPITRE III - RESULTATS.....10
1 - Résultats de l'audit.....10
2 - Résultats du questionnaire.....10
2.1 - Légende des tableaux et graphes.....10
2.2 – Présentation de l'échantillon.....11
2.3 - Les pratiques des professionnels sur le sommeil partagé.....13
2.4 - Les connaissances et besoins des professionnels sur le sommeil partagé.....23
CHAPITRE IV - DISCUSSION.....28
LES LIMITES INTERNES DE L'ETUDE.....33
LES PERSPECTIVES.....33
CONCLUSION.....35
BIBLIOGRAPHIE.....36
ANNEXE.....41

Annexe I : Iconographies du side bed à domicile et en maternité.....41

Annexe II : Image du partage du lit.....42

Annexe III : Partager un lit avec votre bébé. Un guide pour les mères qui allaitent (UNICEF UK Baby Friendly Initiative avec la Foundation for the Study of Infant Deaths, Pages 2 à 3), juin 2005.....43

Annexe IV : Image des positions maternelle et néonatale pour le partage du lit.....45

Annexe V : Grille de recueil de l'audit clinique.....46

Annexe VI : Document du Centre Hospitalier de Mayenne.....49

Annexe VII : Questionnaire envoyé aux différents professionnels de la périnatalité du RSN.....51

Annexe VIII : Lettre explicative accompagnant le questionnaire.....57

Annexe IX : Livret bleu du RSN : Document de sortie de néonatologie et de maternité. (page 2 du document), 2014.....58

Annexe X : Livret d'information spécifique à la maternité du CHU de Nantes : Conseils de puériculture, 2015.....59

Annexe XI : Brochure de l'Association « Naître et Vivre », 2015.....60

Annexe XII : Classement des conseils abordés aux parents par profession, par ordre décroissant, % (n) ; (à noter que l'on repart du 5ème conseil le plus abordé).....61

Annexe XIII : Tableaux comparatifs pour savoir si les professionnels recommandent le partage de la chambre.....62

Annexe XIV : Tableaux comparatifs des difficultés rencontrées selon les professions 62

Annexe XV : Tableaux comparatifs des professionnels favorables au partage de la chambre.....63

Annexe XVI : Tableau comparatif des professionnels favorables au partage du lit....64

Annexe XVII : Tableau de la représentativité des professionnels adhérant au RSN ..65

Annexe XVIII : Guide pour les professionnels concernant les conseils à délivrer sur le sommeil partagé.....66

Liste des tableaux et figures de la partie résultat

Tableau I : Conseils de couchage abordés (n=23).....10
Tableau II : Taux de réponses.....11
Figure 1 : Répartition des professionnels de santé (n=656).....11
Figure 2 : Répartition des lieux d'exercice (n=656).....12
Figure 3 : Supports utilisés lors de l'information sur le couchage (n=656), QCM.....13
Tableau III : Les points abordés par les professionnels lors des conseils généraux sur le couchage, par ordre décroissant (n=656), QCM.....14
Figure 4 : Recommandation du partage de la chambre par profession.....15
Figure 5 : Partage du lit abordé par profession.....16
Figure 6 : Les difficultés rencontrées quant à l'information sur le couchage, par profession.....17
Tableau IV : Acceptabilité du lieu de couchage (n=656), % (n).....17
Figure 7 : Acceptabilité du partage du lit par profession.....18
Figure 8 : Autorisation du partage du lit par profession.....18
Figure 9 : Le lit partagé est-il pratiqué dans votre maternité ? (n=331 professionnels travaillant en établissement de santé).....20
Figure 10 : Les manières de pratiquer le lit partagé en maternité : (n=198), QCM.…20
Figure 11 : Un financement pour side bed ? (n=293).....21
Tableau V : Ce qu'un professionnel devrait dire concernant les conseils sur le couchage, notamment en cas de lit partagé, n=656.....22
Tableau VI : Connaissance des professionnels sur différentes méthodes de sommeil partagé (n=656).....24
Figure 12 : Jugement des connaissances sur le lit partagé par profession.....24
Figure 13 : Clarté des informations des sociétés savantes pédiatriques par profession 25
Figure 14 : Partage du lit comme facteur de risque ou avantage ? par profession.....26
Figure 15 : Besoin de réunions d'information sur le lit partagé (n=656).....26
Figure 16 : Supports envisagés par les professionnels pour l'information (n=656), QCM.....27

GLOSSAIRE

AAP :	American Academy of Pediatrics ou Académie Américaine de Pédiatrie
AM :	Allaitement Maternel
AS :	Aides-Soignantes
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
COFAM :	Coordination Française Pour l'Allaitement Maternel
FDR :	Facteur De Risque
HAS :	Haute Autorité de Santé
IHAB :	Initiative Hôpital Ami des Bébés
InVS :	Institut National de Veille Sanitaire
MIN :	Mort Inattendue du Nourrisson
MSN :	Mort Subite du Nourrisson
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDL :	Pays De la Loire
PMI :	Protection Maternelle Infantile
PRADO :	Programme d'Accompagnement pour le retour à Domicile.
QCM :	Question à choix multiples
RSN :	Réseau Sécurité Naissance
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SFP :	Société Française de Pédiatrie
UNICEF :	The United Nations Children's Fund ou Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise un Allaitement Maternel (AM) exclusif pour les six premiers mois de vie du nouveau-né [1]. De ces recommandations, diverses institutions internationales y ont associé la possibilité d'un sommeil partagé, notamment le partage de la chambre sur des surfaces séparées [2,3,4].

En France, la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM) a proposé, en juin 2015, des recommandations de bonnes pratiques pour les enfants allaités [5].

Le manque de cohérence et d'uniformité de la terminologie employée par les auteurs concernant le sommeil partagé peut susciter de nombreuses confusions et erreurs d'interprétation : [6,7,8]

1. Le sommeil partagé, co-sommeil ou « co-sleeping » : terme générique qui insiste sur la proximité parents-nourrissons pendant le sommeil. Il combine à la fois les parents qui dorment avec le nouveau-né dans leur lit et ceux disposant le berceau près de leur lit dans la chambre parentale, ou directement en side bed/car (berceau accolé au lit parental : *(Annexe I)*.

2. Le partage du lit (cododo) ou en anglais « bed-sharing » (« co-bedding ») concerne le partage de la même surface de couchage (lit, canapé, fauteuil ou chaise …) (*Annexe II*).

3. Le partage de la chambre ou en anglais « room-sharing » (« co-rooming », « rooming-in ») désigne le fait d'être dans la même pièce sans partager la même surface de sommeil : exemple, le berceau est placé contre le lit des parents et certains lits à barreaux offrent la possibilité d'abaisser un des grands côtés pour le fixer en side bed au lit parental.

Dans notre travail, nous nous limiterons aux termes « partage de la chambre » (qui inclut le side bed) et « partage du lit » (qui exclut le side bed).

Certaines institutions, dont l'UNICEF, acceptent le partage du lit parental avec le nouveau-né en cas d'AM. Elles ont pour cela défini des conditions de sécurité indispensables à sa pratique (*Annexe III*) [7,9,10].

Cependant, la survenue de malaises graves, voire de décès dans les premiers mois de vie lors du partage du lit parental avec le nouveau-né, a donné lieu à des débats (parfois houleux) au sein des instances professionnelles de la périnatalité.

La pratique du lit partagé est controversée en raison de son implication directe ou non dans la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) : « *décès soudain d'un nourrisson alors que rien dans ses antécédents connus ne le laissait prévoir »*. Elle comprend la Mort Subite du Nourrisson (MSN) désignée comme « *le décès brutal d'un nourrisson non expliqué par l'histoire des faits ni par les investigations post mortem »* et les décès dont la cause est identifiée lors de l'examen post-mortem [11].

En Angleterre, des organismes précisent que rien à ce jour ne permet d'interdire le partage du lit parental [7]. Ils préfèrent mettre en œuvre des stratégies d'accompagnement des parents. Selon l'Américain Willinger, le taux de partage du lit pour plus de la moitié de la nuit est passé de 5,5% à 12,8% entre 1993 et 2000. 45% des répondants indiquaient que leur bébé passait un « certain temps » dans un lit d'adulte dont 91,6% avec leurs parents [12].

Une étude ancillaire, intégrée à l'étude NEOCORD récemment réalisée dans six maternités du Grand Ouest a souligné des variations interrégionales sur les modalités de couchage des nouveau-nés et les informations délivrées en sortie de maternité pour le sommeil et le lit partagés. Elle a pu montrer également la forte influence des messages transmis par les professionnels sur les pratiques parentales après le retour à domicile. Seuls 0,6% des parents issus de maternités « prévention MIN » pratiquaient le partage du lit contre 4% issus de maternités « favorisant l'AM » [13].

Les professionnels de la périnatalité se retrouvent donc confrontés à deux objectifs de santé publique liés au partage du lit difficilement compatibles : prévenir la MIN en déconseillant totalement aux parents le partage du lit parental avec le nouveau-né et promouvoir l'AM en acceptant ponctuellement ou non, un partage du lit parental à condition d'y associer les règles strictes de sécurité.

Le Réseau Sécurité Naissance (RSN) des Pays de la Loire (PDL) a organisé des commissions de pédiatres et puéricultrices sur le sommeil partagé sans parvenir à trouver un consensus professionnel pour le lit partagé.

L'objectif principal de notre travail était donc d'évaluer les conseils délivrés par les professionnels de la périnatalité des PDL concernant le sommeil partagé durant les premiers mois de vie.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leurs connaissances et les pratiques en maternité, afin si nécessaire, d'harmoniser les conseils.

CHAPITRE I- GENERALITES

1 - Recommandations générales sur le couchage des nouveau-nés

Les campagnes du couchage de l'enfant sur le dos, lancées par l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) dans les années 90 avec « *Back to sleep Campaign »* ont permis de réduire considérablement le nombre de décès des nourrissons. Des travaux ont largement étudié les facteurs de risque (FDR) de la MIN liés aux conditions de couchage des nouveau-nés. Il en découle une liste de recommandations suivante : [4,5,14]

- Seul dans son berceau,
- Sur le dos strict à plat,
- Visage dégagé : ni oreiller, ni couverture, ni édredon, ni peluche, ni tour de lit, tout objet pouvant recouvrir la tête de l'enfant,
- Matelas ferme et plat, lit rigide à barreaux,
- Température de la chambre entre 18 et 20°C,
- Turbulette ou gigoteuse adaptée à la saison,
- Absence de tabac dans l'environnement du nouveau-né (ne pas fumer dans la chambre ou dans la maison),
- Aucun animal dans la chambre parentale ou celle de l'enfant,
- Ne pas faire dormir le nouveau-né dans la chambre d'un frère ou d'une sœur,
- Absence d'espace entre le matelas de l'enfant et les parois du berceau ou entre le berceau et le lit parental,
- Éviter l'achat de produits commerciaux louant la réduction de la MIN sans preuve de leur efficacité et sécurité (exemples : cales-bébé, oreillers anti-plagiocéphalie, cocons...).

Il est important de rappeler aux parents que ces recommandations s'appliquent de jour comme de nuit et quelque soit le mode de couchage du nouveau-né.

2 - La diversité des pratiques du sommeil partagé dans le monde

Des chercheurs résument très bien cette idée en déclarant qu' : « *Un bébé dormant à portée de bras de sa mère, sur une surface ferme, comme c'est le plus souvent le cas à Hong Kong ou un bébé des îles Pacifiques dormant sur le lit plutôt que dans le lit, est dans un environnement différent du bébé occidental, en contact direct avec sa mère sur un matelas mou et recouvert d'une épaisse couette »* [15]. Certaines parties du monde font le choix de dormir avec leurs enfants car ils considèrent que dormir séparément de son bébé est abusif et négligent [16]. Parfois, parents et enfants se retrouvent dans le même hamac ou bien, les enfants sont placés à proximité des parents, eux-mêmes dormant sur des nattes de bambou, de paille, sur des futons ou dans un lit (Amérique latine, Philippines, Viêtnam, Japon).

Une large étude sur le partage du lit a déterminé que l'origine ethnique était un des facteurs qui avait la corrélation la plus forte avec celui-ci : les mères d'origine africaine, asiatique ou hispanique étant quatre à six fois plus nombreuses à prendre leur enfant dans leur lit [7].

L'histoire de la culture occidentale a été marquée par la peur d'étouffer le bébé en dormant avec lui. Certaines femmes très pauvres, auraient avoué en confession à leurs prêtres catholiques, avoir tué leur bébé en se couchant sur lui afin de limiter le nombre d'enfants. Ces religieux auraient alors bannis le partage du lit parental avec les nourrissons [17]. L'invention des berceaux au XVIII^{e} siècle a changé les habitudes et Hardyment, écrivain anglaise l'explique comme une conséquence de l'augmentation du niveau de vie suite à la révolution industrielle [18]. Au XX^{e} siècle, nos sociétés occidentales sont passées d'un modèle où tout le monde dormait dans la même pièce à un modèle culturel individualiste, chacun ayant son propre espace, prônant l'autonomie précoce des nouveau-nés. Les recommandations préconisent de nos jours, le couchage du nouveau-né dans la chambre des parents, surfaces séparées. Les familles utilisent souvent un lit, un couffin, un berceau ou une nacelle près du lit parental. Ces aspects historiques peuvent expliquer certaines réticences lorsque le sommeil partagé est évoqué.

De nos jours, malgré les polémiques, l'imprégnation des recommandations du siècle passé tendent à être abandonnées au profit d'un retour à la physiologie : l'AM, le peau à peau en salle de naissance et le partage du lit.

3 - Prévalence du sommeil partagé

Cette pratique est une réalité illustrée par quelques chiffres même s'il n'y a qu'un nombre limité d'études examinant sa prévalence. L'hétérogénéité des définitions du sommeil partagé rend son interprétation difficile.

Dans une étude évaluant sa pratique de la maternité aux deux premiers mois de vie, 61,4% des femmes ont expérimenté le partage du lit avec leur nouveau-né, de quelques heures à une ou plusieurs nuits au cours du séjour en maternité. 65,6% des femmes l'avaient appliqué sans avoir initialement prévu de le faire. En journée, il concernait 29,3% des femmes [8]. Pour rappel, l'étude ancillaire à celle de NEOCORD a constaté que la pratique du lit partagé en maternité était reproduite à la maison [13]. Outre les chiffres de Willinger présentés auparavant, la seule étude française de Streicher et ses collègues évaluant cette prévalence, notait que 32% des nourrissons de moins de six mois s'étaient retrouvés, au moins quelques heures par nuit dans le lit parental contre 64,4% les deux premiers mois d'après un mémoire de sage-femme [8,19]. Selon Hauck, plus d'un tiers des femmes ne suivaient pas les conditions de sécurité recommandées : des travaux constataient qu'en journée, 43,8% des femmes avaient partagé le sommeil avec leur enfant dans un canapé, 4,2% dans un fauteuil et 21% donnaient le biberon. Parmi les fumeuses, 66,7% pratiquaient ces méthodes ainsi que 62,2 % des consommatrices occasionnelles d'alcool [8,20]. On remarquait cependant que le taux de partage du lit diminuait avec l'âge, passant de 22% à 13% de un à six mois d'après Mac Coy ; même constat retrouvé chez Hauck [20,21].

Quant au partage de la chambre au domicile, il passait de 67,7% à 57,3% à un mois et demi en moyenne au profit du sommeil en chambre seule selon Nathalie Denoual. Ce taux est inférieur aux 62% des enfants dormant régulièrement dans la chambre parentale pendant les six premiers mois selon Streicher [8,19].

Au vu de ces constats, il nous a paru important de préciser les arguments présentés comme des avantages ou des risques associés à ces pratiques.

4 - Arguments « pour et contre » le sommeil partagé

Pour comprendre l'objet des débats entre professionnels, nous allons vous présenter la triade : proximité, AM et partage du lit parental.

4.1 - La proximité mère-enfant

La phrase inspirée de Winnicott n'a jamais paru plus exacte qu'ici : « *Un bébé* [seul]*, ça n'existe pas » ;* ce qui existe, c'est un bébé avec quelqu'un pour assurer une continuité du maternage et un « attachement sécure » [17]. La proximité avec la mère est un besoin physiologique fondamental à la survie du nouveau-né qui doit être satisfaite en la conciliant avec des conditions sûres de sommeil [22]. Cela passe notamment par un allaitement à la demande et un contact physique (et visuel, olfactif, sonore, tactile) tant le jour que la nuit pendant les six premiers mois de vie comme le recommande la Haute Autorité de Santé (HAS) [16,23,24].

Keefe en 1988 a prouvé que le partage de la chambre en maternité était bénéfique pour le sommeil du nouveau-né [22]. Il est reconnu comme un élément de protection de la MIN. Il divise à lui seul le risque de MIN par quatre, entre autre par la diminution des pleurs et une réponse plus efficace au mal-être du nourrisson [15,25]. Blair et ses collaborateurs ont montré que 19% des cas de MIN partageaient la chambre contre 55% des témoins (non décédés) [26].

Des études contradictoires expliquent qu'un sommeil proche parents-enfants a tantôt des effets positifs, tantôt des effets néfastes à long terme. Certaines constataient que ceux ayant dormi avec leurs parents présentaient un développement harmonieux (confiance en soi, estime de soi, moins de culpabilité, d'anxiété et de complexes, plus de relations sexuelles) par rapport à ceux ayant dormi seuls (conséquences psychologiques, émotionnelles et sociales : moins heureux, plus capricieux, peureux et difficiles à contrôler). Plusieurs études concluent que le partage du sommeil a beaucoup plus de conséquences favorables [17].

Cette proximité mère-enfant est aussi un élément clé pour l'allaitement. D'ailleurs, les études se sont surtout penchées sur l'effet conjugué de l'AM et du sommeil partagé sur la MIN.

4.2 - Interactions entre Allaitement Maternel et proximité

L'AM est un facteur protecteur reconnu de la MIN, d'autant plus s'il est pratiqué de manière exclusive pendant au moins les six premiers mois, le risque diminuant au-delà : selon Venneman, 73% des nourrissons victimes de la MIN décèdent avant l'âge de six mois contre 90% selon l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) avec un pic autour de deux à quatre mois [14,27,28].

Dès 1998 en France, Branger montre un lien direct entre le partage de la chambre et la durée de l'AM [22]. La HAS déclare que : « L*a cohabitation du nouveau-né avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24h/24h favorise l'allaitement maternel à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait. »* [24].

Plusieurs travaux ont démontré que ce mode d'alimentation favorisait et augmentait par trois le taux de partage du lit à domicile [12]. Les campagnes valorisant l'AM influencent le choix de couchage selon Johan Victoria [29].

Concernant spécifiquement le partage du lit, Mac Kenna explique dans « Sleeping with Baby » les multiples raisons de l'initier. Elle défend l'idée qu'il puisse être un choix instinctif de par la « *Préoccupation Maternelle Primaire »* issue de Winnicott [30]. Il favorise la durée et la réussite de l'allaitement par des réponses maternelles plus rapides et plus fréquentes à son nouveau-né [10,31]. En 1997, elle avait déjà trouvé que le partage du lit avec des enfants allaités de onze à quinze semaines permettait plus d'éveils synchronisés pour mieux répondre aux besoins du bébé, ainsi rassuré. Elle notait que la phase de sommeil profond du nouveau-né, facteur déterminant de la MIN, était raccourcie [32]. La mère allaitante se plonge rapidement en sommeil profond, lui-même trois fois plus long qu'une autre mère. Elle dispose d'une meilleure qualité de sommeil et d'un meilleur état de vigilance [33].

Par ailleurs, les études de Ball ont relevé lors du partage du lit à domicile, un ajustement corporel entre les mères allaitantes et leurs bébés : toutes les mères étaient restées couchées sur le côté, sans bouger, face à leur bébé, les jambes repliées contrairement aux autres mamans. Les bébés étaient sur le dos dans 40% des cas, sur le côté dans 54%, aucun retrouvé à plat ventre, sans doute grâce à la position maternelle protectrice [23,34] (*Annexe IV).* Ball ajoute que la qualité du sommeil était liée à l'influence de certaines hormones : la proximité et l'allaitement augmentent le taux de prolactine et d'ocytocine et diminuent la production d'hormones de stress.

4.3 - Partage du lit en cas d'AM et MIN

Les différents travaux divergent quant à l'effet protecteur de l'AM couplé au partage du lit : la dualité étant que l'un constitue un FDR indépendant de la MIN et l'autre un facteur protecteur. Pour certains, interdire le partage du lit pourrait entraîner des conséquences négatives sur l'allaitement, tandis qu'associés, ils seraient à l'origine de la baisse de la MIN [16]. D'autres le déconseillent puisque l'effet protecteur de l'AM ne compenserait pas les risques liés au partage du lit [35,36]. En 2015, Fleming a précisé qu'un sommeil de proximité chez les femmes non allaitantes était plus dangereux [37]. Deux anthropologues, Mac Kenna et Ball pensent que les femmes allaitantes qui partagent leur lit présentent moins de FDR. Toutefois, d'autres études englobant toutes les femmes, allaitantes ou non, retrouvent des conditions de pratique non sécuritaires (âge maternel < 18 ans, conditions socio-économiques défavorables, âge du bébé < 8 semaines …) [12].

Malgré tous les avantages d'une proximité mère-enfant d'un sommeil partagé, la sécurité du nouveau-né peut être compromise. De nouveaux FDR ont été dévoilés, liés à des positions ou des environnements de sommeil dangereux, causes directes ou non du décès, en particulier le lit partagé.

4.4 - Le partage du lit : un FDR à lui seul ?

En 2015, Fleming admet que le lit partagé est un FDR établi, avec ou sans FDR associés tout comme la plupart des études disponibles [36,37]. L'étude de Blair réalisée en 2014 retrouve que 36% des bébés décédés partageaient le lit contre 15% des témoins [38]. Scheers a montré qu'il y avait huit fois plus de décès en cas de partage du lit [39]. La fréquence et la durée de sa pratique (occasionnelle/habituelle ou de longue durée) ont un impact sur la MIN : l'InVS rapporte que parmi les 18% décédés en cas de partage du lit, la moitié n'en avait pas l'habitude, situation pouvant multiplier par dix-huit le risque de MIN contre quatre si elle est habituelle [14]. À noter l'absence de risque supplémentaire lorsque l'enfant est remis dans son berceau et ne passe pas toute sa période de sommeil dans le lit parental [15].

Certaines femmes allaitent dans le canapé, fauteuil ou lit de repos et finissent par s'endormir. Fleming et Blair ont déclaré que les décès dans un canapé avaient augmenté,

données confirmées par Scheers : dix-sept fois plus entre les années 1980 et 1990 [40]. Blair et ses collaborateurs ont signalé un risque de MIN dix-huit fois plus élevé en cas de partage du canapé [38,40].

Et pourtant, dans certaines cultures où le partage du lit est très répandu (au Japon, en Chine ou en Suède), un faible taux de MIN est constaté [17,41]. Pour rappel, l'environnement du couchage des nouveau-nés selon l'origine peut varier, expliquant éventuellement ces différences.

Certaines études anglaises ont montré que la majorité (> 90%) des décès survenus pendant un partage du lit se déroulaient dans un environnement présentant au moins un autre FDR de MIN [42].

4.5 - Lit partagé : un facteur aggravant de MIN associé à d'autres éléments

« *Peut-être que ce n'est pas le partage du lit en soi qui est dangereux, mais plutôt les circonstances spécifiques dans lesquelles ce partage du lit survient »* [15]). En Suède, le partage du lit ne semble être interdit qu'en cas de FDR associés [43].

C'est ainsi qu'il convient selon les études d'éviter les situations suivantes associées au partage du lit (et à fortiori celles propres à la MIN) : [4,25,26,35,36,38,44,45,46,47]

- **Bébé dort entre les 2 parents / avec les 2 parents / avec d'autres personnes que les parents/ avec les frères et sœurs.** La mère allaitante est en état de vigilance permanent sous l'influence hormonale contrairement à toute autre personne.

- **Consommation de toxiques (tabagisme actif ou passif : 2ème FDR identifié de la MIN pendant la 1ère année de vie, alcool, drogues, médicaments) et la fatigue parentale.** Le risque associé au tabagisme maternel existe seulement pour les enfants de moins de deux mois selon les études. Il n'y a pas de risque dès lors que les parents ne fument pas dans la chambre et ne dorment pas dans le même lit que le nouveau-né.

- **Caractéristiques du nouveau né : fièvre, petit poids de naissance (< 2,5 kg), prématurité < 37 SA et âge < 4 mois, indépendamment du statut de tabagisme parental.** Même pour les nourrissons allaités au sein, le risque de MIN est accru lorsqu'ils partagent le lit parental à un âge inférieur à quatre mois. Si le nouveau-né a de la fièvre, les études ne permettent pas de dire si c'est le partage du lit ou la fièvre qui est responsable de la MIN.

- **Espace entre le lit et la tête de lit / entre le matelas et le mur ou toute autre surface molle (canapé, fauteuil …) où le bébé peut se retrouver coincé et suffoquer.**

CHAPITRE II - MATERIEL ET METHODE

1 - Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de recueillir les conseils des différents professionnels de la périnatalité sur le couchage en général et plus particulièrement ceux sur le partage de la chambre et du lit parental.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leurs savoirs et les pratiques en maternité, afin, si nécessaire d'harmoniser les conseils. La Société Française de Pédiatrie (SFP) pourra juger de la pertinence des résultats.

2 - Nature de l'étude

Il s'agissait principalement d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et multicentrique parmi les maternités et praticiens du RSN des PDL. Dans un premier temps, nous avons brièvement observé des conseils de sortie ciblés sur le couchage des nouveau-nés. Dans un deuxième temps, nous avons envoyé un questionnaire aux professionnels de la périnatalité donnant alors des réponses déclaratives.

3 - Population étudiée

3.1 - Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude des professionnels de la périnatalité du RSN tels que les pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, médecins généralistes et médecins de la Protection Maternelle Infantile (PMI). Nous n'avons pas différencié les services, les lieux d'exercice (Établissements de santé publics ou privés / libéral) et les types de maternité.

3.2 - Critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure les Gynécologues-Obstétriciens moins concernés par la problématique.

3.3 - Déroulement de l'étude

Un bref audit de pratiques, sans valeur statistique, a été réalisé auprès d'une vingtaine de professionnels (sages-femmes, puéricultrices et médecins/internes) lorsqu'ils délivraient les conseils de sortie à la maternité du CHU de Nantes, de mi-novembre à mi-décembre 2015. La réalisation d'une grille de recueil (*Annexe V*), inspirée de multiples sources internationales, (*Annexes III, VIII et VI*) [5,48] nous a permis d'évaluer les informations délivrées sur le couchage des nouveau-nés et notamment sur le partage de la chambre et du lit parental.

Ce temps d'observation nous a aidé à élaborer un questionnaire (*Annexe VII*) en ligne sur Google Forms intitulé : *Connaissances et pratiques sur le sommeil partagé (partage de la chambre et partage du lit)*. Le RSN l'a diffusé par message électronique accompagné d'une lettre explicative (*Annexe VIII)* de notre travail aux différents professionnels de santé concernés. Cette étude s'est déroulée du 24 Mars au 31 Mai 2016.

3.4 - Caractéristiques des variables étudiées

Notre grille de recueil comprenait le résumé de la grossesse et de l'accouchement, les caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales puis les conseils délivrés par le professionnel sur le couchage du nouveau-né.

Notre questionnaire comprenait une partie sur les caractéristiques du professionnel (profession, lieu d'exercice, sexe, années d'exercice), une partie sur les conseils de couchage délivrés : d'abord généraux (lien avec la MIN, conseils, supports utilisés et difficultés d'information) puis ciblés sur le sommeil partagé (partage de la chambre et partage du lit : savoirs, besoins et positionnement des professionnels, thème abordé ou non avec les patients et/ou les collègues et les pratiques en maternité). Un tableau final permettait de mettre en évidence les conseils sur lesquels les professionnels étaient d'accord ou non sur l'information à délivrer, en particulier pour le partage du lit.

3.5 - Recueil des données

L'analyse descriptive s'est faite grâce au tableur Excel après y avoir importé nos données de Google Drive. L'analyse statistique, quant à elle, s'est réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse statistique nommé EpiData Analysis 2.2.

3.6 - Méthodologie d'analyse

La grande majorité des variables étaient des variables qualitatives, résumées par l'effectif brut et le pourcentage. Pour comparer les pourcentages entre les professions, nous avons utilisé le test du Chi-deux. Dans le cas où les effectifs théoriques étaient trop petits (< 5), nous avons eu recours au test exact de Fischer avec un seuil de précision de $p < 0,05$.

Nous avons regroupé pour certaines questions les items :

- Tout à fait d'accord et Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord et Pas du tout d'accord,
- Oui, parfois et Oui, partiellement / Non, pas vraiment et Non, pas du tout,
- Oui, toujours et Oui, parfois,
- Parfaitement claires et Relativement claires / Peu claires et Pas du tout claires,
- Insuffisantes et très insuffisantes.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type.

CHAPITRE III - RESULTATS

1 - Résultats de l'audit

Nous avons pu observer 23 entretiens sur les conseils de sortie réalisés avec : 10 sages-femmes, 7 puéricultrices, 6 pédiatres (4 seniors et 2 internes) pour 12 primipares et 11 multipares sans différence notable entre les deux groupes.

Tableau I : Conseils de couchage abordés (n=23)

Nous ciblons dans ce tableau les items relatifs au sommeil partagé (*Annexe V*).

À savoir que les principaux conseils de couchage délivrés étaient la position sur le dos strict, sans couverture, visage dégagé, turbulette adaptée à la saison et à la température de la chambre.

Conseils de couchage	Nombre de fois évoqué
Le mieux pour dormir est dans son berceau	3
Dans la chambre de ses parents	2
Le partage du lit	4*
Seul dans son lit	7
Pendant les 6 premiers mois de vie	4

* 2 SF et 2 puéricultrices : 3 à l'initiative du professionnel et 1 à l'initiative de la famille.

2 - Résultats du questionnaire

Nous avons obtenu un total de 656 réponses.

2.1 - Légende des tableaux et graphes

Péd + Dr PMI = Pédiatres et Médecins de la PMI.
SF = Sages-Femmes.
Aux + AS = Auxiliaires de puériculture et Aides-soignantes.
MG = Médecins Généralistes.

2.2 – Présentation de l'échantillon

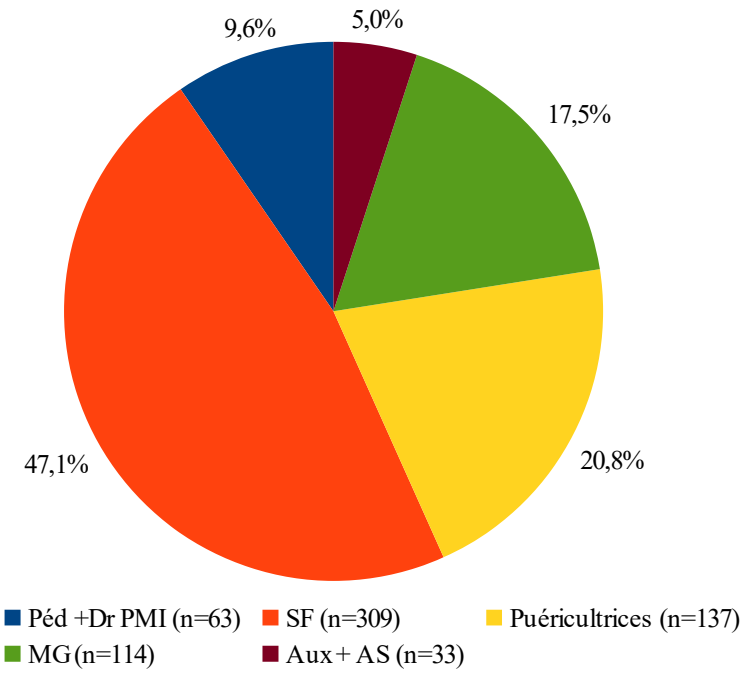
Tableau II : Taux de réponses

	Nombre de questionnaires envoyés, n =1892	Taux de réponses par profession % (n)
Péd + Dr PMI	227	27,7 (63)
SF	794	38,9 (309)
Puéricultrices	233	58,8 (137)
Aux + AS	80	41,2 (33)
MG	561	20,3 (114)
TOTAL	1892	34,7 (656)

Nous avons décidé de regrouper les pédiatres (n=57) et les médecins de la PMI (n=6) étant donné le petit effectif de ces derniers et leur spécialisation dans la périnatalité. De la même façon, les auxiliaires de puériculture (n=23) et les aides-soignantes (n=10) appartenaient au même groupe puisque pour une majorité, elles ont la double compétence. Leur taux de réponses étant insuffisant (n=33), nous ne les avons pas prises en compte lorsque l'on détaillait les résultats par profession.

L'effectif de chaque profession, retrouvé dans le ***tableau II*** servira de dénominateur lorsque nous présenterons les résultats par profession.

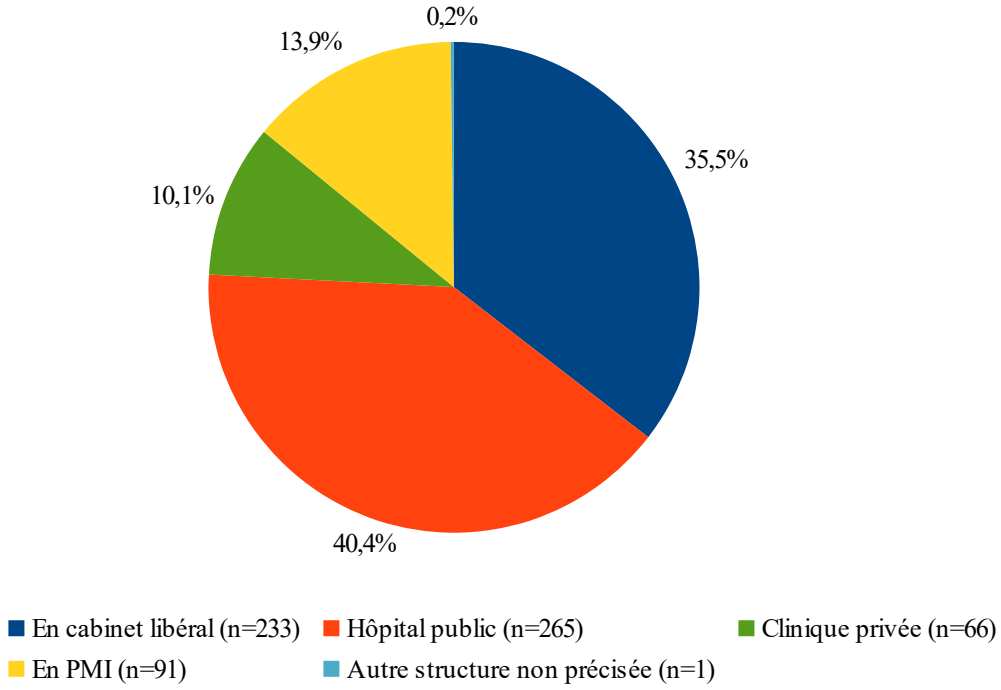
Figure 1 : Répartition des professionnels de santé (n=656)



Parmi les 114 MG, 98,2% (n=112) assuraient le suivi des grossesses dont :

- 89,3% (n=100) entre 1 à 5 par semaine,
- 8% (n=9) entre 5 à 10 par semaine,
- 2,7% (n=3) entre 10 à 15 par semaine.

Figure 2 : Répartition des lieux d'exercice (n=656)



50,5% (n=331) des professionnels travaillaient en établissement de santé (hôpital public/ clinique privée/ clinique mutualiste) dont :

- 42,3% (n=140) en type 2,
- 29,9% (n=99) en type 3,
- 19,0% (n=63) en type 1,
- 29 données manquantes.

Puis, pour la question à choix multiples (QCM) :

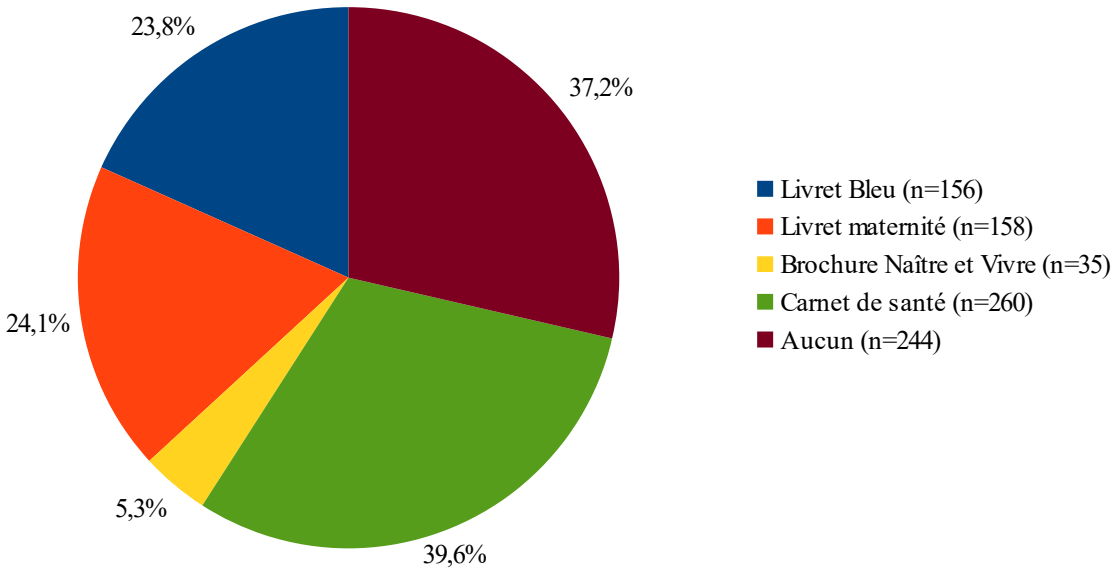
- 20,2% (n=67) exerçaient dans un service de néonatologie,
- 88,2% (n=292) dans un service de maternité,
- 11,2% (n=37) à la fois en maternité et en néonatologie,
- 9 données manquantes.

L'ensemble des professionnels exerçaient depuis en moyenne 14 ans (n=656 ; écart-type=9,7 ; médiane=12 ; MIN=1 an ; MAX=45ans).

94,2% (n=618) d'entre eux étaient des femmes.

2.3 - Les pratiques des professionnels sur le sommeil partagé

Figure 3 : Supports utilisés lors de l'information sur le couchage (n=656), QCM



Les 7 données manquantes ne sont pas intégrées dans le graphe.

En reprenant les effectifs des professionnels utilisant les différents supports dans le graphe ci-dessus :

- 83,3% (n=130) des professionnels remettent le livret bleu du RSN : *Document de sortie de néonatologie et de maternité (Annexe IX)*. 4 données manquantes.
- 89,2% (n=141) pour le livret d'information spécifique à la maternité du CHU de Nantes : *Conseils de puériculture (Annexe X)*. 1 donnée manquante.
- 80% (n=28) pour la brochure de l'association « Naître et Vivre » : *Les règles d'or de ma première année* (*Annexe XI*). 2 données manquantes.

Tableau III : Les points abordés par les professionnels lors des conseils généraux sur le couchage, par ordre décroissant (n=656), QCM

Conseils de couchage	Nombre de fois abordé % (n)
T°C de la chambre entre 18 et 20°C	93,6 (614)
Position sur le dos strict	91,8 (602)
Turbulette adaptée à la saison	88,1 (578)
Sans couverture	86,7 (569)
Visage dégagé	81,6 (532)
Sans tour de lit	63,6 (417)
Lit rigide à barreaux, matelas ferme	59,8 (392)
Le mieux pour dormir est dans son berceau	57,5 (377)
Seul dans son lit	51,2 (336)
Dans la chambre de ses parents	45,6 (299)
Aucun de ces points	0,3 (2*)

* 2 professionnels : un MG et un pédiatre.
1 donnée manquante.

Par profession, les quatre premiers items les plus abordés restaient, à un ou deux près identiques, la température (T°C) de la chambre entre 18 et 20°C, la position sur le dos strict, l'utilisation de la turbulette adaptée à la saison et la non utilisation de la couverture.

Le sommeil dans son berceau se plaçait : (*Annexe XII*)

- en 5ème et 6ème positions pour les pédiatres/médecins PMI et MG : respectivement abordé par 84,1% et par 67,5%,
- en 8ème position pour les puéricultrices et SF : respectivement abordé par 65,7% et 45,3%.

Le partage de la chambre parentale se retrouvait :

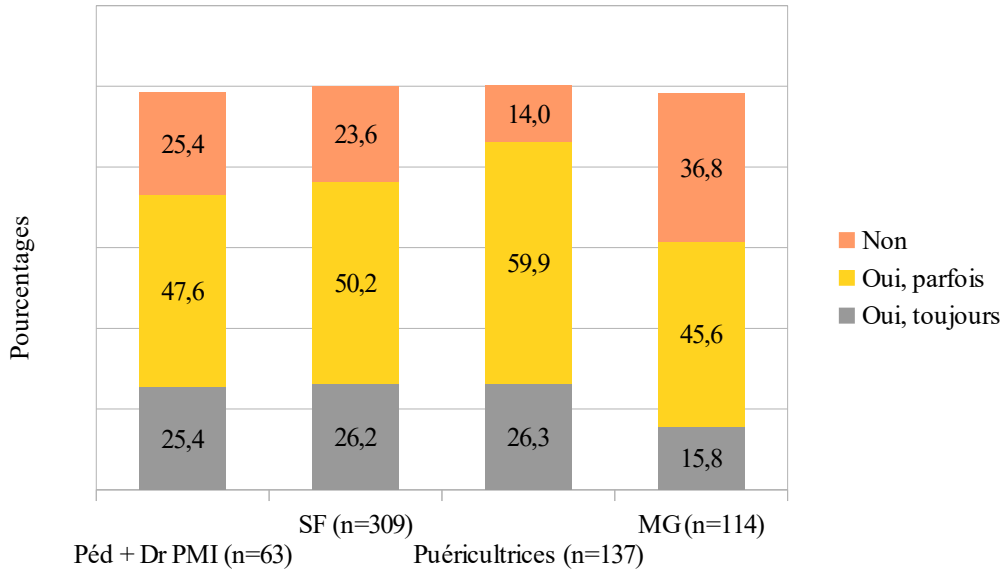
- en 9ème position pour les SF et les MG : respectivement abordé par 41,1% et 29,8%,
- en 10ème position pour les pédiatres/médecins PMI et les puéricultrices : respectivement abordé par 84,1% et 60%.

85,1% (n=558) des professionnels adaptaient de manière spécifique les conseils délivrés à chaque famille. 1 donnée manquante.

495 praticiens recommandaient le partage de la chambre parentale avec le nouveau-né, de manière systématique dans 24,4% (n=160) et occasionnellement dans 51,1% (n=335).

Lorsque la durée était précisée, ils le recommandaient pour une durée moyenne de 3,8 mois (moyenne=3,8 ; n=286 ; médiane=3 ; écart-type=0,13 ; MIN=15 jours ; MAX=12 mois) : 64,3% (n=184) pour moins de 6 mois et 35,7% (n=102) pour 6 mois et plus.
23,5% (n=154) ne le recommandaient pas. 7 données manquantes.

Figure 4 : Recommandation du partage de la chambre par profession



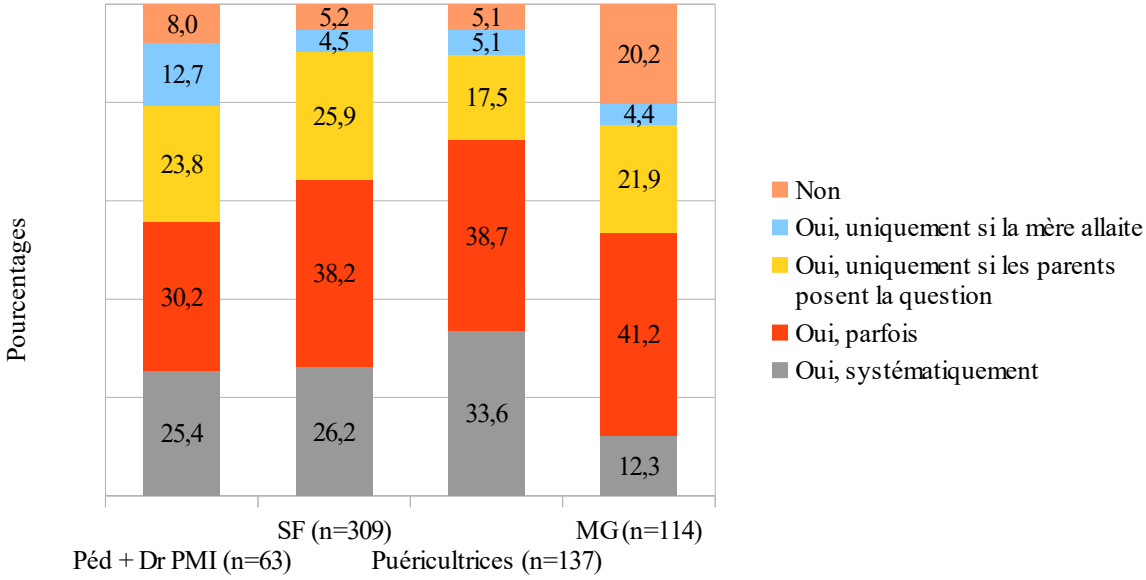
61,4% des MG recommandaient le partage de la chambre, significativement différent (*p<0,05)* des 86,2% des puéricultrices et des 76,4% des SF. De même, on note une différence significative entre les SF et les puéricultrices puis entre les 73% des pédiatres/Dr PMI et les puéricultrices (*Annexe XIII)*.

Le partage du lit, selon les 656 répondants, devait être abordé à l'initiative du professionnel pour 79,4% (n=521) d'entre eux, à l'initiative de la famille pour 9,3% (n=61). 9,9% (n=65) ne se positionnaient pas pour savoir qui de la famille ou du professionnel devait aborder le sujet en premier (*25 SF, 24 MG, 8 puéricultrices, 5 péd/DrPMI et 3 aux+AS*). 2 professionnels considéraient que la question ne devait pas être abordée (*1 pédiatre et 1 puéricultrice*). 7 données manquantes.

Parmi 602 personnes qui abordaient le partage du lit :

- 40,4% (n=243) de manière occasionnelle,
- 27,1% (n=163) de manière systématique,
- 26,1% (n=157) seulement lorsque les parents posaient la question,
- 6,5% (n=39) dans le cas où la mère allaitait.

Figure 5 : Partage du lit abordé par profession



Le motif principal pour aborder le partage du lit (n=602) :

- prévenir de la MIN (52,2%, n=314),
- l'allaitement maternel (29,4%, n=177),
- apporter un bénéfice pour la mère et l'enfant (11,6%, n=70),
- autres : ne pas le pratiquer, répondre aux familles ou transmettre un message indispensable (2,5%, n=15),
- par expérience personnelle du praticien (1,5%, n=9),
- 17 données manquantes.

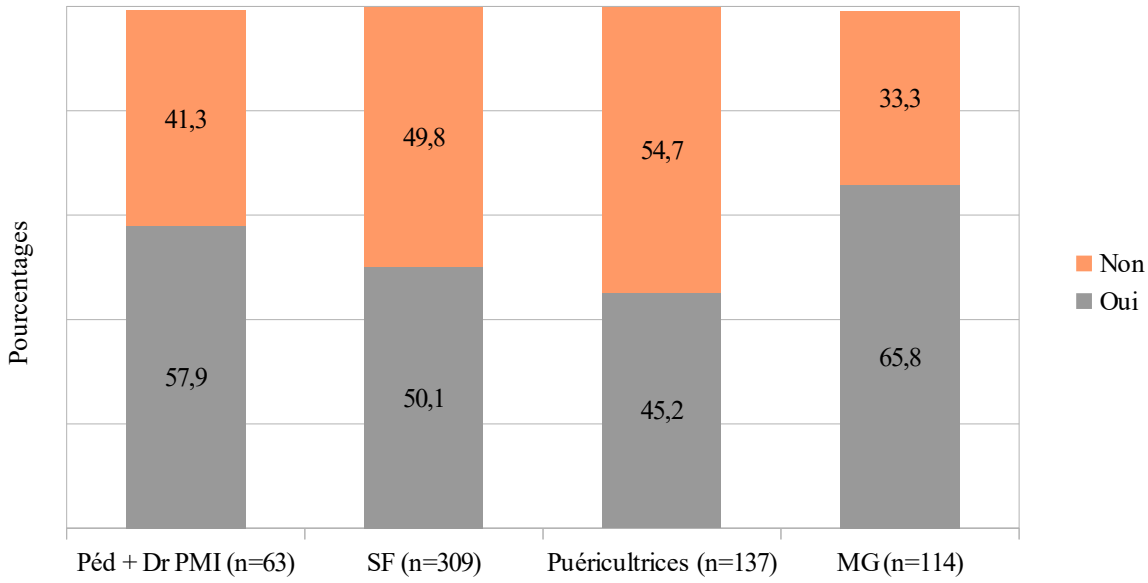
Les raisons de ne pas l'aborder (8,2%, n= 54):

- le manque d'information (42,6%, n=23),
- le refus volontaire, considérant que c'est dangereux (14,8%, n=8),
- non concernés (13%, n=7),
- le manque de temps (7,4%, n=4),
- pratique considérée non fréquente pour une *SF* et non connue pour un *MG*,
- 10 données manquantes.

Parmi les 656 réponses, 6,4% (n=42) des professionnels ont déjà été confrontés à une situation de MIN liée au partage du lit (*16 pédiatres, 13 SF, 8 puéricultrices, 3 auxiliaires de puériculture et 2 MG*). 1 donnée manquante.

51,8% (n=340) étaient confrontés à des difficultés quant à l'information à délivrer sur le couchage. 2 personnes n'ont pas répondu.

Figure 6 : Les difficultés rencontrées quant à l'information sur le couchage, par profession



65,8% des MG rencontraient des difficultés, significativement différent des 50,1% des SF et des 45,2% des puéricultrices (p<0,05) (*Annexe XIV*).

Les raisons de ces difficultés (n=340), QCM:

- faire face aux croyances/à priori parentaux (67,9%, n=231),
- faire face aux messages contradictoires des professionnels (35,6%, n=121),
- manque de temps (22,1%, n=75),
- manque de support (17,9%, n=61),
- manque de formation (12,6%, n=43), trop d'intervenants (12,4%, n=42), répétition de l'information (10,6%, n=36),
- 6 données manquantes.

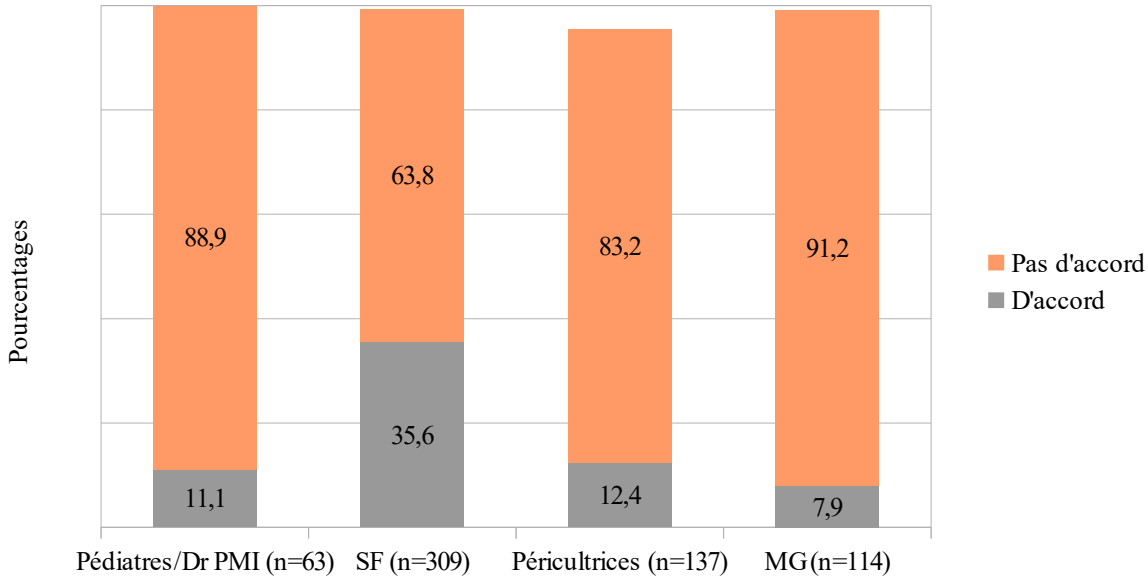
Tableau IV : Acceptabilité du lieu de couchage (n=656), % (n)

	D'accord	Pas d'accord	Données manquantes
Partage du lit	22,3 (146)	75,6 (496)	2,1 (14)
Berceau dans la chambre parentale	93,3 (612)*	6,6 (43)**	0,2 (1)
Side bed	74,5 (489)	22,5 (148)	2,9 (19)
Berceau dans la chambre d'un(e) frère/sœur	34,6 (227)	62,8 (412)	2,6 (17)

* Par profession : *79,9% des MG, 93,6% des péd/ Dr PMI, 95,2% des SF et 99,2% des puéricultrices* : résultats significativement différents (p<0,05) mise à part entre les SF et péd/ Dr PMI (*Annexe XV*).

**Par profession : *0,7% des puéricultrices, 4,9% des SF, 6,4% des péd/ DrPMI et 19,3% des MG*.

Figure 7 : Acceptabilité du partage du lit par profession

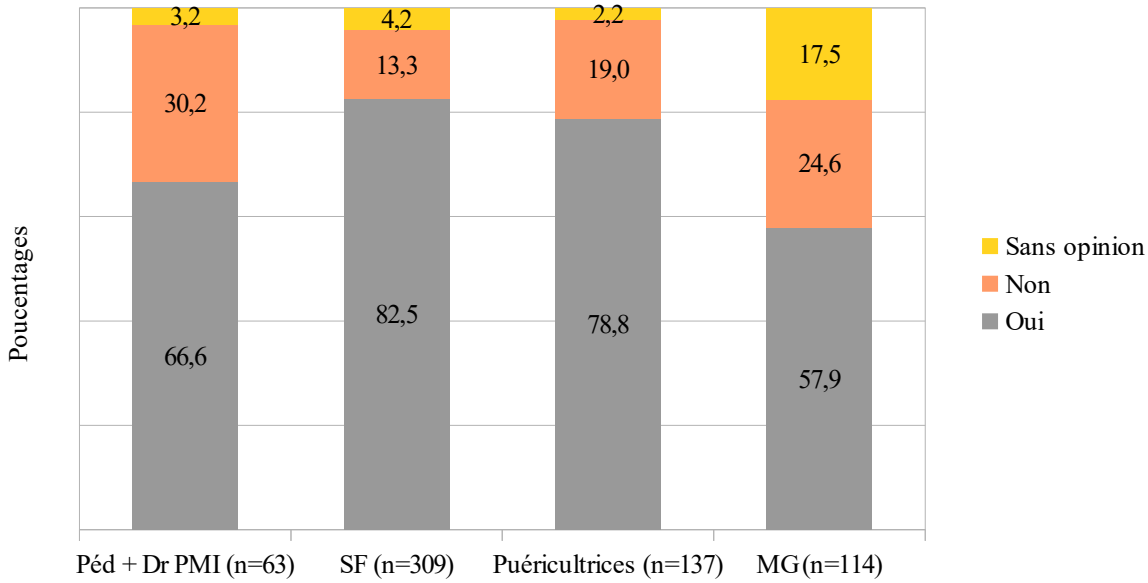


35,6% des SF étaient favorables au partage du lit, significativement différent des autres professions (p<0,05) (*Annexe XVI*).

Autorisez-vous le partage du lit ?

- Initialement, 8 personnes autorisaient et interdisaient à la fois cette pratique.
- Après recodages [1] : 75,5% (n=495) autorisaient le partage du lit sur l'ensemble de nos réponses. 6,3% (n= 41) étaient sans opinion.

Figure 8 : Autorisation du partage du lit par profession



[1] Après recodages = modifications des réponses en fonction des 5 questions qui suivaient celle d'autoriser ou non. Nos critères : ceux qui avaient répondu « **oui** »à une de ces 5 questions ont été considérés comme autorisant le partage du lit même s'ils avaient répondu le contraire auparavant. Aucun changement pour ceux qui ont répondu « **non** » ou « **ne sait pas** » à l'ensemble de ces 5 questions.

Pour les 5 questions si « Vous autorisez le partage du lit » : (n=495)

84,2% (n=417) présentaient les contre-indications, 10% (n=49) ne les connaissaient pas (*33 SF, 11 MG, 4 puéricultrices et 1 aux + AS*). 12 données manquantes.

86,7% (n=429) exposaient les conseils de sécurité indispensables (dont 63,2% (n=271) complètement et 36,8% (n=158) partiellement). 3% (n=15) ne les connaissaient pas (*5 MG, 5 puéricultrices, 4 SF et 1 péd/ DrPMI*) et 7,8% (n=39) ne les présentaient pas.
12 données manquantes.

Vous conseilleriez que le bébé dorme :

- seulement avec sa mère (37,2%, n=184),
- avec ses 2 parents (30%, n=148),
- ne savaient pas (24,6%, n=122 dont *24,6% des MG, 18,2% des puéricultrices, 18% des SF, 17,5% des péd/DrPMI et 6% des aux+AS*),
- 41 données manquantes.

La meilleure place pour le nouveau-né :

- côté maman (67,5%, n=334),
- ne sait pas (18,4%, n=91 dont *23,7% des MG, 15,9% des péd/DrPMI, 12% des SF, 11,7% des puéricultrices, 3% des aux+AS*),
- entre les 2 parents (5,5%, n=27 dont *18 SF, 4 puéricultrices, 1 aux+AS, 3 MG et 1 péd/ DrPMI),*
- côté papa (0,4%, n=2),
- 41 données manquantes.

La fréquence conseillée :

- occasionnelle (54,3%, n=269 dont *50,5% des SF, 39,4% des puéricultrices, 24,6% MG et 23,8% des péd/ DrPMI*),
- ne savaient pas (22,2%, n=110 dont *21,9% des MG, 17,4% des aux+AS, 16,2% des SF, 16,1% des puéricultrices, 14,3% des péd /DrPMI*),
- tous les soirs (13,1%, n=65),
- 51 données manquantes.

Figure 9 : Le lit partagé est-il pratiqué dans votre maternité ? (n=331 professionnels travaillant en établissement de santé)
15 données manquantes.

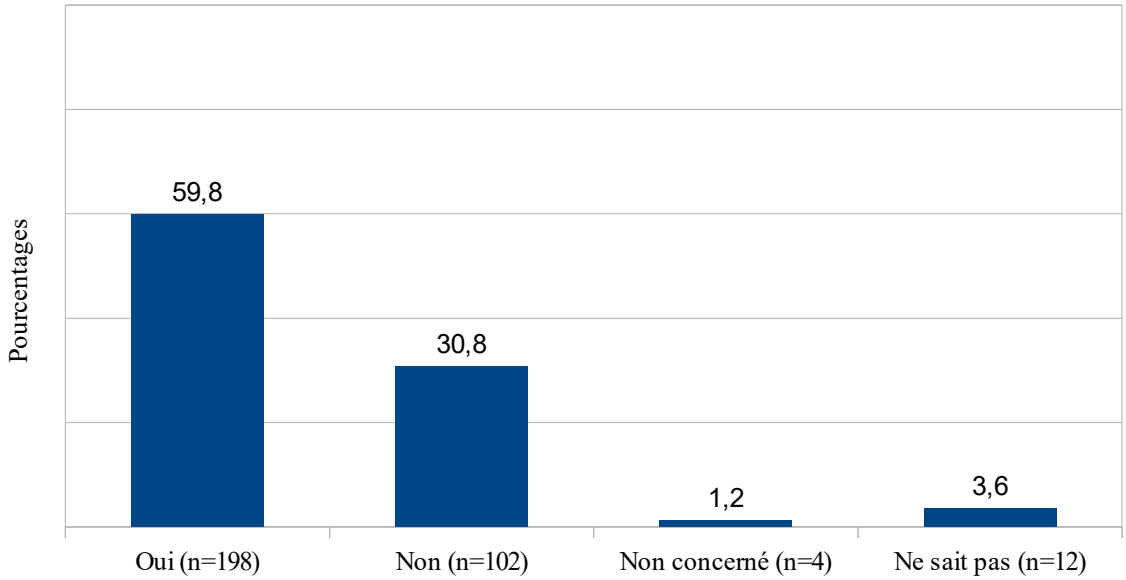
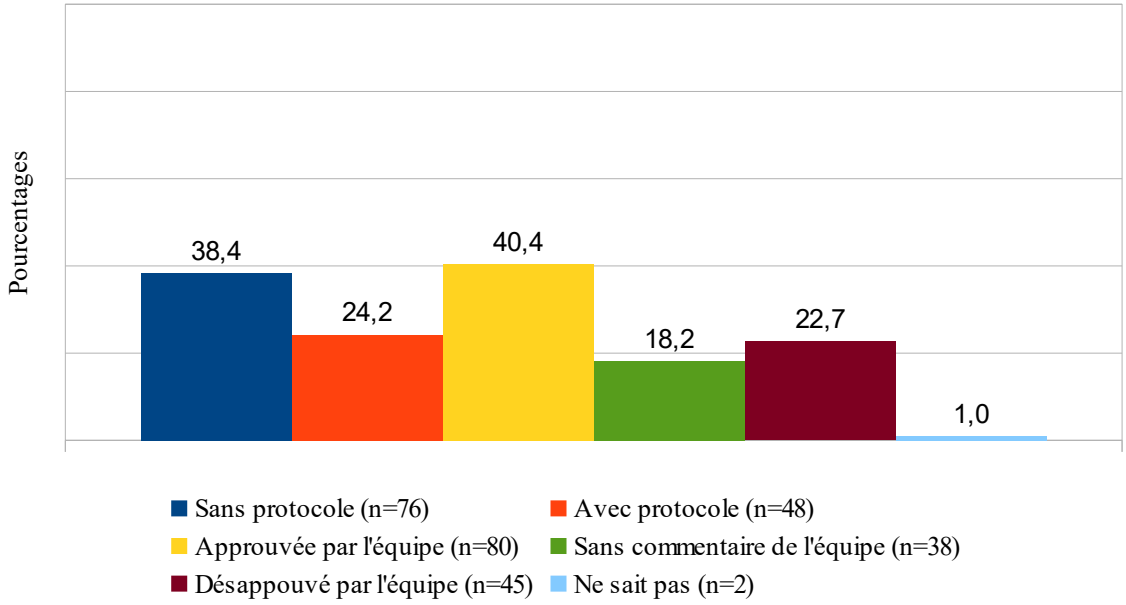


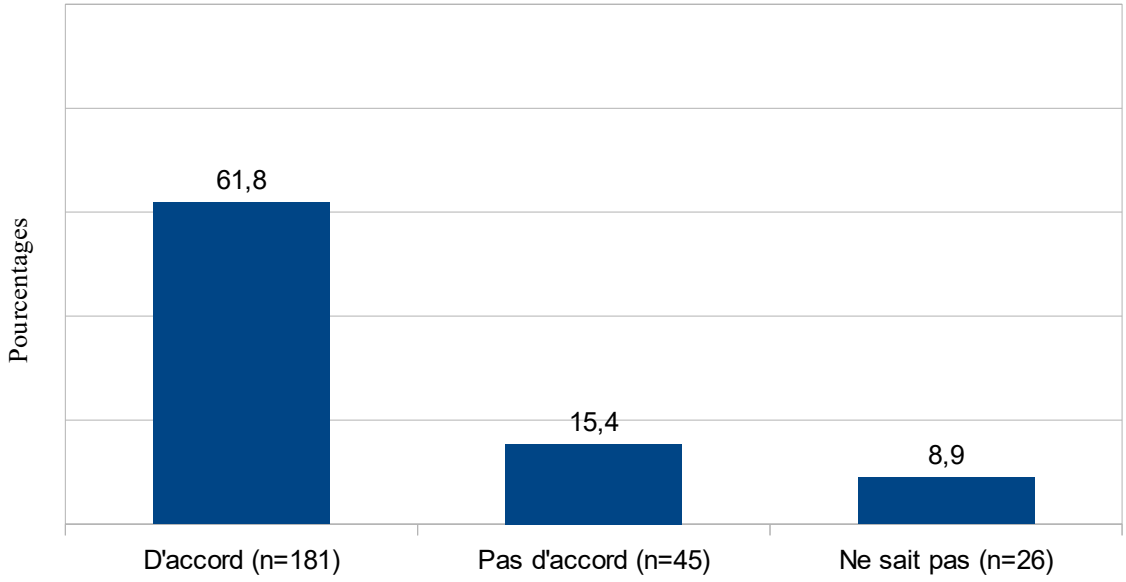
Figure 10 : Les manières de pratiquer le lit partagé en maternité : (n=198), QCM
2 données manquantes.



Parmi les 102 personnes répondant que la maternité ne pratiquait pas le partage du lit, 46,1% (n=47) ne souhaitaient pas qu'il soit mis en place au sein des maternités. 15,7% (n=16) ne savaient pas s'il devait y être pratiqué. 17,6% (n=18) données manquantes.

Sur les 331 personnes travaillant en établissement de santé, 7,6% (n=25) déclaraient que leur maternité possédait des équipements en side bed. 2,1% (n=7) ne savaient pas.
1 personne non concernée et 13 données manquantes.

Figure 11 : Un financement pour side bed ? (n=293)
14% (n=41) données manquantes.



Parmi les 331 professionnels travaillant en établissement de santé, le partage du lit était pour 48,9% (n=162) objet de discussion entre les professionnels de santé. 3 personnes non concernées et 13 données manquantes.

Tableau V : Ce qu'un professionnel devrait dire concernant les conseils sur le couchage, notamment en cas de lit partagé, n=656

	D'accord	Pas d'accord	NR*
Recommandations pour la prévention de la MIN	% (n)	% (n)	n
Nouveau-né sur le dos	99,2 (651)	0,5 (3)	2
Jamais sur le ventre et côté	89,8 (589)	**9,3** (61)	6
Visage dégagé	99 (649)	0,9 (6)	1
Matelas ferme, lit rigide à barreaux	95,9 (629)	3 (20)	7
18 < T°C chambre < 20	98,9 (649)	0,6 (4)	3
Turbulette adaptée à la saison	99,3 (651)	0,5 (3)	2
Partage de la chambre			
Endroit le plus sûr : seul dans son berceau	86,3 (566)	**12,5** (82)	8
Pendant les 6 premiers mois	73,8 (482)	**24** (157)	15
Facteur protecteur de MIN	71,6 (470)	**25,6** (168)	18
Partage du lit			
Peut vous arriver : allaiter/apaiser le bébé	95,7 (628)	3,5 (23)	5
Position de la mère en « chien de fusil », bébé sur le dos sans le couvrir	80,5 (528)	14 (92)	36
Jamais entre les 2 parents	87,7 (575)	**10,7** (70)	11
Toujours du côté maternel	75,8 (497)	**17,4** (114)	45
Seulement pendant la tétée, le recoucher après dans son berceau	83,8 (550)	**14,5** (95)	11
Seulement en cas d'AM	45,5 (299)	**49,1** (322)	35
FDR de MIN	73,3 (481)	**24,2** (159)	16
Jamais sur un canapé/fauteuil/chaise	89,7 (588)	**8,4** (55)	13
Jamais dans le lit des parents	48,9 (321)	**46,2** (303)	32
Contre-indications au partage du lit			
Toxiques (Tabac, OH, drogues …)	98,2 (644)	1,4 (9)	3
Maladie chronique affectant l'attention	97,7 (641)	1,2 (8)	7
Fatigue anormale	96,7 (634)	1,8 (12)	10
Fièvre du nouveau-né	86,3 (566)	**12,6** (83)	7
Prématurité et/ou petit poids	75,6 (496)	**21,8** (143)	17

* NR = Non Renseigné/données manquantes.

Plus de 95% des professionnels étaient d'accord pour recommander les conseils généraux les plus connus pour la prévention de la MIN.

Les données en gras de l'item « pas d'accord » dans le tableau précédent sont précisées par profession :

- Jamais sur le ventre et le côté : *15,5% des SF, 9,1% des aux+AS, 4,4% des MG, 3,6% des puéricultrices,*
- Endroit le plus sûr : seul dans son berceau : *20,1% des SF, 12,1% des aux+AS, 6,6% des puéricultrices, 5,3% des MG et 1,6% des péd/ DrPMI,*
- Partage de la chambre pendant les 6 premiers mois : *38,6% des MG, 25,2% des SF, 16% des péd/DrPMI, 15,2% des aux+AS et 14,6% des puéricultrices,*

- Partage de la chambre = facteur protecteur de la MIN : *32,5% des MG, 29,4% des SF, 27,3% des aux+AS, 20,6% des péd/ DrPMI et 13% des puéricultrices,*
- Jamais placer l'enfant entre les 2 parents : *13% des SF, 11,4% des MG, 8% des puéricultrices, 49,2% des péd/ DrPMI et 6% des aux+AS,*
- Toujours placer du côté maternel en cas de partage du lit *: 29,8% des MG, 16,8% des puéricultrices, 14,6% des SF, 12,7% des péd/ DrPMI et 12% des aux+AS,*
- Partage du lit seulement pendant la tétée puis le replacer dans son berceau : *22,7% des SF, 18,2% des aux+AS, 7,9% des MG, 6,6% des puéricultrices et 1,6% des péd/ DrPMI,*
- Partage du lit = FDR de la MIN : *35% des SF, 27,3% des aux+AS, 14,3% des péd/ Dr PMI, 13% pour chacun des puéricultrices et des MG,*
- Interdire le partage du canapé ou fauteuil : *12% pour chacun des SF et des aux+AS, 6% des MG, 3,7% des puéricultrices et 3% des péd/DrPMI,*
- Partage du lit seulement en cas d'AM : *54,5% des aux+AS, 50,4% des puéricultrices, 50,2% des SF, 45,6% des MG et 44,4% des péd/ DrPMI,*
- Ne jamais partager le lit parental avec le nouveau-né : *64,7% des SF, 32,5% des MG, 32,1% des puéricultrices, 23,8% des péd/DrPMI et 21,2% des aux+AS,*
- Non partage du lit en cas de :
  - fièvre du nouveau-né : *18% des aux+AS, 16,5% des SF, 14% des MG, 5% pour chacun des péd/DrPMI et des puéricultrices,*
  - petit poids ou prématurité: 3*9,4% des aux+AS, 27,8% des SF, 16,7% des MG, 16% des puéricultrices et 5% des péd/DrPMI.*

2.4 - Les connaissances et besoins des professionnels sur le sommeil partagé

52,4% (n=344) ne connaissaient pas le livret bleu du RSN *dont 80,7% des MG, 51,8% des SF, 42,3% des puéricultrices, 36,4% des aux+AS et 34,9% des péd/DrPMI*.
21 données manquantes.

Les raisons (n=344) :

- non diffusion à l'extérieur des centres de naissance (38,7%, n=133),
- données manquantes (31,1%, n=107),
- autres raisons (29,1%, n=100 : non au courant de son existence, information donnée par les puéricultrices ou auxiliaires de puériculture, ne réalisaient pas les sorties de maternité, n'y avaient pas prêté attention,
- par désintérêt (1,2% : *2 SF, 1 AS et 1 MG*).

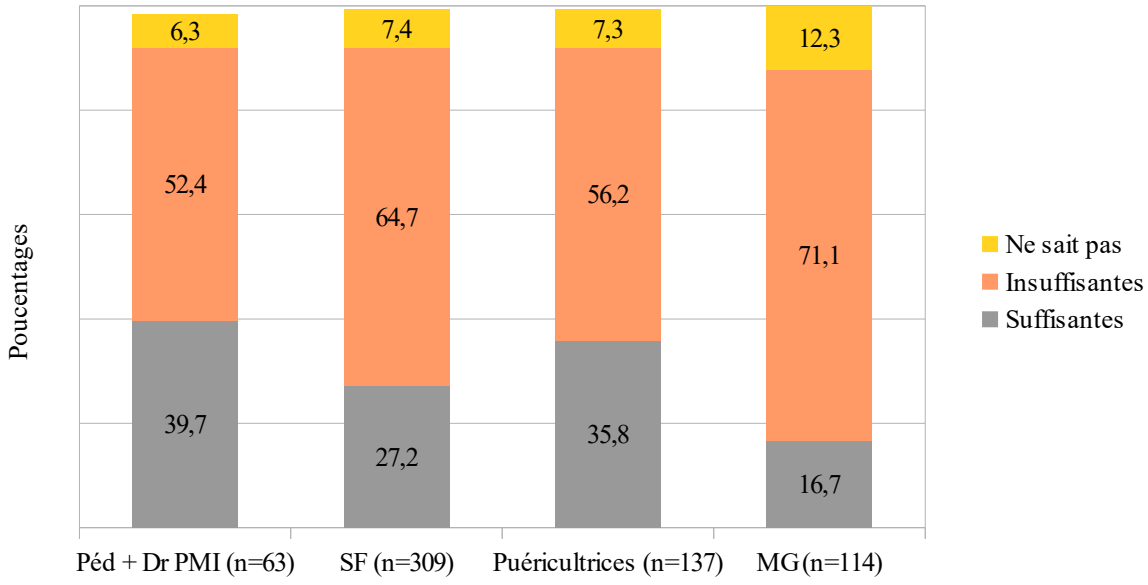
Tableau VI : Connaissance des professionnels sur différentes méthodes de sommeil partagé (n=656)

	OUI % (n)	NON % (n)	TOTAL % (n)
Partage du lit (même matelas)	84,8 (556)	13,6 (89)	98,4 (645)
Side bed : berceau attaché au lit parental	85,4 (560)	13,6 (89)	99 (649)
Partage de la chambre, surface séparée	97,4 (639)	2 (13)	99,4 (652)

Au total (n=656), les connaissances des professionnels quant au partage du lit sont jugées :

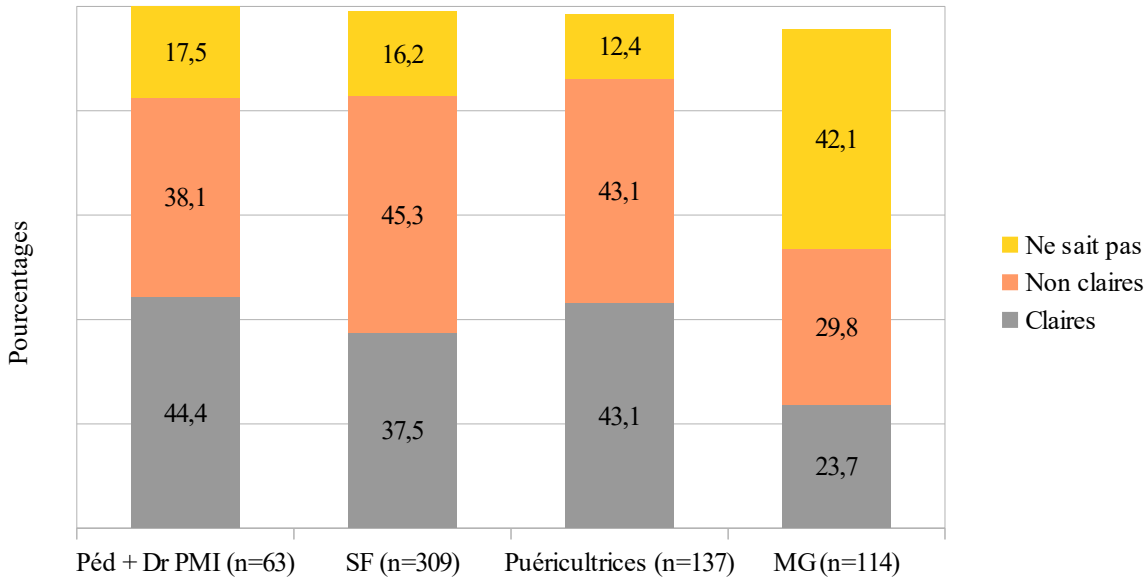
- insuffisantes (n=348) voire très insuffisantes (n=60) dans 62,1% (n= 408),
- suffisantes dans 29,1% (n=191),
- ne savaient pas dans 8,1% (n=53),
- 4 données manquantes.

Figure 12 : Jugement des connaissances sur le lit partagé par profession



Sur les 656 répondants, 36,9% (n=242) trouvaient les informations des sociétés savantes pédiatriques claires. 20,4% (n=134) ne savaient pas et 5 données manquantes.

Figure 13 : Clarté des informations des sociétés savantes pédiatriques par profession



87,3% (n=573) des professionnels connaissaient le lien entre le partage du lit et la MIN. 12,3% (n=81) n'en avaient jamais entendu parler (*24,6% des MG, 21,2% des aux+AS, 13,6% des SF et 2,9% des puéricultrices)*. 2 données manquantes.

Selon nos 656 professionnels, 64,6% (n=424) considéraient le partage du lit comme un FDR :

- d'étouffement/asphyxie (46%, n=195),
- de MIN (42,9%, n=182),
- d'écrasement/chute (5%, n=21), de surchauffe du bébé (1,9%, n=8), de conséquences familiales (1,7%, n=7: troubles du sommeil, problèmes de dépendance de l'enfant et d'intimité du couple), de méconnaissance des règles de sécurité (0,1%, n=3).
  2 réponses non concordantes et 6 données manquantes.

16,6% (n=109) le considéraient comme un avantage pour:

- l'AM (25,7%, n=28),
- le lien mère-enfant (22,9%, n=25),
- avoir un meilleur sommeil (20,2%, n=22),
- une meilleure sécurité et vigilance pour le nouveau-né (14,7%, n=16), un réconfort du nouveau-né (11,9%, n=13), une diminution du risque de MIN (3,7%, n=4),
- 1 donnée manquante.

13,1% (n=86) le considéraient comme un avantage et un facteur de risque. 37 données manquantes.

Figure 14 : Partage du lit comme facteur de risque ou avantage ? par profession

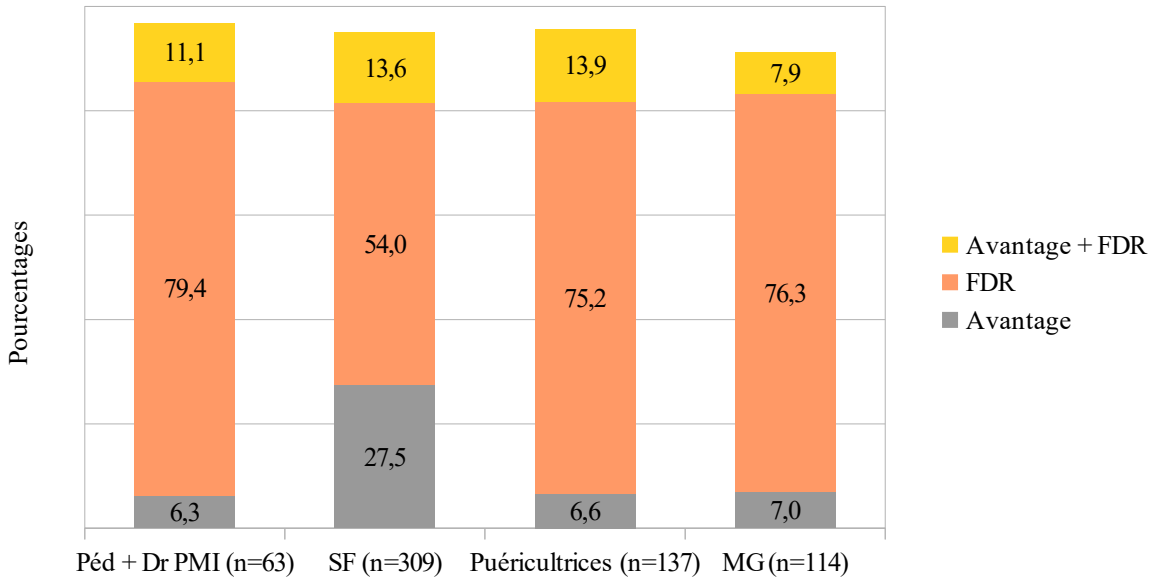
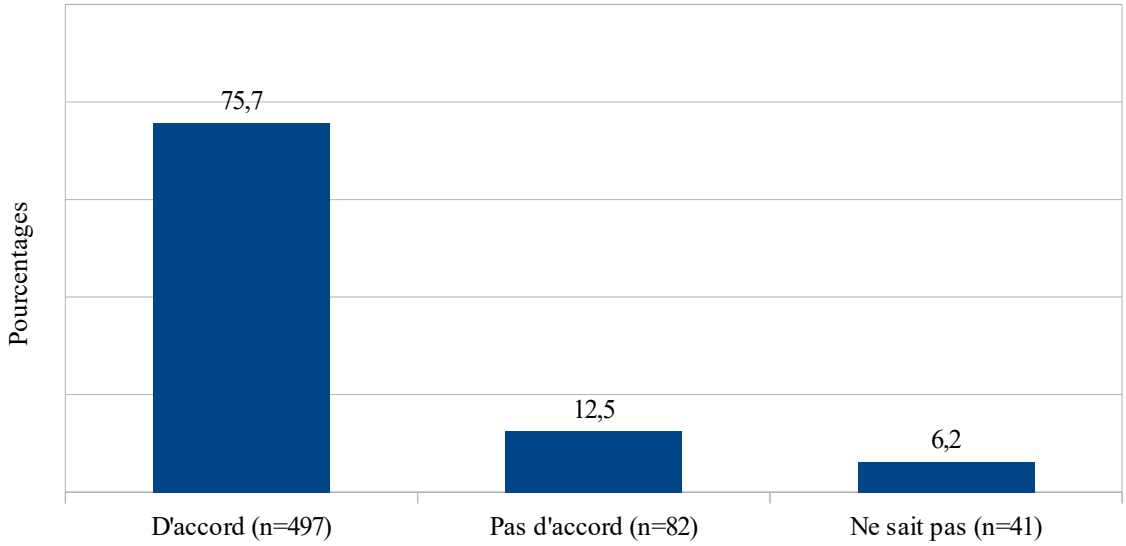
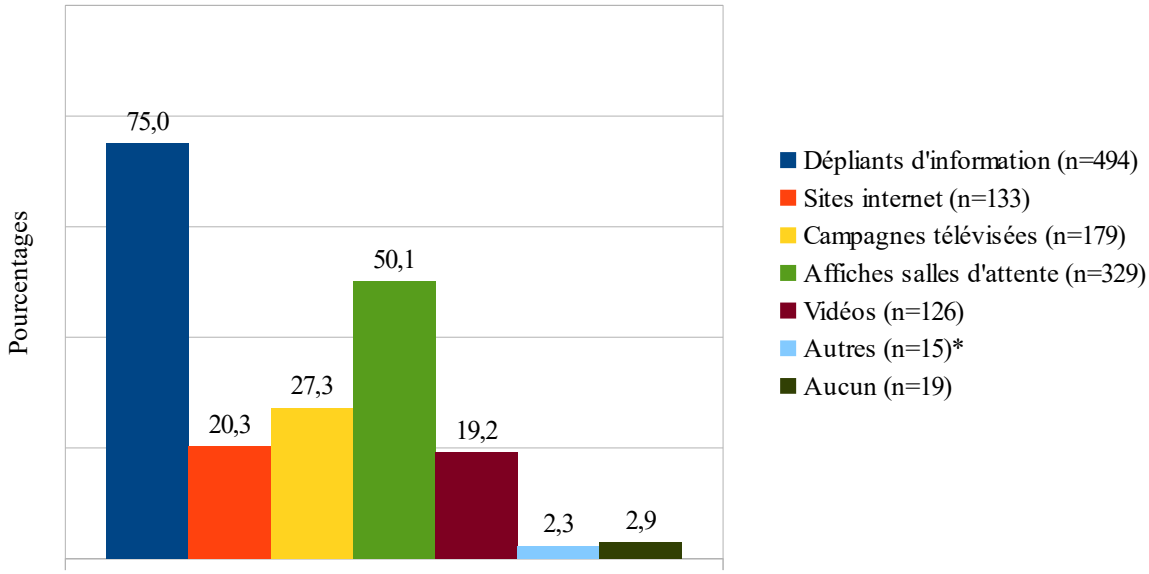


Figure 15 : Besoin de réunions d'information sur le lit partagé (n=656)



6,2% ne savaient pas s'ils avaient besoin de réunions d'information : *10,5% des MG, 10,2% des puéricultrices, 6,3% des péd/DrPMI, 3% pour chacun des SF et des aux+AS.*
36 données manquantes.

Figure 16 : Supports envisagés par les professionnels pour l'information (n=656), QCM



* Les autres propositions envisagées par les professionnels :

- faire de l'information en cours de préparation à la naissance et à l'accouchement (n=3),
- faire des entretiens patients/professionnels (n=1),
- former les professionnels (n=9),
- élaborer des fiches de prévention dans le CDS et traduire les conseils en plusieurs langues (n=2),
- 67 données manquantes.

CHAPITRE IV - DISCUSSION

Le grand nombre de réponses au questionnaire montre l'intérêt suscité par la question du sommeil partagé. Le RSN qui l'a diffusé dispose dans son listing d'un plus grand nombre de sages-femmes mais de peu de médecins généralistes. Malgré une relance auprès des professionnels, les taux de représentativité vont cependant de 1,1% pour les médecins généralistes à 26,4% pour les sages-femmes (*Annexe XVII*).

Les différents professionnels de la périnatalité n'ont pas la même place pour délivrer l'information sur le couchage. Les sages-femmes et les puéricultrices sont plutôt en première ligne. Les sorties précoces amènent les médecins pédiatres et généralistes à voir les nouveau-nés de plus en plus tôt. La HAS préconise une visite de tous les nouveau-nés entre le 6ème et le 10ème jour de vie [49]. Ceci peut expliquer les réponses assez différentes entre eux.

L'étude montre que seulement 23,8% des professionnels se servent du livret bleu du RSN. Il est surprenant de constater que 37,2% d'entre eux ne s'aident d'aucun document pour délivrer les conseils. Il faut espérer qu'ils délivrent à minima une information orale. Elle est indispensable mais risque cependant, en l'absence d'une référence écrite, de varier d'un professionnel à l'autre. Un même praticien peut donner des conseils différents ou en omettre d'une patiente à l'autre. Le recours au carnet de santé est le plus important, avec 39,6% malgré l'absence de messages concernant le sommeil partagé. Ce dernier chiffre est étonnant puisque tous les nouveau-nés, sans exception, en reçoivent un à la naissance. Ainsi, les professionnels de la périnatalité n'utilisent pas suffisamment les supports disponibles en PDL pour informer sur le couchage des nouveau-nés.

En parallèle, trop peu de personnes se réfèrent au livret bleu proposé par le RSN. On note même que 52,4% ne le connaissent pas, essentiellement les médecins généralistes et les sages-femmes. Ce constat peut paraître décevant étant donné qu'il s'agit du seul document qui présente les contre-indications au partage du lit.

De plus, il n'est pas diffusé auprès des professions libérales dans près de 40%. Pourtant, ce livret est proposé à tous, y compris les professions libérales. Sur simple demande, le RSN l'expédie par voie postale, sans frais pour le professionnel. Peut-être que l'intitulé « Document de sortie de néonatologie et de maternité » n'incitent pas les professionnels libéraux à s'y référer. Par ailleurs, la brochure de l'association « Naître et Vivre » qui est la moins employée avec 5,3%, est pourtant catégorique et claire sur le message à délivrer : « *je dors dans mon lit de bébé, je dors seul dans mon lit, jamais dans le lit de mes parents, je dors dans la même pièce que mes parents pendant mes 6 premiers mois.* » (*Annexe XI*).

En revanche, ceux qui utilisent ces documents d'information les remettent aux parents dans plus de 80% des cas, ce qui est rassurant. Peut-être qu'une meilleure diffusion de ces documents auprès des professionnels améliorerait leur utilisation et l'accès aux parents. Même si l'explication du contenu ne leur est pas délivrée, la lecture du document par les parents pourrait susciter quelques interrogations auprès de la maternité et des professions libérales. Ces dernières ont un rôle prépondérant dans l'information et l'évaluation de la pratique du partage de la chambre et du lit partagé, notamment lorsque les sages-femmes se rendent au domicile familial. Elles peuvent prendre en compte le contexte socio-économique, réévaluer et réajuster si besoin les comportements parentaux tout au long des premiers mois. Elles offrent une opportunité supplémentaire d'aborder les conseils de couchage avec les parents à différents moments de la grossesse (consultations, cours de préparation à la naissance et à l'accouchement) et du post

partum (maternité, sorties précoces, Programme d'Accompagnement pour le retour À DOmicile (PRADO)). Les suites de couches ne sont pas toujours le moment opportun pour recevoir l'ensemble des messages. Les questions des jeunes parents peuvent surgir plus tardivement. Les professions libérales doivent être équipées des outils nécessaires pour participer pleinement à la prévention. Cette étude n'a pas analysé le meilleur moment pour donner l'information. Il est donc indispensable que ces professions libérales s'assurent que l'ensemble des conseils de sortie, comprenant le sommeil partagé, soit délivré pour les compléter si besoin.

Toutefois, l'étude relève que 75% des professionnels souhaitent la mise en place de dépliants d'information et 50,1% des affiches en salle d'attente. Ces observations montrent que les documents déjà existants ne sont pas suffisamment connus, diffusés, clairs ou précis. En effet, ce mémoire a pu mettre en évidence un manque de connaissances sur le sommeil partagé. Ils sont 84,8% à connaître le partage du lit mais 62,1% jugent insuffisantes leurs connaissances le concernant, notamment les médecins généralistes (71,1%) et les sages-femmes (64,7%). 42% disent que les informations des sociétés savantes pédiatriques sont non explicites, surtout pour les sages-femmes et les puéricultrices. 42,1% des médecins généralistes ne savent pas dire si les données disponibles sont claires et 12,3% si leurs connaissances sur le lit partagé sont suffisantes.

En outre, 80% des praticiens répondent qu'il est de leur initiative d'aborder le partage du lit et 95,7% admettent l'idée que le partage du lit puisse avoir lieu pour apaiser ou allaiter l'enfant. Ceux qui présentent le partage du lit le font essentiellement pour prévenir du risque de MIN (52,2%) et favoriser l'AM (29,4%), deux objectifs de santé publique. Il existe donc une discordance entre ce qui est déclaré par les professionnels et ce qui est réalisé.

Seulement 27,1% des professionnels en parlent systématiquement, en particulier 26,2% des sages-femmes, 33,6% des puéricultrices et 25,4% des pédiatres. 26,1% le mentionnent uniquement si les parents posent la question. Les parents peuvent oublier les moments partagés dans leurs lits avec le bébé, ce dernier passant la majeure partie de son temps dans son berceau. Par peur d'être jugés, la plupart des parents n'osent pas en parler. D'après une étude réalisée à Montpellier, 30% n'en parlent à personne, 50% avec le père et seulement 20% aux professionnels [50].

Seulement 48,9% des praticiens dialoguent entre eux sur le partage du lit au sein de leur établissement de santé. Le sujet est-il tabou pour ces professionnels ? Si chacun attend de l'autre qu'il lance le sujet, il se peut que le thème soit passé sous silence. Ce sont aux praticiens de donner l'information et de guider la discussion. Seulement 6,5% des professionnels le signalent si la mère allaite. Mais les praticiens divergent pour autoriser le partage du lit uniquement en cas d'AM : d'accord pour 45,5% et pas d'accord pour 49,1%.

Les femmes allaitantes sont plus susceptibles de le pratiquer. L'échange avec ces patientes doit donc être privilégié pour présenter les recommandations de « bonne pratique » de la COFAM ou de l'UNICEF [5,9]. Helen Ball insiste en disant que les femmes motivées pour allaiter doivent faire l'objet d'une attention particulière [31]. Le partage du lit n'est proposé que lorsque la mère allaite parce que ce mode d'alimentation peut influencer cette pratique. Mais peut-être doit-il être évoqué dans toutes les circonstances ? Certaines patientes qui exposent leur nouveau-né à des risques de MIN peuvent être incitées à le faire à leur domicile. Bien que peu de praticiens interrogés ne soient confrontés à une situation de MIN liée au partage du lit (6,2%), ce n'est pas pour autant qu'il faut négliger ou nier cette pratique au sein des familles. C'est un choix qui doit être accompagné. Il semble évident d'expliquer aux parents les raisons de coucher l'enfant sur le dos lorsqu'il dort sur le ventre. Pour le partage du lit, l'objectif est le même, prévenir de la MIN.

Lors de l'audit, une patiente a répondu partager le lit avec son bébé lorsqu' elle a été interrogée. Une seule question a suffi pour le découvrir. Dans le contexte des sorties précoces, il

devient difficile de pouvoir délivrer l'ensemble des conseils en maternité. Cependant, 7,4% des réponses indiquent que le manque de temps n'est pas la cause principale des difficultés rencontrées pour parler des conseils de couchage au partage du lit. L'aborder en maternité et en faire un rappel une fois au domicile semblerait un bon compromis.

D'autre part, ce travail met en évidence quelques paradoxes. 75,5% des professionnels autorisent le partage du lit, essentiellement les sages-femmes (82,5%) et les puéricultrices (78,8%). Mais pour autant, 75,2% des puéricultrices le considèrent comme un FDR comme la majorité des professionnels de cette étude (64,6%). Ceci peut sembler incohérent. Peut-être qu'elles considèrent que les parents le pratiqueront qu'il soit autoriser ou non par les professionnels. Seulement 54% des sages-femmes le considèrent comme un FDR de MIN et 27,5% comme un avantage. Sans doute l'une des raisons pour lesquelles elles sont les plus favorables au partage du lit (35,6%). Elles sont sûrement les plus confrontées à cette pratique que ce soit à la maternité ou au domicile. Malgré cela, puéricultrices et sages-femmes jugent leurs connaissances à ce sujet insuffisantes pour respectivement 56,2% et 64,7%. Par ailleurs, l'ambivalence est marquée lorsque 75,5% des praticiens autorisent le partage du lit alors qu'ils y sont défavorables pour 75,6%.

Parmi ceux qui ne l'abordent pas, 14,8% refusent volontairement d'en parler considérant la pratique dangereuse, taux élevé alors que 64,6% des professionnels le perçoivent comme un FDR, notamment de MIN et 42,6% manquent d'information sur le sujet. Ce sont peut-être les raisons pour lesquelles les médecins généralistes paraissent être les moins à l'aise et ne citent pas le partage du lit pour 20,2% d'entre eux.

Par ailleurs, seulement 24,4% des professionnels abordent systématiquement le partage de la chambre et du lit parental : 93,3% acceptent le partage de la chambre et 22,3% le partage du lit. Cependant, 19,3% des médecins généralistes ne sont pas favorables au partage de la chambre. Cela peut expliquer qu'ils le recommandent le moins. Respectivement près de 25% de sages-femmes et de pédiatres ne le conseillent pas. En même temps, 25,6% des praticiens ne considèrent pas le partage de la chambre comme un facteur protecteur contrairement à ce que disent les études scientifiques [4]. Ils précisent de le pratiquer pour une période moyenne de quatre mois, inférieure à celle de six mois recommandée. 24% ne sont pas d'accord avec cette préconisation. Le partage du lit présente, certes des bienfaits reconnus par la littérature et par une minorité de professionnels dans ce travail (16,6% : favoriser l'AM, le lien mère-enfant, améliorer la qualité de sommeil) sans pour autant être classé par les études scientifiques comme un facteur protecteur de la MIN.

L'étude révèle que les messages de prévention ne paraissent pas toujours appropriés. « *Le mieux pour dormir est dans son berceau »* et « *Dans la chambre des parents »* font partie des items les moins abordés, respectivement par 57,5% et 45,6% des professionnels, les plaçant au mieux en 5ème et 9ème positions. Les sages-femmes les mentionnent le moins pour 45,3% et 41,1%. Seulement 30% des médecins généralistes évoquent le partage de la chambre parentale alors qu'il concerne au mieux 60% des puéricultrices.

À noter que tout de même 10% des praticiens n'interdisent pas le couchage ventral ou latéral. On peut espérer que l'intitulé «Jamais sur le ventre et côté» n'est pas approprié, «La possibilité de couchage ventral ou latéral en cas d'avis médical» aurait été préférable puisque moins catégorique. Dans tous les cas, la position dorsale est celle recommandée, les deux autres étant des FDR de la MIN.

12,5% ne sont pas d'accord pour laisser dormir l'enfant dans l'endroit le plus sûr, seul dans son berceau. Ces deux notions précédentes (position dorsale, seul dans son berceau) sont pourtant des bases du couchage des nouveau-nés. 10,7% n'admettent pas de ne jamais placer

l'enfant entre les deux parents, 13% des sages-femmes et 11,4% des médecins généralistes. La position entre les deux parents est formellement déconseillée contrairement à ce que pensent 5% de répondants (dont 18 sages-femmes). La mère reste la personne la plus vigilante à l'égard du nouveau-né pendant le sommeil, en particulier la mère allaitante. C'est pourquoi le bébé doit être installé de son côté.

54,3% des praticiens, en particulier les sages-femmes (50,5%) et les puéricultrices (39,4%) conseillent la pratique occasionnelle du partage du lit. Ces pratiques, plus à risques, nécessitent un apprentissage et la mise en place de « règles de bonne pratique » pour être réalisées dans de bonnes conditions.

8,4% ne s'accordent pas pour interdire le partage d'un canapé ou d'un fauteuil. Dans les contre-indications au partage du lit, 12,6% ne sont pas d'accord pour interdire le partage du lit en cas de fièvre chez le nouveau-né et 21,8% en cas de prématurité/petit poids. De plus, parmi ceux qui autorisent le partage du lit, plus de 80% les exposent tandis que 10% ne les connaissent pas, surtout les sages-femmes et les médecins généralistes**.**

Néanmoins, tous s'accordent pour éviter cette pratique en cas de consommation de toxiques, de fatigue anormale ou de présence d'une maladie chronique chez un des parents. Plus de 95% des professionnels sont d'accord sur les conseils à délivrer pour la prévention de la MIN : la température de la chambre, la position sur le dos strict, l'utilisation de la turbulette adaptée à la saison, l'absence de couverture et le visage dégagé. Comme le révèle Laurence Sicot, ces indications sont acquises [11]. Ce sont d'ailleurs les items les plus abordés sur les conseils de couchage même s'il faut insister sur certaines : visage dégagé, sans tour de lit, lit rigide à barreaux, matelas ferme, seul dans son lit.

Les pédiatres semblent mieux connaître les conditions sécuritaires au partage du lit. Mais 15,9% d'entre eux ne savent pas quoi répondre quant à la place du nouveau-né dans le lit parental. De plus, 6,3% des praticiens restent sans opinion quant à l'autorisation ou non du partage du lit dont 17,5% des médecins généralistes.

Concernant trois questions relatives à l'autorisation du partage du lit, près de 20% des professionnels ne se positionnent ni sur le meilleur emplacement de l'enfant pour dormir, ni du coté de quel parent et ni sur sa fréquence. 37,2% des professionnels conseillent de faire dormir l'enfant seul avec sa mère et 30% avec ses deux parents. Il paraît difficile de conseiller aux couples de dormir séparément. Si les règles de sécurité du partage du lit sont connues, dormir avec ses deux parents peut être envisageable, mais jamais entre les deux. L'américain Willinger relate que la neutralité des professionnels peut paradoxalement engendrer une augmentation de la pratique du partage du lit [51]. En effet, le professionnel non convaincu risque une approche non persuasive. De ce fait, les parents pourraient rester dubitatifs et faire ce qui leur semble le mieux, pas forcément ce qui l'est aux yeux des professionnels. C'est au praticien de guider les parents vers de bonnes pratiques.

Parallèlement au manque de connaissances, 51,8% des professionnels rencontrent des difficultés liées à l'information sur le couchage, les médecins généralistes étant les plus concernés (65,8%). La principale est de faire face aux a priori parentaux (67,9%). L'origine ethnique des parents est un facteur essentiel à prendre en compte. Face à la diversité des pratiques, toutes les familles ne rencontrent pas les mêmes problèmes. En conséquence, il faut adapter les conseils de manière spécifique comme le font 85% des professionnels de cette étude. Quelles que soient les croyances, pour faire passer les bons messages, il convient de délivrer ceux prouvés par la littérature, mais encore faut-il les connaître.

Si les risques liés au partage du lit et les bienfaits du partage de la chambre sont exposés, ou encore, si le side bed est proposé en tant qu'intermédiaire, certains parents ne pratiqueront pas le partage du lit. Laurent Claire souligne que l'interdire n'empêchera pas les mères de se

rendormir tout en allaitant [22]. Si les parents entendent qu'il ne faut pas allaiter au lit ni dormir avec son enfant dans le même lit, il faut craindre qu'ils s'endorment dans un canapé ou une chaise. Ces méthodes plus risquées sont en augmentation d'après la littérature. Il serait donc plus judicieux de discuter du partage du lit avec les familles plutôt que des restrictions, qui ne sont pas toujours applicables au quotidien.

75,7% des professionnels déclarent avoir besoin de réunions d'information ; leur manque d'information étant la principale raison évoquée pour ne pas aborder le partage du lit (42,6%). Ceci révèle un réel obstacle à la prévention qu'il conviendra de résoudre.

Selon la thèse de Worré Sébastien, les médecins généralistes sont demandeurs d'apprentissages sur la périnatalité, notamment sur le couchage [52]. C'est une chose en partie accomplie en PDL avec la mise en place en 2014 de la formation pluri-professionnelle : *Suivi du nouveau-né le premier mois de vie,* ouverte aux médecins généralistes. Les notions de la MIN et du sommeil partagé sont absentes mais paraissent essentielles à traiter. Les médecins généralistes sont ceux qui ont le plus d'incertitude et qui d'ailleurs parlent le moins du partage du lit. Ce défaut d'information peut remetttre en cause leur pouvoir de décision quant à l'autorisation ou non de partager le lit avec son nouveau-né.

La thèse d'un médecin généraliste tout comme l'étude NEOCORD ont montré la forte influence de la maternité sur les comportements parentaux, notamment sur le couchage dorsal : 90,5% des femmes couchent leur bébé sur le dos de la même façon qu'à la maternité où l'exemple devrait être donné [13,53].

Environ 60% des professionnels disent pratiquer le partage du lit dans leurs établissements de santé, sans protocole dans 40% des cas, avec protocole dans seulement 24,2%, à l'initiative de la mère : approuvé par l'équipe dans 40% des cas, désapprouvé dans 22,7% et sans commentaire dans 18,2%. L'absence de protocole sur le partage du lit peut en partie expliquer les différentes manières de le pratiquer et les difficultés à faire face aux messages contradictoires des professionnels. En maternité, de par les multiples intervenants, la difficulté est de savoir si les messages ont été transmis et lesquels. Peu de moyens existent pour le vérifier car les conseils délivrés lors du séjour en maternité ne sont pas notés dans les dossiers. Le pédiatre laisse le plus souvent une trace écrite dans le carnet de santé lors de l'examen de sortie sans pour autant détailler les conseils donnés.

Pour promouvoir l'AM, les maternités proposent des aménagements non conformes aux conditions de sécurité mais qui répondent aux besoins de proximité : par exemple en plaquant le lit contre le mur pour éviter la chute du bébé. Il revient à la sage-femme de proposer le partage du lit en cas d'AM même en l'absence de références écrites. Il n'est pas conseillé aux femmes non allaitantes pour des raisons de moindre vigilance pendant le sommeil et par crainte qu'elles le reproduisent au domicile. Il convient aussi d'informer les femmes de l'arrêt du partage du lit conjointement à l'AM pour ne pas le poursuivre en dehors des tétées. Cela n'empêche pas d'informer toutes les femmes pendant la grossesse ou en post partum.

L'UNICEF propose comme alternative plus sécuritaire le side bed. Cette méthode est connue par 85,4% des praticiens et acceptée par 74,5%. Il n'a pas été analysé pour prouver son effet protecteur de la MIN mais semble être plus sécurisant qu'un partage du lit. Pourtant seulement 7,6% des professionnels travaillant en établissement de santé disent en être équipés. Lorsque nous avons interrogé les 23 maternités du RSN, 14 ont répondu et seules 5 en possèdent. 61,8% des professionnels sont d'accord pour envisager un financement pour ces types de lit. Cet investissement pourrait permettre d'éviter le partage du lit en maternité mais aussi de faciliter l'autonomie des femmes césarisées ou à mobilité réduite dans la relation avec leurs enfants.

LES LIMITES INTERNES DE L'ETUDE

Il existe un biais de sélection : l'étude concerne des professionnels de la périnatalité, supposés plus sensibles aux conseils de couchage des nouveau-nés. Selon le mémoire de Laurence Sicot, les professionnels qui semblent être les plus concernés par les messages de prévention selon les sages-femmes sont les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes [11]. Cependant, dans notre travail, le taux de réponses est plus marqué pour les puéricultrices. Celles-ci ne travaillent pas en cabinet libéral mais en établissement de santé ou en PMI. Près d'une moitié des répondants exerce en cabinet libéral ou en PMI, l'autre en établissement de santé, ce qui témoigne d'une bonne implication de ces modes d'exercice. La part des professions libérales peut en partie s'expliquer par le développement du PRADO impliquant surtout les sages-femmes. La mise en place des sorties précoces impacte plus largement les professions libérales et la PMI (sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, pédiatres).

Par ailleurs, les déclarations des professionnels peuvent être influencées par les différents messages véhiculés par les maternités. Certaines sont très sensibles à la prévention de la MIN ou très soucieuses de promouvoir l'allaitement maternel (notamment les établissements ayant le label IHAB). Ce biais a pu être limité par l'anonymat du questionnaire.

Les deux premières questions sur les conseils généraux sous entendant le lien entre le partage du lit et la MIN ont pu modifier les réponses ultérieures. Il s'agit d'un biais de confusion. Pour la première question sur le classement du partage du lit, 64,6% le considèrent comme un FDR. En fin de questionnaire, sur le tableau récapitulatif qui reprend les mêmes questions sous forme plus synthétique, le taux de réponses s'élève à 73,3%. De plus, l'item « occasionnel » est un critère subjectif, sujet à l'interprétation du lecteur. Son imprécision a pu changer les réponses des praticiens.

Le dernier est le biais de classement. Il peut exister des écarts entre ce qui est déclaré et ce qui est réellement appliqué, reflétant un biais de déclaration. La simplification de certains items, passant de quatre à deux, « d'accord » et « pas d'accord » a été nécessaire. Enfin, l'anonymat et le format électronique ne nous ont pas permis de savoir si une même personne a répondu plusieurs fois au questionnaire.

LES PERSPECTIVES

Il s'agit d'une première étude s'intéressant à évaluer les connaissances des professionnels sur le sommeil partagé en PDL. Elle reste donc très généraliste et pourrait être complétée utilement par d'autres études plus spécifiques. Ce travail n'a pas permis de comparer les professions libérales et/ou les professionnels travaillant en PMI avec les praticiens hospitaliers. En effet, la PMI représentait seulement 13,9%, le libéral 35,5% et les établissements de santé 50,5%. Il serait envisageable de les comparer afin de mieux cibler les besoins d'information de ces professionnels. Un questionnaire anonyme auprès des familles à la maternité donnerait une approche des pratiques parentales quant au sommeil partagé. L'avis des professions libérales et de la PMI sur les pratiques au domicile serait enrichissant et pourrait faire l'objet de discussion sur leur retour d'expérience lors de formation par exemple. Ceci motiverait éventuellement l'élaboration de protocoles de service et de documents mis à jour sur ces pratiques.

A ce jour, nous ne manquons pas de sources sur les conseils de couchage dans les PDL. Mais la notion du sommeil partagé manque de précisions dans certains documents voire y est absente, comme dans le carnet de santé, qui est pourtant le plus utilisé. Peut-être que les messages destinés aux professionnels et aux parents, du moins ceux propres au sommeil partagé, pourraient être revisités avant de relancer leur diffusion. Peut être qu'à minima, la phrase suivante devrait être retrouvée : le meilleur endroit pour dormir pour un nourrisson est son berceau dans la chambre parentale pendant les six premiers mois de vie.

Plutôt que de désigner des professionnels pour délivrer l'information, il serait judicieux de mettre en place une feuille spécifique voire un carnet mis à disposition des hôpitaux et des libéraux. On y trouverait les items, préalablement sélectionnés en équipe et il suffirait de cocher ceux abordés.

Le manque de diffusion du livret bleu du RSN exprimé par les professions libérales incite un besoin de sensibiliser un maximum de praticiens à chaque nouvel ouvrage. Il faudrait rappeler l'existence du site du RSN où l'ensemble des brochures disponibles sont consultables, et peuvent être commandées au besoin. Les recommandations de la COFAM sont en ligne à travers un document présenté lors de la 9ème journée régionale *Allaitement Maternel et Addictions* du 12 Mai 2016 à laquelle j'ai pu assister. Cette formation a traité pour la première fois du sommeil partagé et des addictions et a sensibilisé de multiples professions de la périnatalité. C'est une avancée enrichissante pour introduire le sommeil partagé dans les conseils de la MIN. Cela a permis de débattre sur le sommeil partagé et de faire découvrir les recommandations de la COFAM, qui nécessitent d'être renouvelées. Les premières recommandations françaises sont issues de la COFAM et datent de juin 2015. Ce travail dénote une fragilité quant à leurs connaissances. Nous vous proposons en annexe un exemple à suivre sur les conseils à délivrer en cas de partage du lit (*Annexe XVIII*). L'utilisation de la couverture en cas de ce partage du lit a suscité l'intérêt de certains. L'UNICEF propose de coincer la couette entre les jambes de la mère pour ne pas dépasser la taille et recouvrir la tête de l'enfant. Une intervenante, de par son expérience professionnelle a déclaré: « *la couette a le plus souvent du mal à disparaître du lit »* et a proposé une de ses méthodes : l'utilisation du sac de couchage en précisant qu'il « *ne recouvre pas l'enfant et la mère peut rester au chaud. ».* Ces journées de formation seraient à renouveler pour éclaircir certains points et mettre régulièrement à jour les connaissances sur ce thème en perpétuelle évolution. Le partage du lit n'est pas un sujet clos, il reste encore trop d'incertitudes.

Pour pallier aux messages contradictoires des professionnels et faire en sorte que tous les parents aient la même information, le CHU de Nantes a mis en place des entretiens par binômes SF/puéricultrices. Ce modèle de la Polyclinique de l'Atlantique regroupe des femmes et/ou couples pour délivrer les conseils de sortie. Ces réunions suscitent davantage d'échanges et garantissent une réponse à des questions auxquels certains parents n'auraient pas pensé. D'après la littérature, le partage du lit est en augmentation, tendance intéressante à étudier en PDL voire en France. La dernière étude française qui a étudié la prévalence du sommeil partagé en France, et qui semble être la seule à ce jour, a été présentée en 2004 lors du Congrès National de la SFP à Lille [19].

Ne disposant pas du matériel adéquat en maternité, les professionnels utilisent les coussins d'AM, les oreillers et les couvertures alors qu'il serait préférable d'inciter les parents à apporter leurs propres turbulettes. L'équipement des maternités en side bed éviterait des aménagements non dénués de risque. Les maternités seraient moins susceptibles de devenir la source de mauvaises informations.

CONCLUSION

Après la question de savoir s'il faut faire dormir bébé dans la chambre parentale, d'autres questions ont émergé auprès de la communauté périnatale : « Peut-on autoriser le bébé à dormir dans le lit parental ? Existe-t-il une autorisation plus spécifique en cas d'AM ? Est-il mieux de parler des risques et des « règles de bonne pratique » liés à ce partage plutôt que d'éviter la question avec les parents ? L'interdire empêche-t-il les parents de le pratiquer dans l'intimité du domicile ? »

Le risque zéro n'existe pas quelles que soient les modalités du sommeil infantile. Même si la responsabilité du partage du lit dans les cas de MIN n'a pas encore été suffisamment démontrée, celui-ci ne serait à ce jour, ni à recommander ni à interdire. Cela peut laisser plus d'un professionnel perplexe. La politique de « *réduction des méfaits »* des canadiens semble pertinente. Elle consiste à diminuer l'exposition aux facteurs de risque sans s'attendre à ce que le partage du lit disparaisse de la pratique parentale.

Les professionnels de la périnatalité ont une place primordiale dans le projet parental. Ils soutiennent l'allaitement, favorisent la proximité et les besoins physiologiques du nouveau-né avec un maximum de sécurité. D'après ce travail, le partage de la chambre et du lit parental paraissent moins connus. Il devient indispensable d'informer et de diffuser à tous ces professionnels de la petite enfance les grands principes de prévention concernant le couchage. Les sociétés savantes pourraient participer à cet objectif de santé publique. Le message clé à retenir pourrait être le suivant : l'endroit le plus approprié pour coucher un enfant est un berceau proche du lit des parents pendant les six premiers mois de vie. Cela semble la meilleure option en attendant de mieux comprendre les liens entre le partage du lit et la MIN.

La brièveté des séjours en maternité nécessite l'implication des professions libérales pour répartir équitablement et efficacement la prévention. Toutes les femmes devraient, en maternité ou à domicile avoir reçu l'information sur les « règles de bonne pratique » en cas de partage du lit parental. Ceci fait partie intégrante du rôle de la sage-femme hospitalière comme libérale puisque c'est souvent elle qui informe les parents pendant la grossesse ou après la naissance. Dans l'idéal, elles doivent personnaliser leurs conseils pour un choix éclairé du couple. Dans l'avenir, elles pourront peut-être proposer des lits side bed dans toutes les maternités car ils apportent les avantages du partage du lit sans être sur la même surface de sommeil. Des études scientifiques devraient pouvoir apporter la preuve qu'ils ne sont pas impliqués dans la MIN. Le développement de réunions d'information sur le sommeil partagé est nécessaire. Les sages-femmes devront y participer pour une prévention efficace.

Tout au long du cursus de sage-femme, aucun cours n'aborde les notions du partage de la chambre et du lit. Ce mémoire m'a permis de les découvrir. Nous espérons que l'enseignement autour du sommeil partagé soit intégré aux cours sur la MIN.

Ce travail, malgré sa complexité a permis de prendre conscience de la nécessité d'en parler. Il a été mis en évidence des pratiques différentes et une ambivalence intra et inter-professionnelles. L'intérêt poursuivi est de motiver les professionnels à se réunir pour aboutir à un consensus indispensable à l'élaboration des protocoles communs, validés par les sociétés savantes. Des études d'une puissance suffisante pourraient déterminer les « bons conseils à donner » aux parents. L'objectif premier est de favoriser une relation mère-père-enfant optimale en prenant le moins de risque possible pour la santé du nouveau-né.

BIBLIOGRAPHIE

[1] OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : Allaitement maternel. In site de l'OMS. [En ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/, consulté le 16 Janvier 2016.

[2] Agence de la santé publique du Canada. Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada. In site de l'Agence de la santé publique du Canada. [En ligne]. Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/jsss-ecss-fra.php, consulté le 22 Février 2016.

[3] The Lullaby Trust : Evidence Base. Last updated : June 2016. In site de Lullaby Trust. [En ligne]. Format PDF disponible sur: http://www.lullabytrust.org.uk/file/Evidence-Base-2016.pdf, consulté le 13 Juillet 2016.

[4] AAP. SIDS and other sleep-related infant deaths : recommandations for a safe infant sleeping environment. Task force on sudden infant death syndrom. Updated 2016. [En ligne]. Format PDF disponible sur : http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/20/peds.2016-2938.full.pdf , consulté le 14 Décembre 2016.

[5] COFAM. Sommeil partagé et allaitement : recommandations de bonnes pratiques de la COFAM. In site de la COFAM. Juin 2015. [En ligne]. Format PDF disponible sur : http://coordination-allaitement.org/images/publications/sommeilpartag%C3%A9.pdf , consulté le 20 Mai 2016.

[6] Wendy T. Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques pour l'Agence de la santé publique du Canada. In site de l'Agence de la santé publique du Canada. 15 Mai 2009. [En ligne]. Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pbs-ppl-fra.php, consulté le 22 Février 2016.

[7] Academy of Breastfeeding Medicine. Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine : protocole clinique numéro 6. Recommandations sur le sommeil partagé et l'allaitement. Révision Mars 2008, volume 3, number 1, 38-43. Format PDF disponible sur : http://www.accompagnement-parental.fr/home/wp-content/uploads/2014/12/protocolABM-6-sommeil-partag%C3%A9.pdf, consulté le 15 Février 2016.

[8] Denoual N. Le sommeil partagé : état des lieux des pratiques à la maternité et à domicile. *Revue Vocation Sage Femme*. Septembre 2012, Volume 11, numéro 98, p.28-33.

[9] UNICEF UK. Caring for your baby at night : a guide for parents. Format PDF disponible sur : https://353ld710iigr2n4po7k4kgvv-wpengine.netdna-ssl.com/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2011/11/Caring-for-your-baby-at-

night_online_2016.pdf, consulté le 30 Octobre 2016.

[10] Huang Y, Hauck FR, Signore C, Yu A, Raju TNK, Huang TT-K, et al. Influence of Bedsharing Activity on Breastfeeding Duration Among US Mothers. *JAMA Pediatr.* 1 nov 2013;167(11):1038-44.

[11] Sicot L. Enquête de pratique auprès des sages-femmes de Nantes et son agglomération sur la prévention et l'information délivrée concernant la Mort Inattendue du Nourrisson. [Mémoire pour le diplôme d'état de Maïeutique]. Nantes : Université de Nantes ; 2015.

[12] Willinger M, Ko C-W, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in Infant Bed Sharing in the United States, 1993-2000 : The National Infant Sleep Position Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 janv 2003;157(1):43-9.

[13] Barrière F, Boscher C,Gras Le Guen C, Rozé JC. Modalités de couchage des nourrissons d'un mois nés dans les maternités universitaires du Grand Ouest. In site du CHU de Nantes. [En ligne].
Disponible sur : http://www.chu-nantes.fr/modalites-de-couchage-des-nourrissons-d-un-mois-nes-dans-les-maternites-universitaires-du-grand-ouest-62309.kjsp, consulté 12 Février 2016.

[14] INVS, Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D et le comité de pilotage. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009. Maladies chroniques et traumatisantes. In site de l'InVS. 2011 Mars ;1-57. [En ligne].
Format PDF disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf, consulté le 12 Février 2016.

[15] Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ*. 1999 Dec;319(7223):1457-12 .

[16] McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother–infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome : What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol*. 1 janv 2007;134(S45):133-61.

[17] Conférence de J. MacKenna. Des bébés de l'âge de pierre à l'époque de la conquête spatiale. *Dossier Allaitement Hors série, JIA 2005*. In site de la Leache League. [En ligne].
Disponible sur : http://www.lllfrance.org/1453-da-hs-jia-2005-des-bebes-de-l-age-de-pierre-a-l-epoque-de-la-conquete-spatiale, consulté le 2 Décembre 2015.

[18] Infant Sleep Information Source : Information for Healthcare Professionals : Room Alone . In site ISIS . [En ligne].
Disponible sur : https://www.isisonline.org.uk/hcp/where_babies_sleep/room_alone/, consulté le 15 Février 2016.

[19] Streicher MP, Undreiner F, Escande B, Langlet C, Messer J. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. [Etude présentée au Congrès National de la Société Française de Pédiatrie, Lille, 2-5 juin 2004]; article publié dans les *Dossiers de l'Allaitement numéro 65*. In site de la leache League. Octobre-Novembre-Décembre 2005. [En ligne].
Disponible sur : http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1464-da-65-sommeil-partage-en-france, consulté le 2 Décmbre 2015.

[20] Hauck FR, Signore C, Fein SB, Raju TNK. Infant Sleeping Arrangements and Practices During the First Year of Life. *Pediatrics.* 1 oct 2008;122(Supplement 2):S113-20.

[21] McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr.* juin 2004;25(3):141-9.

[22] Laurent C. Influence de la proximite mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? Rev.Med.Perinat, 2011 ; 3:25-33.

[23] Sally A, Baddock, Barbara C. Galland, David P.G, Bolton, Sheila M, Williams, Barry J.Taylor. Differences in Infant and Parent Behaviors During Routine Bed Sharing Compared With Cot Sleeping in the Home Setting. *Pediatrics*. 2006;117(5):1599-607.

[24] ANAES. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. In site de la HAS. Mai 2002. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf , consulté le 3 Janvier 2016.

[25] Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet*. 2004;363(9404):185–191.

[26] Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 2009;339:b3666.

[27] Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, et al; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009;123(3)-e406.

[28] Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome : a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103–110.

[29] Victoria J. Le sommeil des nouveau-nés : Informations des mères à la sortie de la maternité. [Mémoire pour le diplôme d'état de maïeutique]. Metz : Université Henri Poincaré de Nancy; 2011.

[30] Sleeping with baby : an internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a western industrialized context. *Infant and Child Development*. 2007;16:359–385.

[31] Ball HL, Howel D, Bryant A, Best E, Russell C, Ward-Platt M. Bed-sharing by breastfeeding mothers : who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr.* 1 juin 2016;105(6):628-34.

[32] Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant Arousals During Mother-Infant Bed Sharing : Implications for Infant Sleep and Sudden Infant Death Syndrome Research. *Pediatrics*. 1997; 100 ;841.

[33] Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res*. 1 déc 2002;11(4):297-303.

[34] Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 91:1005-10.

[35] Ruys JH, Jonge GA de, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life : A risk factor for sudden infant death. *Acta Pædiatrica.* 1 nov 2007;96(10):1399-403.

[36] Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J Pediatr.* 2005;147(1):32–37.

[37] Fleming PJ, Pease A, Blair PS. Bed-sharing and unexpected infant deaths : what is the relationship? *Paediatr Respir Rev.* 2015 Jan;16(1):62-7.

[38] Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances : Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. *PLOS ONE*. 19 sept 2014;9(9):e107799.

[39] Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. Pediatrics. 2003;112(4):883–889.

[40] Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major Changes in the epidemiology of Sudden Infant Death Syndrom : a 20-year population based study of all unexpeceted deaths in infancy. *Lancet*. 2006 Jan 28;367(9507):314-9.

[41] Nelson E.A.S, Taylor B.J. International Child Care Practices Study : infant sleeping environment. *Early Hum Dev.* 2001 Apr;62(1):43-55.

[42] Fleming P, Blair P. New knowledge, new insights, and new recommendations. *Arch Dis Child*. Oct 2006;91(10):799-801.

[43] Möllborg P, Wennergren G, Almqvist P, Alm B. Bed sharing is more common in sudden infant death syndrome than in explained sudden unexpected deaths in infancy. *Acta Paediatr.* 2015 Aug;104(8):777-83.

[44] Horsley T, Clifford T, Barrowman N, Bennett S, Yazdi F, Sampson M, et al. Benefits and Harms Associated With the Practice of Bed Sharing: A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 avr 2007;161(3):237-45.

[45] Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke : is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case–control studies. *BMJ Open*. 1 mai 2013;3(5):e002299.

[46] Vennemann MM, Hense H-W, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, et al. Bed Sharing and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome : Can We Resolve the Debate? *J Pediatr.* 1 janv 2012;160(1):44-48.e2.

[47] Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY. Sleep environment risks for younger and older infants. *Pediatrics*. 2014 Aug;134(2):e406-12.

[48] AAP. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1030-9.

[49] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés : Recommandation de bonnes pratiques, Argumentaire. In site de la HAS. 2014. [En ligne]. Disponible sur : www.has-sante.fr, consulté le 15 Décembre 2015.

[50] Ratié K, Dormont A.S, Boulahtouf H, Lamothe C, Dr Ledésert B. Dormir avec son enfant. [Présentation des résultats d'un mémoire de fin d'études de sage-femme à Montpellier]. 2006. Format PDF disponible sur : http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R75/A3065/RATIEDORMONT_LeCosleeping.pdf, consulté le 10 Février 2016.

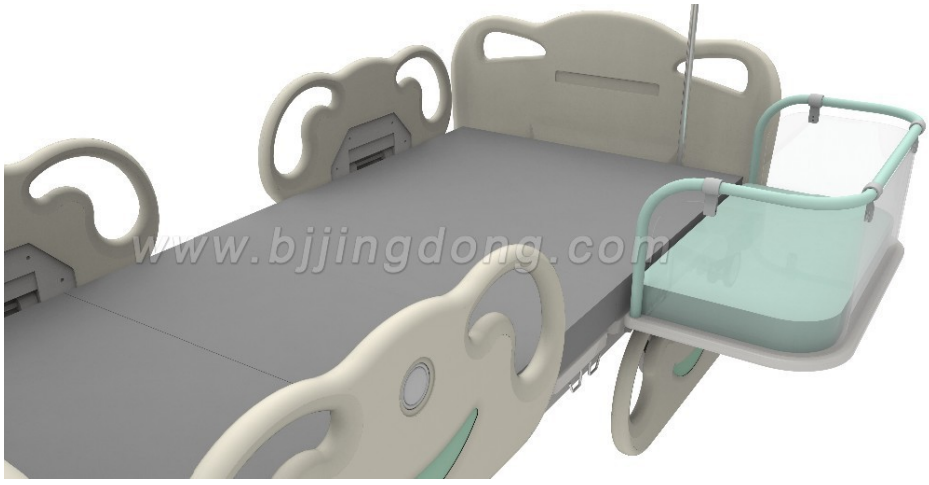
[51] Colson ER, Willinger M, Rybin D, Heeren T, Smith LA, Lister G, et al. Trends and Factors Associated With Infant Bed Sharing, 1993-2010 : The National Infant Sleep Position Study. JAMA Pediatr. 1 nov 2013;167(11):1032-7.

[52] Worré S. Évaluation des besoins exprimés par les médecins généralistes en termes de documents d'information-patients, dans le cadre du projet « Tools&Docs » [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris : Universite Paris Diderot – Paris 7 Faculté de Médecine ; 2014.

[53] Roth JC. Conditions de couchage des nourrissons dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson au CHU de Poitiers : étude de 2010 comparée à celles de 1999 et 2004 [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2012.

ANNEXE

Annexe I : Iconographies du side bed à domicile et en maternité



Annexe II : Image du partage du lit

Annexe III : Partager un lit avec votre bébé. Un guide pour les mères qui allaitent (UNICEF UK Baby Friendly Initiative avec la Foundation for the Study of Infant Deaths, Pages 2 à 3), juin 2005

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent

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

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

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

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

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

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

Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Votre position pour dormir

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

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

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le côté pour téter. Quand il ne tète plus, vous devez le poser sur le dos pour dormir, jamais sur le ventre ou le côté.

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

Annexe IV : Image des positions maternelle et néonatale pour le partage du lit

Annexe V : Grille de recueil de l'audit clinique.

AUDIT de pratiques sur les conseils de sortie concernant le couchage.

1 - Résumé grossesse et accouchement

- Caractéristiques maternelles

Age : …..... Gestité/Parité : …..... Groupe sanguin : ….....

IMC: ….....

ATCD particuliers importants: ….....

Grossesse suivie par (plusieurs réponses possibles) : SF Médecin traitant Gynécologue Gynéco-obstétricien

Cours de préparation à la parentalité : oui non

- Avez-vous d'autres enfants ?

Combien ? …..... Âge : ….....

Est-il/Sont-ils en bonne santé ?….....

- Niveau d'étude
- Niveau socio-économique et catégorie socio-professionnelle (étudiant, sans profession, employé, profession libérale, autres)
  - De la mère :
  - Du père :
- Situation familiale

Célibataire En Concubinage Mariée Pacsée Divorcée Séparée

- Nationalité : … Si nationalité étrangère, en France depuis ……..
- Lieu d'habitation : …
- Type de logement :...
- Caractéristiques obstétricales :

Terme de naissance : …....

Grossesse désirée oui non

Pathologie pendant grossesse oui non Si oui, laquelle : .....

Mode d'accouchement VB Césarienne

Extraction instrumentale oui non

Travail spontané déclenchement : motif :

APD oui non

État périnéal intact déchirures (préciser) :

- Caractéristiques du nouveau-né

Poids du bébé : ….....

Sexe : Fille Garçon

Alimentation : AM Biberon

Apgar : …..... pH : artériel : ..... / veineux : .....

Transfert dans un autre service (Motif) : oui non Si oui, lequel ?

2 – Professionnel

Homme Femme

Profession : Sage-Femme Pédiatre Internes de pédiatrie Puéricultrice (de SDC ou UK)

- Date d'obtention du diplôme : …...
- Temps d'exercice professionnel au CHU : …...
- Lieu d'exercice avant le CHU : …...

3 – Conseils sur le couchage

- Couchage fait-il parti des conseils de sorties :

  oui non

si oui : brièvement(1 à 2 phrases) plus approfondie (>2 phrases) :

- Le mieux pour dormir est dans son berceau
- Seul dans son lit
- Dans la chambre de ses parents
- Pendant les 6 premiers mois de vie
- Position sur le dos strict
- Sans couverture, visage dégagé
- Turbulette adaptée à la saison
- Lit rigide à barreaux
- Matelas ferme
- Sans tour de lit
- T°C chambre : entre 18 et 20°C

- Partage du lit évoqué oui non

Si oui : par le professionnel ou la famille

- Réaction du professionnel : éviction discussion

Si discussion : plutôt catégorique sur l'interdiction ou au contraire possible

- Pendant la présentation, commence par :

  Les FDR Les avantages

- Si le professionnel présente comme possible :
  - Présentation des conseils de sécurité indispensables (que ce soit occasionnel ou toute la nuit)
  - Nouveau-né sur le dos
  - Pas de couverture pour le nouveau-né
  - Nouveau-né ne doit pas tomber du lit
  - Compagnon averti

- Nouveau-né dort toujours côté maternel, jamais entre les 2

- Présentation de quand ne pas dormir avec votre bébé :

tabac alcool
drogues/médicaments (baisse vigilance)
maladie anormalement fatigué
prématurité petit poids de naissance
fièvre ne jamais dormir sur un canapé/fauteuil

- Présentation d'autres méthodes possibles de sommeil partagé

oui non

- Le professionnel s'assure-t-il d'une bonne compréhension de ses conseils ?

oui non

ESPACE LIBRE DE COMMENTAIRES :

Annexe VI : Document du Centre Hospitalier de Mayenne

LES NUITS AVEC VOTRE BEBE : PROXIMITE ET SECURITE

Votre enfant vient de naître : il est encore en **état de grande dépendance**.

Pour assurer son adaptation à la vie extra-utérine, votre nouveau-né utilise des compétences innées, instinctives et ses capacités d'apprentissage. Il n'imagine pas ce qu'il attend de vous mais recherche une seule chose : une **sensation de sécurité**.

Les pleurs ne signifient pas uniquement qu'il a faim : ils sont un signal de gêne, de douleur, d'attente ou de recherche de **réconfort**.

Le rythme veille-sommeil du nouveau-né :

Le nouveau-né a un rythme propre identique à celui fœtus. Il dort plus le matin et s'agite davantage le soir voire une partie de la nuit.

La **deuxième et troisième nuit** après la naissance peuvent s'avérer particulièrement agitées. C'est pourquoi elles sont appelées « nuits de java ». Elles correspondent au comportement biologique naturel du nouveau-né.

Les nuits avec votre bébé :

Il est recommandé de **partager votre chambre** avec votre bébé pendant, au moins, les **six premiers mois** (protège contre la mort inattendue du nourrisson, facilite les tétées, diminue la sensation de fatigue…).

L'endroit **le plus sûr** pour faire dormir votre enfant reste **son berceau**. Mais, prendre votre bébé dans votre lit pour le calmer, l'apaiser ou l'allaiter plus confortablement peut vous arriver. Le risque, alors, de vous endormir avec lui est important d'où la nécessité de **respecter les conseils suivants** afin d'éviter les accidents.

Votre position pour dormir :

- Couchez-vous sur le **côté**, en « chien de fusil » sans remonter les couvertures au delà de vos hanches.
- Poser votre bébé **sur le dos** ; à côté de vous ; sans le couvrir.
- Si vous allaitez, **repositionnez** votre enfant **sur le dos** à la fin de la tétée.

Conditions pour réduire les risques d'accidents :

- Matelas **ferme** et **plat**.
- Assurez-vous que votre bébé ne puisse pas **tomber** du lit ou se **retrouver coincé** entre le matelas et le mur.
- La **température** de la pièce ne doit pas excéder **16° à 18°C**.
- Votre enfant doit être **vêtu légèrement** (body, pyjama et/ou turbulette).
- Assurez-vous que le drap, la couette, la couverture ou les oreillers **ne recouvrent pas** la tête de votre bébé.
- Votre compagnon doit être **averti** de la **présence** de votre enfant dans le lit (jamais entre vous deux).
- **Ne dormez pas** sur un **canapé** ou un **fauteuil** avec votre bébé.

Particularités liées au mode d'alimentation du bébé :

➔Si vous allaitez :

L'influence des hormones de la grossesse et de l'allaitement modifie votre état de vigilance le jour et votre sommeil la nuit. Vous bougez moins, vous vous endormez rapidement mais vous réveillez aussi vite, souvent même avant votre bébé. En respectant la position décrite ci-dessus, vous pourrez répondre à ses besoins (tétées plus fréquentes, proximité) et aux vôtres (récupération, détente) en toute sécurité.

➔Si vous n'allaitez pas ou n'allaitez plus :

Dans la semaine qui suit l'accouchement, vous bénéficiez encore d'un taux élevé d'hormones modifiant vos états de vigilance (**sauf** si vous prenez des médicaments inhibiteurs de la lactation). Mais, l'effet des hormones s'estompe en huit jours et vous bougerez davantage en sommeil profond. Vous pouvez donc partager le lit avec votre bébé en maternité afin de satisfaire son besoin de proximité. **Toutefois, passée la première semaine**, dès que votre enfant s'apaise ou après son biberon, **recouchez-le dans son berceau**, près de vous.

IL NE FAUT ABSOLUMENT PAS DORMIR AVEC VOTRE BEBE SI :

- **Vous fumez** (quels que soient l'endroit ou le moment) vous et/ou votre conjoint.
- Vous avez **consommé** de **l'alcool**, pris une **drogue** ou un **médicament** susceptible de vous rendre somnolente.
- Une **maladie** affecte votre attention.
- Vous êtes **anormalement fatiguée** au point de ne pas pouvoir répondre aux besoins de votre enfant.
- Votre bébé est né **prématurément**, avec un **faible poids** de naissance ou s'il a de la **fièvre**.

★Ces conduites augmentent les risques de mort inattendue du nourrisson.

Ressources documentaires :

www.babyfriendly.org.uk : « Partager un lit avec votre bébé »

Rev. Med. Périnat : art. du Dr C.Laurent, version août 2010 « Influence de la proximité mère-bébé...sécurité de l'enfant ? »

Commonhealth.wbur.org (Safe Cosleeping Guidelines)

www.perinat-france.org : *naître et grandir en Languedoc-Roussillon (référentiel professionnel de l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon)*

Annexe VII : Questionnaire envoyé aux différents professionnels de la périnatalité du RSN.

Connaissances et pratiques sur le sommeil partagé (partage de la chambre et partage du lit).

Le lit partagé (entre la mère et son Nouveau-né), et particulièrement le lit partagé en cas d'allaitement maternel, est un sujet qui reste controversé. Les professionnels ont des avis parfois « différents ». L'objectif de ce questionnaire vise à savoir quelles sont les recommandations auxquelles les professionnels adhèrent – (l'objectif ultérieur étant de transmettre ces informations à la SFN -Société Française de Néonatalogie- pour avis). Il nous semble essentiel que l'ensemble des professionnels communique aux parents une information cohérente, même si elle peut être spécifique à chaque famille. Merci pour le temps consacré au remplissage de ce questionnaire.

Vous êtes * : *(1 seule réponse possible)* **et travaillez éventuellement : *(plusieurs réponses possibles)*** :

□ Pédiatre : □ En maternité □ En néonatologie □ Uniquement en cabinet □ En PMI

□ Sage-femme : □ En maternité publique □ En maternité privée □ En cabinet libéral □ En PMI

□ Puéricultrice : □ En maternité □ En néonatologie

□ Auxiliaire de puériculture : □ En maternité □ En néonatologie

□ Aide-soignante : □ En maternité □ En néonatologie

□ Médecin PMI

□ Médecin généraliste : **Assurez-vous le suivi de grossesse(s)**? □ Oui □ Non

Si oui, environ combien par semaine ? □ 1 à 5 □ 5 à 10 □ 10 à 15 □ >15

Vous travaillez * : □ En cabinet libéral □ Hôpital public □ Clinique mutualiste □ Clinique privée □ En PMI □ Autre structure: précisez : ……..

Si vous travaillez dans un établissement : Maternité □ type 1 □ type 2 □ type 3

Sexe * : □ Homme □ Femme

Lieu d'exercice : - si vous travaillez en maternité : précisez son nom : ……

- si vous ne travaillez pas en maternité mais dans une autre structure : précisez le nom : ……

Nombre d'années d'exercice * : ……

Conseils généraux :

*** Avez-vous déjà été confronté à une situation de MIN (Mort Inattendue du Nourrisson) liée au partage du lit seul ?**

□ Oui □ Non

*** Avez-vous déjà entendu parler de ce lien entre le lit partagé et la MIN ?** □ Oui □ Non

*** Lors de vos conseils aux parents, quel(s) sont le(s) point(s) que vous abordez? (*Plusieurs réponses possibles)* :**

□ Le mieux pour dormir est dans son berceau

□ Seul dans son lit

□ Dans la chambre de ses parents

□ Position sur le dos strict

□ Sans couverture

□ Visage dégagé

□ Turbulette adaptée à la saison

□ Lit rigide à barreaux, matelas ferme

□ Sans tour de lit

□ T°C chambre : entre 18 et 20°C

□ AUCUN DE CES POINTS

*** Lors de l'information aux parents, quel(s) support(s) utilisez-vous ? (*Plusieurs réponses possibles) :***

□ Livret bleu du Réseau Sécurité Naissance : *Document de sortie de néonatalogie et de maternité*

Remis aux parents □ Oui □ Non

□ Livret réalisé par la maternité

Remis aux parents □ Oui □ Non

□ Brochure de l'Association Naître et Vivre : *Les règles d'or de ma première année*

Remis aux parents □ Oui □ Non

□ Carnet de santé

□ Aucun

*** Connaissez-vous ce livret bleu du réseau sécurité Naissance cité précédemment ?**

□ Oui □ Non

Si non, pourquoi ? ***(1 seule réponse possible)*** □ Non diffusé □ Non intéressé

□ Autre : précisez :……..

*** Rencontrez-vous des difficultés pour informer les parents sur le couchage ?**

□ Oui, parfois □ Oui, souvent □ Oui, toujours □ Non, jamais

Si oui, pour quelles raisons ? *(plusieurs réponses possibles) :*

□ Manque de support □ Manque de temps □ Messages contradictoires

□ Manque de formation □ Répétition de l'information □ Trop d'intervenants

□ Croyances/a priori parentaux □ Autre : précisez : ……

*** Lors des conseils délivrés aux parents, adaptez-vous vos conseils de manière spécifique en raison des besoins et de l'environnement (socio-économique, socio-culturel et matériel) spécifiques à chaque famille (conditions de logement défavorables, précarité sociale …) ?**

□ Oui, complètement □ Oui, partiellement □ Non, pas vraiment □ Non, pas du tout

Le sommeil partagé

*** Le partage de la <u>chambre</u> parents/bébé fait-il partie de vos recommandations?**

□ Oui, toujours □ Oui, parfois □ Non

<u>Si oui</u>, pendant combien de temps ? ……..

*** Connaissez-vous les différentes méthodes du sommeil partagé ?** ***<u>(que vous y adhériez ou non)</u>***

	OUI	NON
Lit partagé avec les parents : Parents et bébé sur le même matelas		
Side bed (berceau attaché au lit parental)		
Berceau dans la chambre des parents, à côté du lit, mais non attaché		

*** Êtes-vous favorables aux différentes situations suivantes ?**

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Lit partagé avec les parents : Parents et bébé sur le même matelas				
Side bed				
Berceau dans la chambre des parents, à côté du lit, mais non attaché				
Berceau dans la chambre d'un frère ou d'une sœur				

Le lit partagé (bébé et parents partageant le même matelas)<u>:</u>

*** Comment classez-vous le lit partagé** ? ***<u>(1 seule réponse possible)</u>***

□ **<u>Un</u>** facteur de risque, **lequel** ? ……..

□ **<u>Un</u>** avantage, **lequel** ? ……

*** Selon vous les informations des sociétés savantes pédiatriques sur le lit partagé sont :**

□ Parfaitement claires □ Relativement claires □ Peu claires

□ Pas du tout claires □ Ne sait pas

*** Selon vous, vos connaissances sur le lit partagé sont :**

□ Suffisantes □ Insuffisantes □ Très insuffisantes □ Ne sait pas

*** D'après vous, qui doit aborder le sujet en premier ?**

□ Le professionnel □ La famille □ Ne doit pas être abordé □ Ne sait pas

*** Le lit partagé fait-il parti des sujets que vous abordez lors de vos conseils ?**

□ Oui, systématiquement □ Oui, parfois
□ Oui, uniquement si les parents posent la question
□ Oui, uniquement si la maman allaite □ Non

<u>Si lit partagé abordé :</u> Motif principal ? ***<u>(1 seule réponse possible)</u>***

□ Expérience personnelle □ Allaitement maternel
□ Prévention MIN (Mort Inattendue) □ Bénéfice pour la mère et l'enfant
□ Autre : précisez :……..

<u>Si non abordé</u> : ***<u>(1 seule réponse possible)</u>***

□ Non concerné □ Manque d'information
□ Manque de temps □ Refus volontaire car c'est dangereux
□ Autre : ……..

*** L'autorisez-vous ?** □ Oui □ Non □ Sans opinion

*** L'interdisez-vous ?** □ Oui □ Non □ Sans opinion

<u>Vous autorisez le partage du lit :</u>

*** Parlez-vous des <u>contre-indications</u> au partage du lit avec les parents?**

□ Oui □ Non □ Ne sait pas (ne les connais pas)

*** Présentez-vous les conseils de sécurité indispensables pour le partage du lit ?**

□ Oui, complètement □ Oui, partiellement □ Non, pas vraiment □ Non, pas du tout

□ Ne sait pas

*** Vous conseilleriez que le bébé dorme :**

□ Seulement avec la mère □ Seulement avec le père □ Avec les 2 parents □ Ne sait pas

*** A quelle fréquence** : □ Occasionnellement □ Tous les soirs □ Ne sait pas

*** Où devrait-on au mieux placer l'enfant ?** □ Du côté de la mère □ Du côté du père
□ Entre les 2 parents □ Ne sait pas

*** Le lit partagé est-il pratiqué dans votre maternité ?** □ Oui □ Non
□ Non concerné □ Ne sait pas

Si oui, de quelle manière ? ***(Plusieurs réponses possibles) :***

□ Avec protocole □ Sans protocole

□ A l'initiative de la mère approuvée par l'équipe

□ A l'initiative de la mère sans commentaire de l'équipe

□ A l'initiative de la mère mais désapprouvé par l'équipe

□ Ne sait pas

Si non, pensez-vous qu'il devrait l'être ? □ Oui □ Non Ne sait pas

*** Votre maternité est-elle équipée de « side bed »?** □ Oui □ Non □ Non concerné □Ne sait pas

Si autre que oui, un financement devrait-il être envisagé pour des « side bed »?

□ Tout à fait d'accord □ Plutôt d'accord □ Plutôt pas d'accord
□ Pas du tout d'accord □ Ne sait pas

*** Est-ce un sujet de discussion entre professionnels au sein de votre établissement ?**

□ Oui □ Non □ Non concerné □ Ne sait pas

*** Quel(s) support(s) souhaiteriez-vous voir mis en place sur l'information du lit partagé ? (*Plusieurs réponses possibles)* :**

□ Dépliants d'information □ Affiches salle d'attente / salle de soins
□ Sites internet □ Vidéos
□ Campagnes télévisées □ Aucun
□ Autre : précisez :……..

*** Pensez-vous avoir besoin de réunions d'informations sur ce sujet ?**

□ Tout à fait d'accord □ Plutôt d'accord □ Plutôt pas d'accord
□ Pas du tout d'accord □ Ne sait pas

Que vous l'abordiez ou pas, CE QUE L'ON DEVRAIT DIRE CONCERNANT LES CONSEILS SUR LE COUCHAGE ET LE LIT PARTAGÉ : merci de remplir le tableau par des croix pour chaque proposition :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nouveau-né sur le dos				
Jamais sur le ventre et côté				
Endroit le plus sûr : seul dans son berceau				
Au mieux dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois				
Partage de la chambre = facteur protecteur de la MIN				
Visage dégagé : ni oreiller, ni couverture, ni tour de lit				
Matelas ferme, lit rigide à barreaux				
18 < T°C chambre < 20				
Turbulette adaptée à la saison				
Prendre bébé dans votre lit pour apaiser et/ou allaiter peut vous arriver				
Position mère : sur le côté, en «chien de fusil», bébé sur le dos sans le couvrir				
Jamais entre les 2 parents				
Toujours côté maternel				
Partage du lit seulement pendant la tétée, ensuite le recoucher dans son berceau				
Partage du lit que si AM*				
Partage du lit = FDR*MIN*				
Jamais dormir avec son bébé sur un canapé, fauteuil ou chaise				
Jamais dans le lit des parents (seul ou avec parents)				
Ne pas partager le lit si : - toxiques (OH*, tabac actif ou passif, drogues, médicaments)				
- maladie chronique affectant l'attention				
- anormalement fatigué				
- fièvre chez le bébé				
- prématuré ou petit poids de naissance				

* OH = alcool FDR = facteur de risque AM = allaitement maternel MIN = mort inattendue du Nourrisson

Annexe VIII : Lettre explicative accompagnant le questionnaire.

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Nous réalisons un travail sur le lit partagé afin de savoir à quelles recommandations les professionnels adhèrent sur ce sujet. Le lit partagé reste un sujet controversé.

L'objectif ultérieur étant d'arriver à un éventuel consensus professionnel au sein des différentes maternités du réseau Sécurité Naissance. Si ce travail aboutit, il conviendra de transmettre les résultats à la Société Française de Pédiatrie qui jugera de la nécessité d'élaborer des recommandations.

Nous vous sollicitons à répondre à un questionnaire élaboré dans le cadre d'un mémoire de sage-femme disponible dans les salles de soins. Les réponses à ce questionnaire resteront anonymes. Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous remercions par avance pour votre participation.

LEGERON Ophélie
Etudiante sage-femme
olegeron@laposte.net
06-83-56-89-72

Mme COLLIN Rozenn
Sage-femme enseignante
rozenn.collin@reseau-naissance.fr
02-40-48-55-81

Annexe IX : Livret bleu du RSN : *Document de sortie de néonatologie et de maternité. (page 2 du document), 2014*

Recommandations générales

- **Il est recommandé de bien se laver les mains à chaque fois que l'on s'occupe du bébé : avant et après le change, avant de nourrir le bébé, et avant de le prendre...**
- **Ne jamais laisser un bébé seul dans une maison, ou dans une voiture, ou en présence d'animaux.**
- **Ne jamais le laisser seul sur une table à langer.**

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

Couchage et sommeil

> *Position sur le dos pour la prévention de la mort subite du nourrisson.*

Coucher le bébé seul dans son lit, **sur le dos**, jamais sur le ventre, ni sur le côté :

- son visage reste dégagé, il respire à l'air libre,
- il peut ainsi mieux lutter contre la fièvre en cas de maladie,
- il ne risque pas d'enfouir sa tête.

La literie est composée d'un lit rigide à barreaux :

- avec un matelas ferme, bien adapté aux dimensions du lit,
- sans oreiller, ni couverture, ni couette.

Vous éviterez ainsi qu'il se glisse sous la couette, s'enfouisse le nez dans l'oreiller ou se coince entre le matelas et la paroi du lit.

La température de la chambre est de 18° à 20°, c'est suffisant.

Le bébé sera couvert d'un surpyjama ou d'une gigoteuse (turbulette) avec une épaisseur adaptée à la saison.

En cas de fièvre, le découvrir.

L'endroit le plus sûr pour faire dormir un bébé est dans un berceau proche du lit des parents.

> *Sommeil.*

Les premiers mois, le bébé ne dort pas encore toute la nuit (sauf exception). Dans la mesure du possible, il est important de respecter le sommeil et le repos de l'enfant.

Un enfant dort dans son lit, de préférence dans la chambre de ses parents.

Quand ne pas dormir avec votre bébé ?

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

Ne dormez jamais sur un canapé ou un fauteuil avec votre bébé. Il est aussi plus sûr de ne pas partager le lit les premiers mois si votre bébé est né prématurément ou de petit poids, ou s'il a de la fièvre.

> *Déformation de la tête.*

Le crâne du bébé peut être aplati (plagiocéphalie) : ce n'est pas un problème grave, qui s'arrange tout seul dans la majorité des cas. Cela apparaît lorsque le bébé garde la tête dans la même position. La plagiocéphalie peut être associée à un torticolis (raideur de l'un des muscles du cou, du côté où la tête penche).

Comment prévenir la déformation ?

- Changer la position des jouets et des mobiles pour que le bébé regarde dans des directions différentes.
- Quand il est éveillé, sous la surveillance d'un adulte, mettre le bébé sur le ventre ou sur les côtés dans un environnement sécurisé (tapis d'éveil).
- Eviter de lui faire passer de longues périodes dans son lit, dans un cosy, un siège auto, où sa tête pourrait rester dans la même position.
- Porter volontiers le bébé dans les bras ou avec un système de portage, même quand il ne pleure pas.

Annexe X : Livret d'information spécifique à la maternité du CHU de Nantes : *Conseils de puériculture, 2015*

CHU de Nantes
livret d'information

Recommandations générales

→ Il est recommandé de vous **laver les mains** à chaque fois que vous vous occupez de votre bébé.

→ **Ne laissez jamais votre bébé seul** dans une maison, une voiture ou en présence d'animaux.

Pour éviter tout risque de chute :

→ Ne laissez jamais votre bébé seul sur une table à langer.

→ Ne posez jamais votre transat ou cosy en hauteur lorsque bébé y est installé.

→ Devant tout changement de comportement de votre enfant (refus d'alimentation, geignements...) consultez un médecin.

→ Ne donnez jamais un médicament à votre bébé sans avis médical.

Le suivi médical de votre enfant

En cas de sortie précoce, consulter un pédiatre ou médecin généraliste entre le sixième et le dixième jour de vie de votre enfant.

Le poids

Votre enfant doit être pesé une fois par semaine au cours du premier mois. Pour cela, contactez votre PMI ou votre sage femme libérale.

Les examens obligatoires

Votre enfant doit être examiné une fois par mois les 6 premiers mois par un pédiatre, un médecin de PMI ou votre médecin généraliste.

La vaccination

La première vaccination débute dès **deux mois** de vie. Vous en parlerez avec le médecin à la visite du premier mois. Profitez-en pour mettre vos vaccinations à jour.

Si vous envisagez un voyage à l'étranger prochainement, contactez rapidement votre médecin pour connaitre les dispositions à prendre pour votre enfant.

Le carnet de santé

Le carnet de santé de votre enfant doit le suivre partout (week-end, vacances, mode de garde, grands-parents ....).

Couchage et sommeil

Position sur le dos pour la prévention de la mort subite du nourrisson

• Couchez toujours votre bébé sur le dos, dans une turbulette adaptée à sa taille, sans oreiller ni peluche.

• La température de la chambre doit être entre 18° et 20°. Pensez à aérez tous les jours quand bébé n'y est pas.

Le sommeil

• Les premiers mois, votre bébé ne dort pas encore toute la nuit (sauf exception). Dans la mesure du possible, il est important de respecter le sommeil et le repos de votre enfant.

• Vivez au rythme de votre bébé : s'il dort la journée, faites une sieste.

Déformation de la tête

Le crâne de votre bébé peut être aplati (plagiocéphalie). Ce n'est pas un problème grave.

Cela apparaît lorsque le bébé garde la tête dans la même position. La plagiocéphalie peut être associée à un torticolis.

→ **Comment prévenir la déformation :**

• Changez la position des jouets et des mobiles pour que votre bébé regarde dans des directions différentes.

• Quand votre bébé est éveillé, et uniquement sous la surveillance d'un adulte, mettez votre bébé sur le ventre ou sur le côté dans un environnement sécurisé (tapis d'éveil).

Annexe XI : Brochure de l'Association « Naître et Vivre », 2015

PROTÉGEZ-MOI DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

DORMIR SUR LE DOS NE FAVORISE PAS L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE À CONDITION QUE JE SOIS LIBRE DE TOUS MES MOUVEMENTS.

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

- Je suis installé à plat sur une surface ferme (tapis d'éveil, parc). Mes jouets sont disposés autour de moi.
- J'aime découvrir par moi-même,
- J'aime être avec vous.

Si j'ai tendance à tourner la tête toujours du même côté quand je suis éveillé, attirez mon attention du côté opposé.

Je ne suis pas dans une coque (sauf pour le transport) ni dans un pouf ou un cocon car je ne bouge pas librement.

PROTÉGEZ MA SANTÉ EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

Le tabac augmente les risques d'infections, d'asthme et de mort inattendue du nourrisson.

PROTÉGEZ-MOI DES INFECTIONS

- Avant de vous occuper de moi, lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.
- Evitez de me mettre en contact avec des personnes malades.
- Je suis sensible aux microbes, évitez de m'amener dans les lieux publics très fréquentés, surtout en période hivernale.
- Mes vaccins doivent être à jour tout comme ceux des membres de ma famille (fratrie, parents, grands-parents...) et ceux des personnes qui me gardent.

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

- Je ne me comporte pas comme d'habitude.
- J'ai une température supérieure à 38°c ou inférieure à 36°c (pour les nourrissons de moins de 3 mois).
- Je suis gêné pour respirer même après m'avoir nettoyé le nez.
- Je vomis.
- J'ai des selles fréquentes, abondantes et liquides.

SAMU 15
ou 112 par téléphone portable

Illustrations : P. Delestre - Mise en page : Direction de la Communication - CHRU de Montpellier - G. Faugier - 07/15

PROTÉGEZ-MOI !

Les règles d'or de ma première année

CHRU MONTPELLIER
ANCReMIN
Naître et Vivre
Groupe des Rédacteurs
www.chu-montpellier.fr / Naître et Vivre : 01 47 23 05 08 - www.naitre-et-vivre.org

Annexe XII : Classement des conseils abordés aux parents par profession, par ordre décroissant, % (n) ; (à noter que l'on repart du 5ème conseil le plus abordé)

MG		Péd + Dr PMI	
Le mieux dans son berceau	67,5 (77)	Visage dégagé	87,3 (55)
Visage dégagé	63,2 (72)	**Le mieux dans son berceau**	84,1 (53)
Sans tour de lit	57 (65)	Lit rigide	79,4 (50)
Lit rigide	44,7 (51)	Seul dans son lit	76,2 (48)
Dans la chambre des parents	29,8 (34)	Sans tour de lit	76,2 (48)
Seul dans son lit	12,3 (74)	**Dans la chambre des parents**	57,1 (36)
Aucun de ces points	0,9 (1)	Aucun de ces points	1,6 (1)
SF		**Puéricultrices**	
Visage dégagé	85,1 (263)	Visage dégagé	82,5 (113)
Lit rigide	54,7 (169)	Sans tour de lit	81 (111)
Sans tour de lit	54,4 (168)	Lit rigide	75,2 (103)
Le mieux dans son berceau	45,3 (140)	**Le mieux dans son berceau**	65,7 (90)
Dans la chambre des parents	41,1 (217)	Seul dans son lit	62,8 (86)
Seul dans son lit	37,5 (116)	**Dans la chambre des parents**	60 (82)
Aucn de ces points	0 (0)	Aucun de ces points	0 (0)

Annexe XIII : Tableaux comparatifs pour savoir si les professionnels recommandent le partage de la chambre

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	236(76.4)	73(23.6)	309(100.0)
Puéricultrices	118(86.1)	19(13.9)	137(100.0)
Total	354(79.4)	92(20.6)	446

Percents: (Row) Chi2= 5.518 df(1) p= 0.0188

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	236(76.4)	73(23.6)	309(100.0)
MG	70(62.5)	42(37.5)	112(100.0)
Total	306(72.7)	115(27.3)	421

Percents: (Row) Chi2= 7.971 df(1) p= 0.0048

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
Ped/Dr PMI	46(74.2)	16(25.8)	62(100.0)
Puéricultrices	118(86.1)	19(13.9)	137(100.0)
Total	164(82.4)	35(17.6)	199

Percents: (Row)Chi2= 4.197 df(1) p= 0.0405

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
MG	70(62.5)	42(37.5)	112(100.0)
Puéricultrices	118(86.1)	19(13.9)	137(100.0)
Total	188(75.5)	61(24.5)	249

Percents: (Row) Chi2= 18.605 df(1) p= 0.0000

Annexe XIV : Tableaux comparatifs des difficultés rencontrées selon les professions

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	155(50.2)	154(49.8)	309(100.0)
MG	75(66.4)	38(33.6)	113(100.0)
Total	230(54.5)	192(45.5)	422

Percents: (Row) Chi2= 8.768 df(1) p= 0.0031

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
MG	75(66.4)	38(33.6)	113(100.0)
Puéricultrices	62(45.3)	75(54.7)	137(100.0)
Tota	137(54.8)	113(45.2)	250

Percents: (Row)Chi2= 11.147 df(1) p= 0.0008

Annexe XV : Tableaux comparatifs des professionnels favorables au partage de la chambre.

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	294(95.1)	15(4.9)	309(100.0)
Puéricultrices	136(99.3)	1(0.7)	137(100.0)
Total	430(96.4)	16(3.6)	446

Percents: (Row) Chi2= 4.668 df(1) p= 0.0307 Cellsexpected<5: 1 (25 pct.) Fishersexact p= 0.0286

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	294(95.1)	15(4.9)	309(100.0)
MG	91(80.5)	22(19.5)	113(100.0)
Total	385(91.2)	37(8.8)	422

Percents: (Row) Chi2= 22.093 df(1) p= 0.0000

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
Ped/Dr PMI	59(93.7)	4(6.3)	63(100.0)
MG	91(80.5)	22(19.5)	113(100.0)
Total	150(85.2)	26(14.8)	176

Percents: (Row) Chi2= 5.530 df(1) p= 0.0187

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
Ped/Dr PMI	59(93.7)	4(6.3)	63(100.0)
Puéricultrices	136(99.3)	1(0.7)	137(100.0)
Total	195(97.5)	5(2.5)	200

Percents: (Row) Chi2= 5.590 df(1) p= 0.0181 Cellsexpected<5: 2 (50 pct.) Fishersexact p= 0.0350

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
MG	91(80.5)	22(19.5)	113(100.0)
Puéricultrices	136(99.3)	1(0.7)	137(100.0)
Total	227(90.8)	23(9.2)	250

Percents: (Row) Chi2= 26.031 df(1) p= 0.0000

Annexe XVI : Tableau comparatif des professionnels favorables au partage du lit.

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	110(35.8)	197(64.2)	307(100.0)
Puéricultrices	17(13.0)	114(87.0)	131(100.0)
Total	127(29.0)	311(71.0)	438

Percents: (Row) Chi2= 23.293 df(1) p= 0.0000

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	110(35.8)	197(64.2)	307(100.0)
Ped/Dr PMI	7(11.1)	56(88.9)	63(100.0)
Total	117(31.6)	253(68.4)	370

Percents: (Row) Chi2= 14.772 df(1) p= 0.0001

Profession	OUI n(%)	NON n(%)	Totaln(%)
SF	110(35.8)	197(64.2)	307(100.0)
MG	9(8.0)	104(92.0)	113(100.0)
Total	119(28.3)	301(71.7)	420

Percents: (Row) Chi2= 31.587 df(1) p= 0.0000

Annexe XVII : Tableau de la représentativité des professionnels adhérant au RSN

	Nombre de professionnels en PDL	Nombre de questionnaires reçus	Taux de représentativité (%)
Pédiatres	286	57	19,9
Sages-femmes	1171	309	26,4
Puéricultrices	1080	137	12,7
Médecins Généralistes	10539	114	1,1

Annexe XVIII : Guide pour les professionnels concernant les conseils à délivrer sur le sommeil partagé

Si l'on devait parler des nuits passées avec un bébé, voilà ce que l'on pourrait dire: les mères souhaitant se reposer tout en restant proches de leur nouveau-né est un choix qui ne s'improvise pas et les données suivantes seront à adapter spécifiquement à chaque famille. Ces précautions doivent concerner tous les sommeils, même lorsque l'enfant est en visite dans la famille ou chez des amis et ceci, pendant toute la première année de vie.

A/ Recommandations générales propres à la MIN retrouvées dans la majorité des recommandations internationales, applicables quelque soit le mode de couchage :

- L'endroit le plus sûr pour faire dormir votre enfant reste son berceau mais le partage de la chambre reste recommandé dans les 6 premiers mois de sa vie, ce quelque soit le mode d'alimentation.... même si les parents sont fumeurs,
- T°C de la chambre entre 18 et 20°C,
- Couchage sur le dos strict à plat,
- Turbulette ou gigoteuse adaptée à la saison,
- Visage dégagé : ne laisser ni oreillers, ni couvertures, ni édredons, ni peluches, ni tour de lit, tout objet pouvant recouvrir la tête de l'enfant,
- Matelas ferme et plat, lit rigide à barreaux,
- Absence de tabac dans l'environnement du nouveau-né (ne pas fumer dans la chambre ou encore dans la maison)
- Absence d'animaux dans la chambre parentale ou celle de l'enfant,
- Ne pas faire dormir l'enfant dans la chambre d'un frère ou d'une sœur
- Absence d'espace entre le matelas de l'enfant et les parois du berceau ou entre le berceau et le lit des parents en cas de partage de la chambre parentale.
- **Éviter les produits commerciaux vendus comme réduisant le risque de MSN : ceux** visant à remplacer la présence parentale et notamment ceux censés maintenir la position de sommeil sont à éviter car aucun n'a fait la preuve de son efficacité et de sa sécurité et ne peut alors être médicalement recommandé.

B/ Recommandations s'appliquant aux situations de sommeil partagé / partage du lit.

Si un couple/mère décide de prendre leur bébé dans leur lit, il est alors primordial de respecter les quelques conseils suivants afin d'éviter des accidents, que la femme allaite ou non l'enfant :

(1) <u>si elle n'allaite pas/plus</u> : la difficulté réside dans le fait qu'au retour au domicile, le taux d'hormones ne sera plus suffisant pour que la mère reste en état de vigilance risquant de tomber rapidement en sommeil profond et ainsi beaucoup moins attentive au bébé. On ne recommande pas le partage du lit que ce soit à la maternité ou à la maison.

<u>→ Privilégier alors le partage de la chambre.</u>

(1) <u>Si elle allaite son enfant</u> : le partage du lit ou side bed (berceau accolé au lit parental) peuvent se concevoir à condition de respecter les recommandations

générales précédentes et en s'assurant :

- que le matelas est ferme et plat
- que le bébé ne peut pas tomber du lit ou se retrouver coincer entre le mur et le matelas,
- qu'aucun objet présent dans le lit parental ne peut recouvrir l'enfant, du moins sa tête pour ne pas risquer l'étouffement,
- de l'absence d'animaux ou d'autres enfants dans le lit parental et d'avertir la personne qui partage le lit (compagnon par exemple),
- que la température de la pièce se trouve entre 18 et 20°C et que l'enfant est vêtu d'une turbulette (surpyjama ou gigoteuse) avec une épaisseur adaptée à la saison, sans bonnet,
- que le nouveau-né ne doit jamais rester seul dans ou sur le lit parental
- que le nouveau-né ne se retrouve pas à dormir sur la même surface de sommeil avec une autre personne que ses parents, notamment sa mère.

➢ Certaines positions sont plus adaptées lorsque l'on pratique le partage du lit :

- *pour la mère :* allongée sur le côté, en chien de fusil : bras inférieur au dessus de la tête du nouveau-né et les genoux (ou jambe supérieure repliée) sous les pieds du bébé, sans remonter les couvertures au-delà de vos hanches
- le nouveau-né : bébé allongé sur le dos, situé plus haut par rapport à sa mère, face à sa poitrine, côté maternel, jamais entre les 2 parents, le père étant dans un état de vigilance moindre que la mère, la mère devant se positionner entre un bambin et le bébé si un autre enfant devait se rajouter...

Après l'avoir allaité, le plus sûr est de repositionner bébé sur le dos et au mieux dans son berceau, proche de votre lit.

➢ Pour rappel, certaines situations qui augmentent le risque de MIN sont a fortiori à exclure lorsque l'on souhaite pratiquer le partage du lit : notamment si Mme et/ou Mr :

- fume(nt), quelque soit l'endroit (même en dehors du lit) et le moment (tabagisme passif),
- avez consommé(s) de l'alcool, des drogues ou un médicament pouvant vous rendre somnolent, car cela baisse la vigilance,
- êtes atteint(s) d'une maladie chronique affectant votre attention,
- êtes anormalement/ inhabituellement fatigué(e/s),
- si l'enfant est né prématurément (<37SA),
- si l'enfant est de petit poids de naissance (< 2,5kg)
- s'il est fiévreux

- s'il est âgé de moins de 4 mois
- ne pas partager un canapé ou fauteuil avec son nouveau-né
- si vous n'allaitez pas

→ Il faudra alors privilégier le partage de la chambre et/ou side bed.

RESUME

Objectifs : Les institutions internationales recommandent un partage de la chambre parentale pendant les six premiers mois de vie du nouveau-né. Le partage du lit parents-bébé est une pratique en augmentation, obligeant les autorités à mettre à jour les conseils de couchage. En France, la COFAM a élaboré des recommandations de bonnes pratiques sur le sommeil partagé (partage de la chambre et partage du lit) pour les enfants allaités en juin 2015. Le partage du lit est un sujet controversé au sein des instances professionnelles d'où l'absence de consensus au sein de la maternité du CHU de Nantes. Ceci nous a amené à évaluer ce que les praticiens conseillaient aux familles et d'apprécier les connaissances et les pratiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et multicentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire. Elle s'est déroulée sur une période de deux mois incluant 656 professionnels de la périnatalité des Pays de la Loire (pédiatres, médecins de la PMI, sages-femmes, puéricultrices et médecins généralistes).

Résultats : Cette étude a mis en évidence un manque de connaissances et d'information sur la notion du sommeil partagé. La majorité des professionnels autorise le partage du lit sans y être favorable. En maternité, il se pratique sans protocoles dans 38% des cas avec parfois des aménagements sans posséder le matériel adéquat.

Conclusion : Au vu de ces résultats, il semblerait nécessaire de sensibiliser tous les professionnels de la périnatalité sur le sommeil partagé, notion qu'il faudrait intégrer aux conseils de couchage des nouveau-nés pour prévenir de la mort inattendue du nourrisson. La poursuite de formations pluri-professionnelles pourrait être le moyen de s'accorder au sein de la périnatalité sur la pratique du partage du lit, notamment en cas d'allaitement maternel. Dans les services de maternité, l'élaboration de protocoles pourrait être nécessaire.

Mots clés : partage du lit – partage de la chambre – sommeil partagé – MIN – périnatalité – couchage – allaitement maternel – six premiers mois – COFAM.