Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
Le 11 octobre 2024

Par Laura Maziere
Née le 28 janvier 1994 à Limoges (87)

Etat des lieux des connaissances des parents de Haute-Vienne en termes de sommeil des nourrissons de 0 à 2 ans

Thèse dirigée par le docteur Peiffer Michelle

Examinateurs :

Mme Le Professeur Nathalie Dumoitier, PU-MG	Présidente du jury
M. le Professeur Bertrand Olliac, PU-PH	Juge
M. le Docteur Pierre-Jean Baudot, MCU-MG	Juge
Mme le Docteur Michelle Peiffer,	Juge et directrice de thèse

Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
Le 11 octobre 2024
Par Laura Maziere
Née le 28 janvier 1994 à Limoges (87)

Etat des lieux des connaissances des parents de Haute-Vienne en termes de sommeil des nourrissons de 0 à 2ans.

Thèse dirigée par le docteur Peiffer Michelle

Examinateurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier, PU-MG	Présidente du Jury
M. le Professeur Bertrand Olliac, PU-PH	Juge
M. le Docteur Pierre-Jean Baudot, MCA-MG	Juge
Mme le docteur Michelle Peiffer,	Juge et directrice de thèse

Le 29 mars 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

Licence CC BY-NC-ND 4.0

FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

Licence CC BY-NC-ND 4.0

NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2025)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean	(du 01-09-2023 au 31-08-2026)
BUREAU-YNIESTA Coralie	(du 01-09-2022 au 31-08-2025)
SEVE Léa	(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude	du 01-09-2023 au 31-08-2024
LACROIX Philippe	du 01-09-2024 au 31-08-2026
MABIT Christian	du 01-09-2022 au 31-08-2024
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2024
NATHAN-DENIZOT Nathalie	du 01-09-2022 au 31-08-2024
TREVES Richard	du 01-09-2023 au 31-08-2024
VALLAT Jean-Michel	du 01-09-2023 au 31.08.2025
VIROT Patrice	du 01-09-2023 au 31-08-2024

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Le 1e mai 2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

Licence CC BY-NC-ND 4.0

BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE

Licence CC BY-NC-ND 4.0

VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE

Licence CC BY-NC-ND 4.0

« La fatalité, c'est l'excuse des âmes sans volonté »
Romain Rolland.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier

Professeur des universités de médecine générale

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant l'internat et d'avoir toujours répondu présente lorsque j'en avais besoin.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand Olliac

Professeur des universités de pédopsychiatrie

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail ainsi que de votre enseignement enrichissant durant mon externat
Je tiens à vous témoigner de ma considération la plus respectueuse

A Monsieur le Docteur Pierre-Jean Baudot

Maitre de conférences associé à mi temps de médecine générale

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, je vous témoigne tout mon respect et ma gratitude.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Michelle Peiffer

Merci de m'avoir accompagné durant tout ce travail de thèse. Merci de m'avoir fait découvrir la pédiatrie lors de ce stage en PMI. Merci pour ta disponibilité, ton écoute bienveillante. Merci pour tes conseils toujours avisés.
Je tiens à t'exprimer mon profond respect et ma plus grande gratitude.

Aux personnes qui ont marqué mon parcours d'étudiant

A tous mes maîtres de stages de médecine générale qui m'ont ouvert leur porte, et plus particulièrement :

A Catherine PRIOUX, merci pour ton accueil sur le plateau de Millevaches. Je n'oublierai jamais ce stage, tu représentes pour moi le médecin que j'ai toujours voulu être, ton extrême humanité envers les patients, ton ouverture d'esprit, ta générosité mais aussi ton caractère bien trempé. Je te souhaite une retraite aussi belle que ta carrière.

A Elisabeth PIRY-SIOU, merci d'avoir été un aussi bon maitre de stage durant mon SASPAS. Je ne saurai te remercier assez pour ta bienveillance et ton professionnalisme. Tu es un docteur et une femme inspirante, merci pour tout.
A l'ensemble du personnel des Urgences de Saint-Junien. Merci pour votre accueil, pour vos enseignements. J'admire votre travail.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

A l'ensemble du personnel de l'hôpital du Dorat, et en particulier au Docteur Philippe Jardel et à l'équipe de l'EMSP ; ce stage fut très enrichissant, je n'oublierai jamais la bienveillance dont vous avez fait preuve envers moi. Merci.

A Stéphanie Ranouil, Puéricultrice au sein de la PMI. Je souhaite te témoigner ici mon immense respect. Je n'ai jamais rencontré quelqu'un d'aussi investie que toi dans le travail. Tu es précieuse. Merci pour tout.

A mes collègues et notamment :

Antoine, Florence, Aline. Merci de m'avoir accueillie dans votre cabinet à Oradour Sur Glane au moment le plus important de ma vie. Merci de m'avoir fait une place parmi vous durant ces deux années. Ce remplacement aura été très enrichissant pour moi, merci pour votre bienveillance.
Amandine, merci pour ton humour pince sans rire, nos discussions autour des plantes et de nos cheveux bouclés. Je te souhaite le meilleur !

A ma famille

A mes parents

Maman, merci d'avoir toujours été là pour moi. Sans toi, ce travail n'existerait pas. Merci de m'avoir fait confiance, merci pour tes bons petits plats lors de mes premières années d'étude si difficiles. Merci de m'avoir transmis la valeur du travail. Merci de m'avoir montré qu'une maman est la chose la plus importante sur terre. Et enfin, merci d'être une grand-mère si attentionnée et si disponible

Papa, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir toujours fait garder la tête sur les épaules.

A mes sœurs

Anne, merci de m'avoir montré le chemin de la réussite. Merci pour ton écoute bienveillante à chaque instant.

Christelle, merci pour ton ouverture d'esprit et ton soutien à chaque fois que j'en ai besoin.

A mes merveilleuses nièces

Justine, merci pour ta joie de vivre. Ta force de caractère est impressionnante. Je n'oublierai jamais les moments partagés avec toi. Merci de m'avoir accompagnée lors de la tyrolienne de Super Besse, merci de me mettre à la page concernant les goûts musicaux des plus jeunes. Tu as le courage de tes ambitions et c'est admirable.

Cassandre, merci pour ta douceur et ton originalité qui n'en finit pas de nous faire rire. Merci de remettre en doute mes goûts vestimentaires, merci d'être une cousine parfaite pour Sasha. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Yvette

Ma marraine adorée. Merci de t'être autant impliquée pour moi. Tu comptes beaucoup pour moi.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

A mes co-internes adorés

Morgane, Arnaud, Loïc

Sans vous, je n'aurais pas aussi bien vécu ce stage aux urgences. Vous l'avez rendu plus léger et drôle. Merci pour nos conversations messenger qui perdurent après toutes ces années. J'espère que nous garderons ce lien longtemps.

Jonathan Morgane et Chloé, j'ai nommé les dorachons

Je n'oublierai jamais ce stage grâce à vous. Merci pour nos repas mémorables et peu discrets à Del Arte, pour nos discussions qui peuvent être aussi profonde que déjantées. J'espère que ce rendez-vous semestriel continuera toujours !

Francisco

Merci pour le stage de gynécologie à l'HME, que tu m'as rendu beaucoup plus agréable. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Merci pour ta grande aide lors de la rédaction de ma thèse. Je te souhaite la vie la plus douce et paisible possible avec ta femme et ton fils.

A mes amis

Jessica

Que dire, après toutes ces années d'amitié. Merci d'être ma confidente lorsque j'en ai besoin. Merci pour ton regard toujours juste, et pour ta grande générosité. Tu es une belle personne à tout point de vue.

Camille

Mon amie d'enfance. Tu as été si importante pour moi. Je n'oublierai jamais nos rendez-vous du matin dans le bus pour aller au collège ni nos conversations dans le chemin à côté de chez nous. Tu as contribué d'une certaine manière à ma réussite et pour cela un grand merci.

Camille

Mon amie du lycée. Merci pour nos parties de rigolades lors des cours. Tu es une personne extraordinaire et tu as le don pour faire rire les gens. C'est précieux, merci !

Stella, Lucie, et Jeanne

Vous avez rendu mes années d'externat merveilleuses. Nos soirées arrosées resteront toujours gravées. Vous comptez beaucoup pour moi.

Stella, merci pour ton optimisme à toute épreuve et ton ouverture d'esprit

Lucie, merci pour ta gentillesse, tes plats végétariens et Francis Cabrel sur le trajet pour aller à la Fac

Jeanne, merci pour ton authenticité et ton esprit de camaraderie

Mailyss

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Merci pour nos soirées, pour le voyage en Guyane et plus récemment pour nos conversations autour de la maternité. Merci pour ta légèreté qui fait de toi quelqu'un d'unique
Orane

Merci d'être toujours présente pour moi. Merci pour ton extrême bienveillance. Tu es la personne la plus lumineuse que je connaisse. Merci d'avoir accepté d'être la marraine de mon fils, je lui dirai dès qu'il comprendra, la chance qu'il a de te compter parmi ses proches. Tu es une excellente pédopsychiatre !

A mes amours,

Freddy

Merci pour toutes ces années à tes côtés. Qui l'eut cru ? nous avons déjoué tous les pronostics !
Merci de me porter parfois et de me supporter souvent. Merci de me faire voir la vie avec un autre point de vue. Merci de me faire rire chaque matin, merci pour ta maladresse qui laisse des traces indélébiles de café sur notre canapé. Merci pour ta profondeur d'esprit et ta légèreté en même temps. Merci pour le verre toujours à moitié plein plutôt qu'à moitié vide. Et enfin, merci pour l'amour de notre vie et pour être un si bon papa.

Sasha
Mon fils. Merci d'être un petit garçon plein de malice et d'énergie. Merci pour le sommeil chaotique des tous premiers mois qui m'a inspiré ce travail. Merci de me rendre une meilleure personne tous les jours. Je te souhaite de trouver ta voie comme je l'ai trouvée, je te souhaite d'être libre. Je t'aime de manière inconditionnelle. Je te dédie ce travail.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »
disponible en ligne : https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Liste des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la santé

INSV : Institut national du sommeil et de la vigilance

NN : Nouveau-né

MIN : Mort inattendue du nourrisson

MSN : Mort subite du nourrisson

RGO : Reflux gastro-oesophagien

EEG : Electroencéphalogramme

SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

AMM : Autorisation de mise sur le marché

TSA : Trouble du spectre autistique

APLV : Allergie aux protéines de lait de vache

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PMI : Protection maternelle infantile

PEP : Pupille de l'enseignement public

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Table des matières

Introduction 23
I. PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL DU NOURRISSON 25
I.1. Définition du sommeil....25
I.2. A quoi sert-il ?....25
I.3. L'organisation du sommeil 25
I.3.1. Le sommeil n'est pas continu 26
I.3.2. L'existence de micro-réveil, lien avec la survie 27
I.3.3. Le rôle du stress....27
I.4. Les rythmes biologiques 28
I.4.1. Le rythme circadien 28
I.4.2. Le rythme ultradien....31
I.4.3. Le rythme infradien....31
I.5. Evolution de la structure du sommeil en fonction de l'âge 31
I.5.1. Le nouveau-né prématuré 31
I.5.2. Le nouveau-né (NN) et le premier mois de vie....32
I.5.3. Le bébé de 1 mois à 6 mois....33
I.5.4. L'enfant de 6 mois à 4 ans....34
I.5.5. L'enfant de 4 à 12 ans 34
I.5.6. Le sommeil de l'adolescent 34
I.6. Besoins en sommeil....34
I.7. Les siestes....35
I.8. Les facteurs perturbant le sommeil 36
I.8.1. Les inévitables périodes de régressions du sommeil inhérentes au développement de l'enfant 36
I.8.2. Les potentielles régressions du sommeil 37
I.8.3. Les perturbations liées aux enjeux relationnels et à la sécurité 37
I.8.4. Les perturbations du sommeil d'origine nutritionnelle 37
I.8.5. Les perturbations du sommeil liées aux soins et à la qualité de vie du bébé/enfant 38
I.8.6. Les perturbations du sommeil liées à l'environnement de sommeil....38
I.9. Les pleurs de bébé 38
I.10. Recommandations MIN....40
I.11. Facteurs culturels....41
II. Troubles du sommeil chez le nourrisson, diagnostic et traitements 42
II.1. Troubles du sommeil du nourrisson 42
II.2. Diagnostic....45
II.2.1. Les outils de dépistage....45
L'agenda du sommeil....45
II.2.2. Les examens complémentaires 46
II.2.2.1. L'actimétrie....46
II.2.2.2. L'enregistrement vidéo....46
II.2.2.3. La mesure de la saturation en oxygène durant la nuit 46
II.2.2.4. La polysomnographie :....47
II.3. Traitements....47
II.3.1. Les traitements médicamenteux....47
II.3.2. L'approche comportementale 48
II.3.3. Psychothérapie, guidance interactive, thérapie familiale....55
III. MATERIEL METHODES 58
III.1. Type d'étude et population cible....58
III.1.1. Objectifs de l'étude 58
III.1.2. Objectif principal :....58
III.1.3. Objectifs secondaires : 58

Licence CC BY-NC-ND 4.0

III.2. Lieu de l'étude....58
III.3. Aspect éthique....58
III.4. Elaboration du questionnaire....58
III.5. Recueil des données....59
III.6. Evaluation des données....59
III.7. Outils de calculs et études statistiques....60
IV. RESULTATS....61
IV.1. Cabinets participants à l'étude....61
IV.2. Description de la population....61
IV.2.1. Genre....61
IV.2.2. Age....62
IV.2.3. Catégories socio-professionnelles....62
IV.2.4. Nombre d'enfants....63
IV.2.5. Perception des connaissances....63
IV.2.6. Consultation d'un professionnel de santé concernant un éventuel trouble du sommeil chez leur nourrisson....64
IV.2.7. Sources d'informations utilisées....64
IV.3. Objectif principal : évaluation des connaissances....65
IV.4. Objectifs secondaires....70
V. Discussion....72
V.1. Analyse méthodologique de l'étude....72
V.2. Forces de l'étude....72
V.3. Faiblesses de l'étude....73
V.4. Analyse des résultats....74
V.4.1. Description de la population en comparaison avec les données de l'INSEE pour la Haute Vienne (43)....74
V.4.2. Objectif principal : évaluation des connaissances des parents en termes de sommeil des nourrissons....75
V.4.3. Objectifs secondaires....80
V.5. Perspectives....81
Conclusion....83
Références bibliographiques....84
Annexes....87
Serment d'Hippocrate....99

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Table des illustrations

Figure 1 - organisation des train du sommeil en fonction de l'âge.....27
Figure 2 - fonctionnement des horloges biologiques.....29
Figure 3 - variation des sécrétions de mélatonine et de cortisol selon le moment de la journée 29
Figure 4 - variation des phases de vigilance selon le moment de la journée.....30
Figure 5 - arbre diagnostic des troubles du sommeil du nourrisson 42
Figure 6 - exemple d'agenda du sommeil 46
Figure 7 - temps d'éveil recommandé par âge.....50
Figure 8 - répartition des genres.....61
Figure 9 - répartition des âges.....62
Figure 10 - répartition des catégories socio-professionnelles 62
Figure 11 - répartition du nombre d'enfant.....63
Figure 12 - répartition des personnes selon leur perception des bonnes connaissances en terme de sommeil.....63
Figure 13 - répartition des personnes ayant consulté un professionnel de santé pour d'éventuels troubles du sommeil chez leur nourrisson.....64
Figure 14 - répartition des sources d'informations 64
Figure 15 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 0-3 mois (en %) 65
Figure 16 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 4-11 mois (en %) 66
Figure 17 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 12-24 mois (en %) 66
Figure 18 - connaissance sur les généralités du sommeil (en %) 67
Figure 19 - connaissance sur la mise en place du rythme jour/nuit (en %) 67
Figure 20 - connaissance sur les siestes (en %).....68
Figure 21 - connaissance sur la prévention de la MIN (en %).....68
Figure 22 - connaissance sur les conditions environnementales favorisant un sommeil de qualité (en %).....69
Figure 23- connaissance concernant les conséquences d'un manque de sommeil (en %)...69

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Table des tableaux

Tableau 1 - analyse des notes en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude pour les variables qualitatives à deux groupes.....70
Tableau 2 - analyse des notes en fonction des caratéristiques socio-démographiques de la population d'étude pour les variables qualitatives à plus de deux groupes 71

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Introduction

Le sommeil est une fonction vitale (1), il est un facteur déterminant pour notre santé au même titre que l'alimentation et l'activité physique.

En 2019, l'OMS a diffusé de nouvelles recommandations et place le sommeil au même rang que l'activité physique pour garantir une bonne santé chez les enfants de moins de 5 ans. Elle émet notamment les quotas de sommeil recommandés par âge (2)

Pour autant, une étude de l'INSV révèle que **76%** des enfants de 6 mois à 3 ans manquent de sommeil (3)

En effet, cette problématique représente souvent un défi pour les jeunes parents.

La majorité des troubles du sommeil des nourrissons tiennent la plupart du temps à une mauvaise compréhension de la physiologie du sommeil, ce qui peut entrainer des comportements inadaptés et une dette de sommeil qui s'accumule au fil du temps. Cette carence en sommeil a un impact fort sur plusieurs pans du développement des enfants : système digestif, développement psychomoteur, sociabilité, gestion des émotions etc.

Les troubles du sommeil sont exceptionnellement liés à une anomalie cérébrale, organique ou fonctionnelle.

Ils sont une des causes les plus importantes de l'épuisement et de la dépression parentale… Des bébés reposés font des parents reposés…et inversement !

De plus, la gestion du sommeil des nourrissons diffère d'une culture à une autre. Du fait de nos sociétés occidentales où la vie est rythmée par le travail, nous ressentons une certaine pression à ce que nos bébés dorment vite seuls.

Plus récemment, le courant de l'éducation positive en occident prône le maternage proximal et la nocivité des pleurs chez les bébés. Deux idéologies s'affrontent alors : ceux d'un côté qui estiment que pour trouver le sommeil, un nourrisson devrait être livré à lui-même ; et de l'autre ceux qui estiment qu'il ne faut surtout pas le laisser pleurer.

Les troubles du sommeil des jeunes enfants sont une plainte très courante en psychiatrie et médecine générale. Cependant, la formation des médecins actuelle n'intègre pas les troubles du sommeil d'origine comportementale et nous nous trouvons bien souvent démunis face aux parents en demande de conseils. Ceci a d'ailleurs entrainé ces dernières années l'avènement de consultantes en sommeil qui proposent, pour des tarifs souvent très élevés, des solutions pour pallier ces problèmes.

Dans sa thèse, Cécilia Etchart (4), qui s'intéressait à la prise en charge des troubles du sommeil en soins primaires chez les enfants de moins de 4 ans, montre que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés estimaient ne pas disposer de connaissances suffisantes.

Une autre thèse faite par Alice Lemaitre (5) en 2014 à Toulouse sur l'évaluation des connaissances des parents sur le sommeil du nourrisson de moins de deux ans mettaient en évidence un manque de connaissance sur le sommeil physiologique ainsi que sur les

Licence CC BY-NC-ND 4.0

conditions de couchage, et qu'ils souhaiteraient avoir des informations supplémentaires sur le sommeil du nourrisson.

C'est dans ce contexte qu'il nous a semblé intéressant de dresser un état des lieux des connaissances des parents sur ce sujet dans le département de la Haute Vienne, au travers d'un questionnaire distribué dans des cabinets de médecine générale, gynécologie et pédiatrie.

Dans un premier temps nous verrons la physiologie du sommeil des bébés, son évolution avec l'âge, les bons comportements à adopter pour favoriser un sommeil de qualité, les pathologies du sommeil, ainsi que les traitements médicamenteux et non médicamenteux dont nous disposons.

Dans un second temps nous exposerons notre étude et ses résultats.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

I. PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL DU NOURRISSON

I.1. Définition du sommeil

Le sommeil correspond à une baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil. Il est caractérisé par une perte de la vigilance, une diminution du tonus musculaire et une conservation partielle de la perception sensitive(6).
C'est une fonction innée et vitale, tout comme la respiration et la digestion.
Nous passons un tiers de notre vie à dormir(3).

I.2. A quoi sert-il ?

Certains peuvent considérer que dormir est une perte de temps (7)
C'est tout le contraire ! Le fait de dormir permet notamment :

- Le maintien de la vigilance à l'état de veille et donc, il nous permet d'être plus efficace dans nos activités quotidiennes
- La reconstitution des stocks énergétiques des cellules musculaires et nerveuses.
- Maintien de la température corporelle sur 24 heures
- Elimination des toxines
- Stimulation des défenses immunitaires
- Régulation de l'humeur et de l'activation du stress
- Production d'hormones, notamment de croissance, et de mélatonine
- Mécanismes d'apprentissage et de mémorisation, meilleure concentration
- Transit facilité et douleurs intestinales réduites
- Régulation de fonctions telles que la glycémie et l'appétit

Après une nuit trop courte (moins de 6 heures chez l'adulte), il y a des conséquences immédiates : troubles de l'humeur, baisse d'attention et problème de vigilance. A moyens terme, une irritabilité peut s'installer, un risque de syndrome dépressif et surtout des difficultés d'apprentissage. Si le déficit devient chronique, il y a un risque accru de diabète et d'obésité.

Récemment, des chercheurs suédois ont montré que des nuits de 5 heures pouvaient augmenter le risque de diabète de 16% (8)

Les Français dorment environ 1h30 de moins qu'il y a 50 ans, tout ceci en partie lié à l'avènement du numérique (6)

76 % des enfants de 6 mois à 3 ans manquent de sommeil, d'après une étude récente de l'INSV (3)

La privation de sommeil est une des techniques les plus atroces de torture, utilisée dans plusieurs pays (9)

I.3. L'organisation du sommeil

Il existe plusieurs points fondamentaux à connaître sur notre sommeil :

Licence CC BY-NC-ND 4.0

I.3.1. Le sommeil n'est pas continu

Le sommeil n'est pas linéaire. Il est constitué de différents stades qui s'organisent de façon identique au cours de la nuit.
En fonction de l'âge, il existe des modifications notables de la durée du sommeil et de la répartition des divers stades de sommeil.

- Le sommeil paradoxal, appelé aussi sommeil agité chez les nouveaux nés de 0 à 2 mois. C'est le sommeil des rêves et de la gestion émotionnelle. Il est capital et a besoin de représenter 20 à 25 % de la durée totale du sommeil. Durant cette phase, notre corps est paralysé et nos yeux bougent sous nos paupières. C'est la phase sommeil qui va être la plus immédiatement impactée si nous manquons de sommeil. (10)

- Le sommeil lent qui se compose de plusieurs stades : le stade N1 qui correspond à un état de transition entre la veille et le sommeil (4 à 5% de notre sommeil), le stade N2 qui est une phase de sommeil léger (45 à 55% de notre sommeil) et le stade N3 qu'on appelle le sommeil profond (16 à 20% de notre sommeil)

Le sommeil léger est celui de l'urgence et de la récupération physique, c'est durant cette phase que nous sommes le plus facilement réveillés par un bruit.

Le sommeil profond est celui où nous sommes inertes. Il permet le nettoyage du cerveau et la mémorisation. (10)

Les stades du sommeil sont représentés par différents wagons. L'assemblage des wagons représentent un cycle (= train). Une nuit est composée de plusieurs cycles.
Le schéma ci-dessous représentent les cycles de sommeil et leur évolution en fonction de l'âge.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

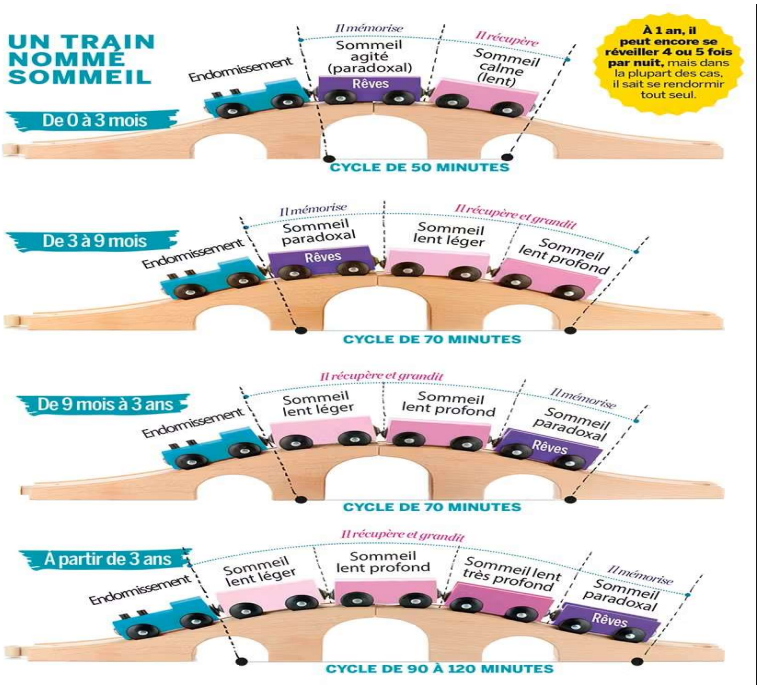

Figure 1 - organisation des train du sommeil en fonction de l'âge

I.3.2. L'existence de micro-réveil, lien avec la survie

Entre chaque train de sommeil, il existe des micro-réveils : notre cerveau nous fait remonter à la surface de manière inconsciente avant de prendre un autre train de sommeil.

Nos ancêtres ne vivaient pas dans des maisons sécurisées, ces micro-réveils étaient donc importants pour entendre un éventuel danger. Notre cerveau laisse une grande part au sommeil léger durant lequel nous pouvons nous réveiller au moindre bruit. (10)

Chez le bébé, incapable de se défendre seul, il est logique que les phases soient plus courtes et les micro-réveils plus nombreux (10)

Lors de ces micro-réveils, nous vérifions inconsciemment que notre environnement est le même que celui dans lequel nous nous sommes endormis. Si des conditions changent (exemple, si notre partenaire s'en va pendant la nuit), nous avons tendance à nous réveiller complètement et à ne pas réussir à nous rendormir.

I.3.3. Le rôle du stress

Notre sommeil est directement relié avec notre état de stress et plus généralement notre état émotionnel.

De manière archaïque, si nous sommes dans un état de stress, notre cerveau agit comme s'il existait un potentiel danger et nous ne dormirons que d'un œil.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Nous pouvons donc aisément comprendre qu'un bébé qui n'a aucun moyen de se défendre, dont le principal enjeu de survie est relié à ses parents, puisse avoir une perturbation de son sommeil lorsqu'il perçoit un stress dans sa « tribu ».

I.4. Les rythmes biologiques

« tout ce qui vit alterne […] des algues unicellulaires au mammifère, tout ce qui vit alterne des périodes d'activité et de repos » (11)

Nous pouvons distinguer 3 grands rythmes :

I.4.1. Le rythme circadien

Le rythme circadien est l'horloge interne du corps humain, il s'agit d'un rythme biologique intégré prenant la forme d'un cycle d'environ 24 heures et régissant certains processus physiologiques comme le sommeil et l'alimentation

Presque toutes les fonctions de l'organisme sont soumises au rythme circadien. Les troubles de ce rythme peuvent entraîner des conséquences sur le sommeil, le métabolisme, le fonctionnement du système cardiovasculaire et immunitaire .

Ce système circadien est composé d'un réseau d'horloges biologiques circadiennes, articulé autour d'une horloge biologique centrale et d'une multitude d'horloges périphériques (12)

L'horloge biologique centrale

Elle agit comme un métronome de l'organisme et règle nos fonctions sur 24 heures.
Chez l'humain, l'horloge biologique centrale est située dans l'hypothalamus, et composée de deux noyaux suprachiasmatiques contenant chacun environ 100 000 neurones qui présentent une activité électrique oscillant sur 24 heures.
Les noyaux suprachiasmatiques régulent ensuite différentes fonctions de l'organisme grâce à des messages directs ou indirects. Ils innervent directement et indirectement des régions cérébrales spécialisées dans différentes fonctions comme l'appétit, le sommeil ou la température corporelle. Ils entrainent en outre la production cyclique d'hormones agissant à distance, sur d'autres fonctions(13)

Bien qu'ayant une activité endogène indépendante, le principal synchroniseur de temps de l'horloge biologique centrale est la lumière du jour. Nos yeux et notre cerveau captent la lumière du jour et transmettent ces informations à notre horloge biologique centrale en lui indiquant l'heure qu'il est dehors.

Des expériences menées avec des personnes plongées dans le noir ou soumis à très peu de lumière pendant plusieurs jours, sans repère de temps, ont permis de montrer que le cycle imposé par l'horloge interne dure spontanément entre 23h30 ET 24h30 selon les individus. Imaginons donc que si l'horloge interne contrôlait seule le rythme biologique, sans être remise à l'heure, l'humain se décalerait tous les jours, et chacun finirait par dormir à un horaire différent de la journée ou de la nuit rendant incompatible une vie en société. L'horloge interne est donc resynchronisée en permanence sur un cycle de 24 heures par des agents extérieurs. (13)

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Outre la lumière du jour, d'autres éléments permettent également cette synchronisation : les moments sociaux, l'activité physique, la température extérieure ou encore l'alimentation.
La régulation de ces donneurs de temps est essentielle pour les bébés et leur sommeil. (10)

Les horloges biologiques périphériques

Chaque fonction biologique importante est régie par une horloge à elle, destinée à optimiser l'efficacité de cette structure locale en fonction du contexte environnemental. Ces horloges périphériques sont présentes dans tous les organes et tissus aux fonctions essentielles : cœur, poumon, foie, muscles, reins, rétine, différentes aires du cerveau. Cela permet d'adapter leur activité au cas par cas par exemple s'il y a un travail de nuit, une activité physique intense etc. Ces horloges périphériques sont largement contrôlées par l'horloge centrale

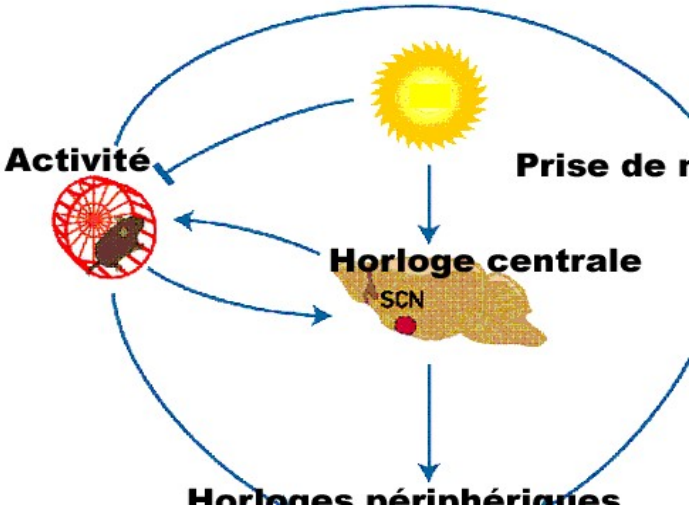

Figure 2 - fonctionnement des horloges biologiques

Le rôle de notre horloge biologique centrale est d'alterner des périodes de veille et de sommeil. Cela se traduit au niveau hormonal par l'alternance de la sécrétion de mélatonine et de cortisol, respectivement l'hormone du sommeil et celle de la veille.

La mélatonine est une hormone dont la sécrétion est typiquement circadienne. Sa production augmente en fin de journée peu avant le coucher, contribuant à l'endormissement. Elle atteint son pic de sécrétion entre 2 et 4 heures du matin. Sa concentration ne cesse de chuter pour devenir quasiment nulle au petit matin, peu après le réveil.

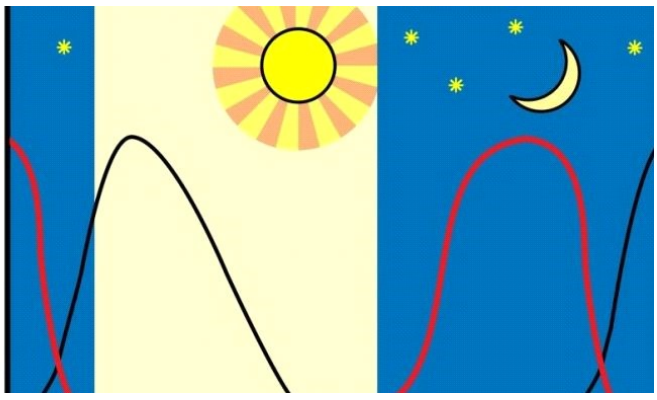
Figure 3 - variation des sécrétions de mélatonine et de cortisol selon le moment de la journée

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Ces connaissances permettent de définir un rythme fondamental, notre vigilance passe par des hauts et des bas tout au long des 24 heures : (14)

- Il existe une phase active entre 9 heures et 11h30 du matin ;
- Une phase de repli, de fatigue et de faibles performances physiques entre 12h et 14 heures
- Une nouvelle phase de haute vigilance entre 17 et 20 heures
- Une phase de fatigue et de très faible vigilance entre 23 heures et 5 heures du matin
- La phase la moins active se situe entre 2 et 5 heures du matin

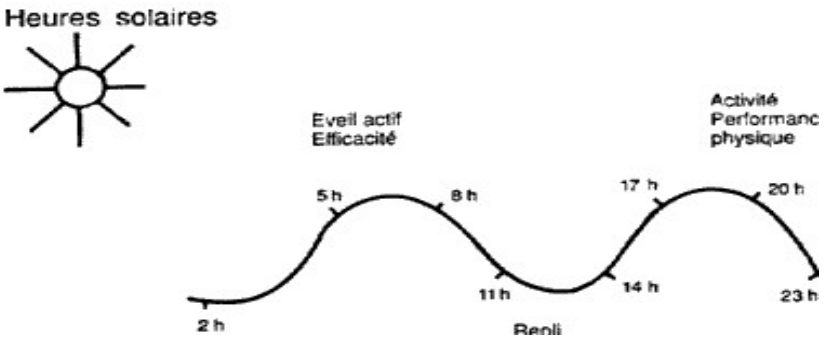

Figure 4 - variation des phases de vigilance selon le moment de la journée

Il découle de ce rythme fondamental des conséquences très concrètes (11)

En pratique, les accidents de voiture ou d'avion dus à une erreur humaine se produisent souvent vers 2 ou 3 heures du matin, heure où les potentialités physique et psychique des humains sont au plus bas. C'est le moment où les réponses, les réflexes sont au plus bas.

En pratique de médecine courante, les médicaments n'ont pas la même efficacité selon leur heure d'administration : la prise des médicaments de l'hypertension artérielle repose sur la variation sur 24 heures du risque d'infarctus plus important la nuit. La chimiothérapie des cancers sur le rythme de toxicité des antimitotiques, etc.

Dans ce domaine, l'étude des rythmes biologiques –la chronobiologie– a déjà permis quelques avancées. Des médecins français de l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif ont ainsi constaté qu'un médicament contre le cancer digestif (le florouracile) est cinq fois moins toxique quand il est perfusé autour de 4 h du matin plutôt qu'au milieu de l'après-midi. Dans le même esprit, en étudiant l'horloge biologique des cellules cardiaques, des chercheurs de l'Université de Lille (France) ont conclu que ces cellules étaient plus résistantes l'après-midi que le matin à la privation d'oxygène (ischémie) provoquée parfois par les chirurgiens afin de mener à bien une opération du cœur. Il est donc préférable de pratiquer l'intervention l'après-midi, afin de diminuer le risque de complications post-chirurgicales. (14)

Plus récemment, des chercheurs ont découvert que le foie influençait notre horloge biologique centrale en menant des expériences sur des souris (15). Ces résultats suggèrent qu'une

Licence CC BY-NC-ND 4.0

modification des rythmes du foie, par exemple lors de pathologies hépatiques telles que la cirrhose, pourrait affecter l'action de synchronisation de l'horloge centrale.

I.4.2. Le rythme ultradien

Il est défini par des périodes de moins de 24 heures comme la respiration ou les battements cardiaques

I.4.3. Le rythme infradien

Il correspond à des périodes de plus de 24 heures comme le cycle menstruel

I.5. Evolution de la structure du sommeil en fonction de l'âge

Nous avons vu que le sommeil est une fonction innée. Cependant, son organisation suit des étapes de développement importantes de la vie fœtale à la vie adulte. Ceci permet souvent de relativiser la mise en place des nuits chez les bébés.

Le sommeil du fœtus

Le fœtus est un gros dormeur. Il dort presque sans arrêt jusqu'aux dernières semaines de la grossesse. Rien ne le réveille ni même l'accouchement. Les états de veille sont pratiquement absents.
Dès la 20 ème semaine de grossesse il existe déjà une alternance d'activité et d'immobilité dont la périodicité aux environs de 50 minutes est pratiquement identique à celle du futur cycle de sommeil.

Les premières périodes de sommeil agité/calme apparaissent vers la 27 ème semaine de gestation.

Ces deux sommeils alternent régulièrement à 36 semaines de gestation.
Il existe une certaine organisation circadienne chez le fœtus. Elle commence à être connue mais on sait encore très peu de chose. Elle apparait dès la 22ème semaine de grossesse pour la fréquence cardiaque et respiratoire et les périodes d'activité. Cette rythmicité circadienne est probablement contrôlée par les noyaux supra chiasmatiques du fœtus. Les facteurs humoraux maternels (sécrétion de mélatonine et cortisol) et son rythme veille-sommeil sont des donneurs de temps importants pour synchroniser ce rythme sur 24 heures. Ce rythme est perdu à la naissance.

I.5.1. Le nouveau-né prématuré

Le développement du sommeil et de l'activité électrique du cerveau ne dépend que de son âge conceptionnel. Il faut donc parler en âge corrigé pour évaluer son sommeil. Exemple : un nouveau-né prématuré de 28 semaines aura à 3 mois d'âge légal un électroencéphalogramme et une organisation de sommeil pratiquement identiques à ceux d'un nouveau-né de quelques

Licence CC BY-NC-ND 4.0

jours. Sa vieille expérience de vie extra utérine n'aura presque pas influencé la maturation de ses neurones et l'organisation de ses états de vigilance.

I.5.2. Le nouveau-né (NN) et le premier mois de vie

Le nouveau-né ne diffère du fœtus que par deux transformations :

- L'apparition de nombreux éveils au cours des 24 heures probablement modulés par le rythme nouveau de la sensation de faim et de satiété mais pas uniquement puisque ces éveils existent aussi chez les nouveaux nés malades alimentés artificiellement ;
- La disparition pour quelques semaines de l'ébauche du cycle de 24 heures fœtal qui ne commencera à réapparaitre qu'à la fin du premier mois.

Sa journée s'organise selon plusieurs états de vigilance définis en 5 stades :

- Le sommeil calme (40% du sommeil) lors duquel le NN est immobile, il ne présente aucun mouvement en dehors de quelques sursauts. Il n'existe aucune mimique, les yeux sont fermés et ne bougent pas. Ce sommeil n'est interrompu par aucun éveil. Sa durée est presque toujours la même, de 20 minutes environ. Ses caractéristiques sont tout à fait comparables à celles du sommeil lent chez l'adulte.

- Le sommeil agité (50% à 60% du sommeil), caractérisé par l'apparition de toute une série de mouvements corporels : mouvements fins au niveau des doigts et orteils, mouvements un peu plus amples au niveau d'un bras ou d'une jambe, mouvements corporels plus globaux d'étirements ou de flexions. Ces mouvements sont stéréotypés : le nouveau-né grogne, s'étire, devient rouge, nâille, puis ramène ses bras au niveu du visage. Ces mouvements sont fréquents et se répètent parfois toutes les 3 à 5 minutes. Les yeux bougent, remuent sous les paupières fermées puis les paupières peuvent elles-même s'entrouvrir à plusieurs reprises. En dehors de ces périodes d'agitation, le tonus d'un enfant en sommeil agité est extrêmement bas.

  Ce sommeil est l'équivalent du sommeil paradoxal chez l'adulte. Il est beaucoup moins stable que le sommeil calme, beaucoup plus léger avec de nombreux micro-réveils. Cette instabilité conduit à des durées de sommeil agité variables de 10 à 45 minutes, la moyenne étant de 25 minutes. Ce sommeil peut aisément être confondu avec une période d'éveil par les parents.

- L'état de veille calme : il s'agit des moments d'éveil tranquille, attentif. Le nouveau-né a les yeux ouverts, brillants, il regarde activement le visage qui lui sourit ou lui parle, et peut même suivre des yeux un objet coloré dès les premières heures de vie. Cet éveil calme est dans les premiers jours de vie limité à quelques minutes, 3 à 5 en moyenne et pas plus de deux ou trois fois par jour. Au fil des jours, il sera de plus en plus capable de prolonger ces périodes calmes

- Les états de veille agitée et avec pleurs. Ce sont des moments d'éveil beaucoup moins conscients et beaucoup moins attentifs que l'état de veille calme. L'enfant se renferme en lui-même, suce son pouce ou sa langue, laisse flotter son regard, réagit peu et lentement si on lui parle. Ses paupières sont parfois à demi fermées, la

Licence CC BY-NC-ND 4.0

respiration est irrégulière, le cœur rapide. Il donne souvent une impression de malaise, gémit un peu, grimace et bouge fébrilement bras et jambes. Souvent il pleure violemment, insensible à toute consolation. Les premiers jours, ces état de veille agité sont beaucoup plus fréquents et prolongés que les états de veille calme. Puis peu à peu au long des semaines, ils vont se réduire. Pour certains enfants ils ne sont presque plus repérables à 3 mois, sauf dans les minutes qui précèdent l'endormissement.

Une fois ces stades définis, nous pouvons expliquer comment se structure la journée d'un NN jusqu'à ses 1 mois :

Un NN dort beaucoup ; en moyenne de 14 à 17 heures par 24 heures. Les éveils sont essentiellement les états de veille agitée et rarement quelques brefs épisodes de veille calme. Le nouveau-né ne différencie pas le jour de la nuit ; il dort presque autant le jour que la nuit. Il est encore insensible à l'environnement lumineux et ses éveils se produisent indifféremment à n'importe quel moment. Le sommeil est morcelé en périodes ultradiennes de 3 à 4 heures.

Le nouveau-né s'endort presque toujours en sommeil agité. C'est l'une des caractéristiques fondamentales de cette période puisque l'adulte, lui, s'endort en sommeil lent.

Les cycles du sommeil sont courts, constitué d'une phase de sommeil agité puis de sommeil calme, ils durent environ 50 à 60 minutes. L'enchainement de 3 ou 4 cycles permet un sommeil de 3 à 4 heures consécutives pendant le premier mois.

I.5.3. Le bébé de 1 mois à 6 mois

C'est le moment de la vie où le sommeil évolue le plus rapidement, période de transition importante entre le sommeil du NN et celui de l'adulte, avec trois composantes fondamentales :

- Apparition d'une périodicité jour/nuit qui survient spontanément vers la fin du premier mois. Quelques périodes de sommeil plus longues pouvant atteindre jusqu'à 6 heures consécutives qui se manifestent la nuit, des éveils journaliers qui s'allongent peu à peu. Progressivement, cette tendance s'améliore ; l'enfant devenant capable d'un sommeil nocturne de 9 heures vers l'âge de 3 mois et de 12 heures entre 6 mois et 1 an.

- L'évolution de la qualité du sommeil. Le sommeil agité des premiers jours, très instable, léger, vulnérable, entrecoupé de fréquents éveils et de mouvements corporels, va progressivement laisser place à un sommeil de plus en plus stable. Le sommeil agité de l'ordre de 50 à 60 % du sommeil total à la naissance, ne représente plus que 30 % à 6 mois soit un chiffre proche de celui de l'adulte

- Apparition progressive des rythmes de 24 heures synchronisés sur le rythme jour/nuit

  P.Hellbrugge (16) en a étudié la genèse sur les principaux rythmes physiologiques, à savoir rythme de température, de fréquence cardiaque et des diverses fonctions du rein. Il a pu démontrer des différences nettes d'activité entre les valeurs maximales et

Licence CC BY-NC-ND 4.0

minimales, diurnes et nocturnes pour ces différents rythmes à partir de 4 semaines de vie, l'alternance lumière/obscurité étant le premier donneur de temps.

Le premier signe d'apparition d'un rythme circadien veille-sommeil est la survenue entre 3 et 4 semaines de vie, d'une longue phase quotidienne d'éveil entre 17 et 22 heures, qui se traduit souvent par des pleurs ou cris incoercibles, pouvant être interprétés à tort par les parents comme des pleurs de faim ou de douleurs.
Dans le premier mois de vie, les rythmes qui s'installent sont encore presque indépendants de l'environnement, peu influencés par le rythme libre ou non de l'alimentation et de l'alternance jour/nuit.

I.5.4. L'enfant de 6 mois à 4 ans.

Il va progressivement réduire son temps de sommeil diurne. Les endormissements se font comme pour l'adulte en sommeil lent avec apparition de la rythmicité déjà décrite, de plus de sommeil lent profond en début de nuit, et plus de sommeil lent léger et sommeil paradoxal en fin de nuit.
A l'âge de 6 mois, sous réserve d'une bonne évolution staturo pondérale, un bébé n'a plus besoin de se nourrir la nuit.

I.5.5. L'enfant de 4 à 12 ans

Le temps de sommeil global se réduit. C'est une période plutôt stable d'un point de vue du sommeil.
La disparition de la sieste peut se faire à 4 ans mais quelques enfants en ont besoin jusqu'à 6 ans. Il y a une augmentation du sommeil lent profond en début de nuit.

I.5.6. Le sommeil de l'adolescent

Cette période est marquée par de nouvelles habitudes sociales. Or, à cette période, il existe également un allègement du sommeil profond ce qui s'accompagne souvent d'un retard à l'endormissement et d'un déficit en sommeil chronique.

I.6. Besoins en sommeil

En 2019, l'OMS publie de nouvelles recommandations concernant le sommeil des enfants et plus généralement pour grandir en bonne santé (2):

- L'enfant de moins d'un an devrait :
    - Etre physiquement actif plusieurs fois par jour de différentes manières, en s'adonnant à des jeux interactifs au sol, avec, s'il n'est pas encore mobile, au moins 30 minutes en position couchée à plat ventre en plusieurs tranches pendant qu'il est éveillé voir davantage, c'est d'autant plus bénéfique. .
    - Ne pas rester attaché pendant plus d'une heure à la fois (poussette, landau, chaise haute, etc) Il n'est pas recommandé de placer l'enfant devant un écran. Lorsque l'enfant n'est pas physiquement actif, on pourra lui lire ou lui raconter une histoire.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- Bénéficier de 14 à 17 heures de sommeil d'une bonne qualité les trois premiers mois et de 12 à 16 heures de sommeil de 4 à 11 mois, siestes comprises.

- L'enfant de 1 à 2 ans devrait
    - Consacrer au moins 180 minutes à différents types d'activité physique d'intensité diverses, notamment d'intensité modérée à forte, tout au long de la journée et même davantage si possible.
    - Ne pas rester attaché pendant plus d'une heure à la fois ni rester assis pendant des périodes prolongées. Il n'est pas recommandé de placer un enfant d'un an devant un écran. A deux ans, une heure devant l'écran doit être un maximum, moins c'est mieux. Lorsqu'il n'est pas physiquement actif, on pourra lui lire ou lui raconter une histoire.
    - Bénéficier de 11 à 14 heures d'un sommeil de bonne qualité, siestes comprises, en se couchant et en se levant tous les jours à la même heure.

- L'enfant de 3-4 ans devrait :
    - Consacrer au moins 180 minutes à différents types d'activité physique d'intensité diverses, dont au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à forte tout au long de la journée et même davantage si possible.
    - Ne pas rester attaché pendant plus d'une heure à la fois ni rester assis pendant des périodes prolongées. Une heure devant l'écran doit être un maximum
    - Bénéficier de 10 à 13 heures d'un sommeil de bonne qualité avec éventuellement une sieste en se couchant et se levant tous les jours à la même heure.

I.7. Les siestes

« Si un bébé dort moins la journée, il dormira mieux la nuit ». Ce cliché souvent entendu est complètement faux. Au contraire ; un bébé qui ne dort pas la journée aura tendance à accumuler du cortisol et à se réveiller la nuit ou tôt le matin. Jusqu'à environ 4 ans, les siestes sont indispensables pour les enfants ; elles permettent de construire de meilleures nuits et de mieux appréhender les journées.
Elles se planifient selon l'âge (17) (10) :

- De 0 à 3 mois : 4 à 6 périodes de sommeil dans la journée. Durant la journée, les signes de fatigue se manifestent facilement au bout d'1h- 1h15.
- Vers 4 mois : le rythme de 3 siestes s'établit, soit une sieste le matin, une en début d'après-midi et une autre en fin d'après-midi, tout en respectant le maximum de 2 heures d'éveils entre les périodes de siestes
- De 9 à 16-18 mois : une sieste en matinée et une autre en début d'après-midi

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- A partir de 18 mois : une sieste en début d'après midi
- Entre 2 et 3-4 ans : une sieste immédiatement après le repas du midi
- Vers l'âge de 4-5 ans : une période de repos, qui devrait demeurer toute la vie. Physiologiquement, le corps réclame ce temps d'arrêt en début d'après-midi.

A noter que lorsque le rythme jour/nuit est bien mis en place (en général après 4 mois), il est possible de faire le noir complet lors des siestes, si celles-ci s'avèrent compliquées. En effet, le noir complet permettra une sécrétion de mélatonine plus forte, mais elle ne perturbera pas pour autant le sommeil de nuit.

I.8. Les facteurs perturbant le sommeil

Le sommeil de tout être humain n'est pas quelque chose de linéaire et peut être perturbé par différents facteurs

I.8.1. Les inévitables périodes de régressions du sommeil inhérentes au développement de l'enfant

Elles sont appelées ainsi car elles se traduisent par, à nouveau, des réveils nocturnes nombreux. Elles sont pourtant en lien direct avec des "bonds" dans le développement psychomoteur de l'enfant (10)

- 4 mois = développement de la conscience du monde :

C'est à ce moment que bébé prend conscience de son environnement et que celui-ci se modifie peut-être lors de son sommeil. En cas de stratégies de sommeil autonomes, cette période de régression sera très courte.

- 8/9 mois : angoisse de séparation/découverte du monde à 4 pattes :

La possibilité de se déplacer est une liberté extraordinaire, mais aussi potentiellement une angoisse vis-à-vis de ce monde inconnu. Bébé peut manifester des réticences fortes et des pleurs intenses au coucher, notamment ceux des siestes, ainsi que des éveils la nuit.

- 12 mois : station debout et début de la marche :

De la même manière à cette période, bébé est poussé à l'éveil et à l'acquisition de nouvelles capacités motrices. Une des deux siestes peut s'avérer difficile, même s'il en a encore grandement besoin !

- De 18 mois à 2 ans et demi : affirmation de soi, développement du langage, angoisse de séparation :

L'enfant se confronte au cadre, peut refuser la sieste, ne veut plus interrompre ses interactions etc. Le langage lui permet de demander un dernier câlin, un bisou, de l'eau etc.
Toutes ces périodes de régression sont parfaitement normales et elles sont même un signe positif de développement de l'enfant. L'important dans ces périodes, est d'accorder durant les temps d'éveil de l'enfant une attention de qualité pour remplir son réservoir affectif.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Il faut aussi beaucoup de cohérence concernant le cadre de son sommeil. La fatigue allant, les parents seront tentés de reprendre bébé dans leur lit, de l'endormir au bras etc. C'est pourtant la stabilité dans le cadre qui permettra à l'enfant que ces régressions soient courtes

I.8.2. Les potentielles régressions du sommeil

Toutes les maladies bénignes (rhume, otites, coliques, érythème fessier etc) et poussées dentaires peuvent provoquer des régressions du sommeil dans le sens où elles créent de l'inconfort, peuvent induire à nouveau des réveils, auxquels les parents devraient répondre par du réconfort, des soins etc.

I.8.3. Les perturbations liées aux enjeux relationnels et à la sécurité

« Le sommeil est un acte de lâcher-prise. C'est un acte de confiance et de foi. On dort profondément quand on se sent en sécurité » (17)
Cet acte de lâcher prise est possible pour le bébé que s'il perçoit une sérénité au sein de son foyer. S'il règne une atmosphère tendue ou angoissante, le bébé peut les percevoir et avoir du mal à aller vers le sommeil.
Les enjeux relationnels sont un des plus gros facteurs de troubles du sommeil pour les enfants (10) Aller vers le sommeil signifie mettre fin à la communication avec le parent, ou la personne avec laquelle l'enfant est le plus en relation. Cela met en jeu la séparation.
Plus nous entrons dans les enjeux relationnels avec nos enfants et leur sommeil, plus nous mettrons potentiellement à l'œuvre de l'insécurité, des émotions, de l'incompréhension et des difficultés à se séparer.

I.8.4. Les perturbations du sommeil d'origine nutritionnelle

En cas de troubles du sommeil il est primordial de vérifier en premier lieu sa bonne croissance, à l'aide de la courbe staturo-pondérale chez un médecin généraliste ou pédiatre.
Un bébé qui mange suffisamment mouille entre 5 et 6 couches par 24 heures à partir du sixième jour de vie.
La mise en place de l'allaitement peut prendre jusqu'à 6 semaines, où il est conseillé de faire téter le bébé à la demande. Les bébés allaités au sein ne tardent pas davantage à faire leur nuit que les bébés allaités artificiellement ; sous réserve d'une bonne prise de poids, la différence tient souvent au comportement des parents qui estiment que le sein doit être donné à la demande pendant longtemps. Lorsque le bébé prend conscience de son environnement (vers les 4 mois), il se peut que s'il s'endort au sein, à chaque micro-réveil dans la nuit, il voudra recréer les conditions de son endormissement et redemandera le sein.
Pour un allaitement artificiel ou du lait maternel donné au biberon, on peut s'aider de la formule d'Appert qui permet de calculer la quantité de lait dont un bébé a besoin par 24 heures

Poids du bébé (en gramme) /10 + 250 ml

En divisant ce volume par le nombre de tétées/jour, on obtient la quantité optimale de lait/biberon à proposer pour le maintien d'une croissance de qualité.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

I.8.5. Les perturbations du sommeil liées aux soins et à la qualité de vie du bébé/enfant

Les changes de couche sont importants pour la qualité du sommeil de bébé. Ils doivent être fait toutes les 4 à 6 heures, avec mise d'une crème protectrice pour éviter les érythèmes fessiers qui peuvent créer un grand inconfort et des perturbations du sommeil.
Les temps de soins, les massages, sont autant de moments qui permettent une connexion avec l'enfant et qui permettent de remplir son réservoir affectif. Nos vies occidentales modernes et effrénées nous coupent souvent des vrais moments de qualité avec nos enfants. Ils ont pourtant besoin de faire le plein pour lâcher prise au moment de l'endormissement.

I.8.6. Les perturbations du sommeil liées à l'environnement de sommeil

Elles sont nombreuses

- Les écrans : la lumière bleue émise par les LED de nos écrans inhibe notre production de mélatonine. L'idéal serait de supprimer toute exposition aux écrans, qu'elle soit directe ou indirecte, pour les enfants de 0 à 3 ans.
- Le danger du sucre : de nombreuses études ont prouvé qu'une alimentation riche en sucre transformé était délétère pour notre sommeil. Le sommeil profond diminue au profit du sommeil lent et les réveils nocturnes sont plus nombreux (18)
- Importance des sorties : la lumière naturelle extérieure permet une meilleure synthétisation de la mélatonine. Les sorties font diminuer le stress et donc le taux de cortisol.
- La surstimulation des jouets : les jouets électroniques, qui émettent des sons et de la lumière, ont tendance à surstimuler le cerveau des bébés. Il en va de même pour les mobiles musicaux placés au-dessus du berceau.
- Un temps de motricité suffisant : les recommandations de l'OMS sur la santé du jeune enfant vont en ce sens : les temps de motricité libre pour un bébé sont primordiaux, permettant à l'enfant de se dépenser. Il faudrait dès les premiers jours de vie placer le bébé sur le ventre sur ses temps d'éveil pour qu'il développe sa motricité.

I.9. Les pleurs de bébé

Depuis une dizaine d'années, un courant de pensées laisse à croire que les pleurs de bébés seraient délétères pour leur cerveau et qu'il faudrait les éviter à tout prix. Ces pleurs élèveraient le taux de cortisol et induirait un stress important.

L'étude middlemiss menée en 2010 s'intitulant "Asynchronie de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien de la mère et du nourrisson après l'arrêt des pleurs du nourrisson induite pendant la transition vers le sommeil" (19) a influencé toute une génération de mamans. Vingt-cinq bébés de 4 à 10 mois ont été étudiés alors qu'avec leurs mères, ils « participaient » (participation bien involontaire en ce qui les concernait…) à un programme hospitalier de cinq jours d'« éducation au sommeil » inspiré par la méthode Ferber Le but était qu'ils apprennent à s'endormir sans aide – si ce n'était la visite régulière d'une infirmière. Dans une pièce voisine, leur mère pouvait entendre les pleurs sans avoir le droit d'intervenir (20).

Licence CC BY-NC-ND 4.0

L'étude montrait que le taux de cortisol chez les bébés au bout de la 3e nuit d'entrainement au sommeil restait élevé tandis que celui de la mère, dans une pièce à côté avait baissé.
Il est ressorti de cette étude qu'il ne fallait surtout pas laisser pleurer un bébé.
Ceci est en contradiction avec les conseils de nos ainés qui bien souvent préconisent de laisser pleurer les bébés jusqu'à ce qu'ils s'endorment, méthode appelée « l'extinction ».
Comme en toutes choses, il est préférable de considérer un juste milieu

Les pleurs sont importants

Les pleurs d'un bébé peuvent être très déroutants pour les parents. Ils provoquent chez la plupart d'entre eux une inquiétude et de la culpabilité, et sont soulagés quand le bébé ne pleure plus. Ils associent presque systématiquement les pleurs à des besoins primaires insatisfaits ou à l'indication d'une souffrance chez l'enfant.

En réalité, le vécu négatif éprouvé par les parents lors des pleurs du bébé met en jeu une identification projective de ce qu'a vécu lui-même le parent dans son enfance, un attachement parfois insécure, et des croyances liées à notre propre culture.
Les travaux d'Aletha SOLTER montre qu'un effet très bénéfique et essentiel des pleurs est la libération d'un stress. Les sources de stress chez un bébé sont nombreuses (sur stimulation, frustrations de l'apprentissage, douleur physique, expériences effrayantes, premier mode d'accueil etc) (21)

Dans son ouvrage pleurs et colères des bébés, des études biochimiques réalisées par le Dr WILLIAM H FREY (22).mettent en évidence une composition biochimique très différente des larmes que l'on sécrète lorsque nous sommes tristes, de celles provoquées par une agression telles que les émanations d'oignon coupé (les premières contiennent des toxines, les secondes n'en contiennent pas).

Selon Eric binet (23) pleurer serait donc un moyen pour l'organisme de se libérer de toxines au même titre qu'uriner, expirer, déféquer, transpirer.
De plus, les aires cérébrales engagées dans l'attention, la réalisation des objectifs, quand nous exerçons notre volonté, ne se déploieront complètement qu'entre 3 et 6 ans, ce qui veut dire qu'un bébé ne peut pas manipuler ses parents.

Le fait de vouloir éviter, réprimer les pleurs peut donc développer des comportements inadaptés. Par exemple, si dès qu'un bébé pleure le parent le berce activement, ou lui donne un biberon, il pourra développer un « automatisme de contrôle » qui deviendra au fur et à mesure que l'enfant grandit une réponse qu'il saura trouver ou se donner lui-même.

Les pleurs des bébés peuvent être des pleurs de communication, de besoins non satisfaits, ou liés à une douleur ; ils sont aussi des pleurs de guérison de tensions physiques ou émotionnelles. Dans le premier cas, la réponse sera donc de satisfaire ses besoins et en cas de douleur de trouver et soigner la cause. Dans le second cas, il s'agira de le prendre dans les bras, de lui permettre de pleurer comme on accompagnerait un enfant plus grand ou un adulte dans la peine.

« Laisser pleurer » un bébé n'est donc pas une bonne chose, mais l'éviter de pleurer non plus. La nuance se fait dans l'accompagnement de ces pleurs.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Le lien avec le sommeil

Nous l'avons vu, le sommeil est régulé par notre horloge biologique centrale qui elle-même sous-tend la sécrétion de deux hormones : le cortisol et la mélatonine. Si l'enfant accumule du cortisol lors de sa journée, il l'évacuera par les larmes pour favoriser le sommeil.

De plus, le sommeil en autonomie est bénéfique pour le bébé, puisqu'il évite des nuits hachées qui écourtent les cycles et amputent donc les différents stades du sommeil. Cette autonomie s'acquiert difficilement sans quelques pleurs. L'être humain n'est pas conçu pour découvrir et vivre ses émotions seul. Le mieux, particulièrement pour les nouveau-nés et les jeunes enfants, est de pouvoir prendre appui sur un adulte solide et empathique qui sait le recevoir. (10)

I.10. Recommandations MIN

La mort inattendue du nourrisson est le décès incompréhensible à première vue et imprévisible, le plus souvent pendant le sommeil, d'un tout petit qui semblait jusqu'ici en bonne santé apparente. C'est la première cause de décès chez les tout petits âgés de 28 jours à 1 an. En France chaque année 250 à 350 enfants de moins de deux ans décèdent de manière brutale en France.

Certaines mesures ont été mises en place depuis les années 1990 afin d'éviter la mort subite du nourrisson, ce qui a entrainé une réduction du nombre de décès au fil des années
Les campagnes nationales de sensibilisation ont participé à une baisse de 75% du nombre de décès liés à la MSN dans les années 1990. Cependant il est préoccupant de constater que depuis les années 2000, le nombre de décès demeure stable (24)

La MIN peut toucher un bébé de 0 à 24 mois, mais dans 8 cas sur 10 elle survient avant l'âge de 6 mois.
Recommandations pour un couchage sans risque jusqu'à un an
La grande majorité des morts inattendues du nourrisson survenant pendant le sommeil, il est primordial de limiter au maximum les risque d'étouffement quand bébé est endormi.

- Toujours sur le dos à plat, sur un matelas ferme dans un lit rigide et sans rien qui puisse gêner la respiration durant son sommeil
- Dans son propre lit, dans la même pièce que ses parents jusqu'à au moins ses 6 mois.
- Dans une turbulette, bien attachée et à la bonne taille, adaptée à la saison.
- Pas d'oreiller ni coussin ni couette ni drap ni couverture
- Pas de tour de lit ni de grosses peluches
- S'assurer que la température de la chambre soit entre 18 et 20 degrés
- Eviter de fumer pendant la grossesse et en présence du bébé

Licence CC BY-NC-ND 4.0

I.11. Facteurs culturels

Dans ce paragraphe, nous distinguons deux grandes cultures : la culture occidentale et extra-occidentale et deux styles dans l'interaction mère-enfant qui en découlent (25)
L'interaction « distale » qui prédomine dans les sociétés occidentales, favorisent la voix et le regard au détriment du toucher et favorise l'isolement de l'enfant.

L'interaction « proximale » qui prédomine dans les sociétés extra occidentales implique la prédominance du toucher où les bébés et leur mère dorment ensemble.
Pour certains, l'interaction proximale perturbe le sommeil de l'enfant, tandis que pour d'autres elle le favorise.

Pour Y. Govindama (26) ce débat ne prend pas en compte les croyances culturelles sous-jacentes à ces pratiques du coucher. Ce n'est pas la pratique du coucher qui est en cause, mais la représentation culturelle du sommeil et de son trouble, propre à chaque société. C'est elle qui détermine le mode d'accompagnement de l'enfant dans la séparation d'avec sa mère. Les croyances culturelles viennent faire tiers entre la mère et son bébé (27).

Au sein même de notre culture occidentale, deux courants ont tendance à s'affronter entre les personnes qui promeuvent un maternage proximal en avançant l'hypothèse qu'un bébé doit être lové contre ses parents pendant des mois, et ceux qui défendent plutôt une autonomie la plus rapide possible et un maternage dit distal.

Autrefois, pour des raisons médicales et selon certaines croyances que cela évitait les phlébites et embolies après l'accouchement (11) on prescrivait aux femmes des milieux privilégiés qui venaient d'accoucher de rester au lit couché avec leur bébé pendant trois semaines. Ceci favorisait l'allaitement et le sommeil spontané du bébé. Il en est de même pour un certain nombre de pays d'Afrique et d'Asie.

Dans nos sociétés actuelles occidentales, il n'est pas facile pour les mères de s'octroyer un temps de récupération. D'une part, car contrairement à nos ancêtres, nous avons favorisé la famille nucléaire au détriment de la famille « élargie », et d'autre part car le congés paternité jusqu'alors était très court.

Certaines femmes ne sont pas non plus prêtes à autant de disponibilité, et l'injonction à un maternage proximal à tout prix peut conduire chez certaines femmes fragiles à des dépressions sévères et à des comportements inadaptés envers son nouveau-né.
Les études s'accordent sur la fréquence croissante des troubles du sommeil du jeune enfant dans nos sociétés occidentales.

L'importance accordée au monde du travail, aux dépens des conditions de vie de l'enfant, ou encore le malaise des jeunes mères dans nos sociétés actuelles, souvent isolées, stressées, peu aidées, désemparées du fait de l'éclatement des familles et contraintes à des rôles sociaux (place familiale, profession), est mise en avant. Les auteurs des études transculturelles insistent sur la participation des représentations contemporaines du sommeil du jeune enfant, qui sous-tendent des pratiques de maternage visant à éloigner l'enfant de l'adulte

Licence CC BY-NC-ND 4.0

II. Troubles du sommeil chez le nourrisson, diagnostic et traitements

II.1. Troubles du sommeil du nourrisson

Les troubles du sommeil dans la classe d'âge de 0 à 2 ans sont une plainte courante en médecine générale, mais sont dus dans la majorité des cas à une mauvaise compréhension du sommeil par les parents et à des comportements inadaptés. Ils ont une origine médicale dans seulement 15 à 20% des cas (28)

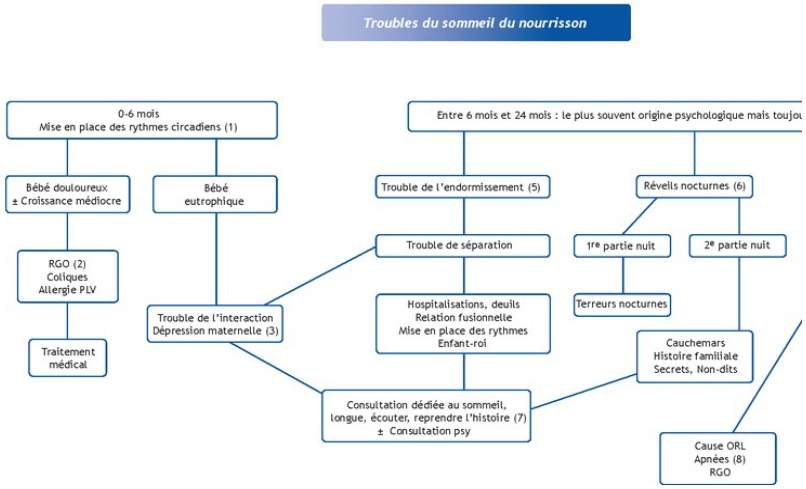

Figure 5 - arbre diagnostic des troubles du sommeil du nourrisson

Le graphique ci-dessus résument les troubles du sommeil que peuvent rencontrer les nourrissons jusqu'à 2 ans.
Nous les classerons selon que l'enfant ait plus ou moins de 6 mois

- Avant 6 mois

C'est une période charnière dans la mise en place des rythmes circadiens. C'est une période chaotique où le bébé cherche son rythme et donc nous ne pouvons pas parler de troubles du sommeil à proprement parler.
Nous suspecterons un trouble d'ordre médical lorsque le bébé semble douloureux et que cela retentit sur sa croissance. Il peut exister un RGO, des coliques ou encore une allergie aux protéines de lait de vache.
Le traitement sera adapté en fonction du problème : fractionnement des repas, gaviscon, inexium, ou encore lait sans protéines de lait de vache.
Lorsque le bébé est eutrophe, et ne semble pas douloureux, mais que la plainte parentale pour le sommeil est très pregnante, il faudra suspecter une dépression maternelle qui est présente dans 15 % des cas.

- De 6 mois à 2 ans

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Le plus souvent, les troubles du sommeil sont d'origine psychologique ou liés à des comportements inadaptés des parents. Cependant il faudra toujours examiner l'enfant lors d'une consultation dont le motif premier est une difficulté au sommeil.

Les troubles du sommeil peuvent être séparés en deux catégories selon que l'examen clinique de l'enfant soit normal ou non. Nous rechercherons les signes d'alarmes qui permettraient d'évoquer un problème médical

- Ronflements sonores
- Troubles alimentaires / régurgitation anormale
- Eveils nocturnes longs (>15 minutes) avec diminution du temps de sommeil total
- Eveils en première partie de nuit avec sommeil agité
- Fatigue diurne siestes inopinées, hyperactivité
- Trouble du comportement
- Retard staturo pondéral, cassure de la courbe de poids
- Examen neurologique ou psychomoteur anormal

En considérant que l'examen clinique et notamment psychomoteur est normal

- Les troubles de l'endormissement :

Le diagnostic de trouble de l'endormissement implique la présence de difficultés d'endormissement sérieuses pendant au moins 4 semaines avec cinq à sept épisodes par semaine. L'enfant doit avoir 12 mois ou plus(27). Ils traduisent une difficulté de séparation qu'elle soit due à un évènement traumatisant dans la vie de l'enfant ou dans celle de ses parents. La dépression maternelle peut conduire à une relation fusionnelle mère-enfant. L'"enfant-roi" témoigne des difficultés parentales à préparer l'enfant à accepter les règles de la vie en société. Les réveils nocturnes peuvent être associés aux troubles de l'endormissement, l'enfant étant incapable de se rendormir seul entre 2 cycles de sommeil, devant recréer les conditions de l'endormissement à chaque réveil.

- Les troubles de la durée du sommeil :

Ils se manifestent par des réveils nocturnes qui requièrent l'intervention parentale et/ou le déplacement de l'enfant dans le lit des parents. Un diagnostic de trouble de la durée du sommeil implique que des difficultés sérieuses de réveils nocturnes soient présentes pendant au moins 4 semaines avec cinq à sept épisodes par semaine ; L'enfant doit avoir 12 mois ou plus.

Les réveils nocturnes peuvent aussi être dus à :

- En première partie de nuit : en sommeil lent profond, sous forme d'une terreur nocturne. Elles apparaissent le plus souvent entre 12 mois et 4 ans (29)

Elles sont le plus souvent le signe d'une trop grande fatigue (10)

Elles se manifestent de la sorte : l'enfant est raide, il peut hurler, être violent, agité avoir les yeux ouverts, se déplacer. Globalement il est inconscient, le fait que le parent approche ne

Licence CC BY-NC-ND 4.0

changera rien à son attitude. Il est important de ne pas réveiller l'enfant. Le meilleur traitement de ce trouble est de rétablir un sommeil suffisant, de jour comme de nuit, de limiter les facteurs de stress et les temps d'écran.

- En deuxième partie de nuit : les cauchemars apparaissent à partir de 18 mois, en deuxième partie de nuit.

Il existe une différence entre mauvais rêves et cauchemars. Les premiers sont normaux, voire importants pour la gestion du développement de l'enfant et l'adulte. Les mauvais rêves ne nous réveillent pas. Les cauchemars en revanche sont si puissants qu'ils coupent le sommeil et créent un éveil. Faire un cauchemar de temps en temps est normal, lié au développement ainsi qu'aux apprentissages. Ce phénomène montre simplement qu'il y a eu un peu trop à gérer pour le cerveau durant la journée (10)

Lorsque les réveils sont répétés et angoissés, ils vont souvent être le témoin d'une histoire familiale complexe et de secrets parfois transgénérationnels que l'enfant percevrait avant même qu'on lui en ait parlé.

Toutes ces situations (cauchemars, troubles de séparation ou des interactions) justifient une consultation longue dédiée au sommeil. Le médecin reprendra l'histoire par l'interrogatoire ; les circonstances de la grossesse, de l'accouchement, des premiers mois de vie, puis questionnera les parents sur les deuils, l'histoire même de l'enfance des parents, les traumatismes familiaux. L'enfant n'a le plus souvent pas de problème psychologique mais les troubles du sommeil viennent révéler des difficultés dans la parentalité pour des parents parfois dans une souffrance ancienne. Le traitement médicamenteux est inutile, une aide psychologique est souvent nécessaire

En considérant que l'enfant a un examen clinique anormal

- Les causes ORL : parmi les causes médicales, elles sont les plus fréquentes notamment le RGO

L'apnée du sommeil est rare à cet âge. Elles sont dans la plupart des cas dues à une hypertrophie amygdalienne ou à des anomalies craniofaciales (syndrome de pierre robin, micrognatisme). Elles justifient un enregistrement polysomnographique.

- Si l'examen clinique révèle un mauvais contact et/ou un examen neurologique anormal ; les troubles du sommeil peuvent révéler des troubles neurologiques ou psychiatriques plus graves.

Dans les syndromes autistiques par exemple, l'insomnie silencieuse est un signe précoce trop souvent reconnu à posteriori et devra être évoquée chez un enfant ayant un trouble relationnel, des stéréotypies, un retard de langage. Dans le cadre d'un syndrome neurologique, on craindra toujours des crises convulsives et il faudra demander un EEG au moindre doute.
Enfin dans certaines maladies génétiques, le trouble du sommeil peut être un élément diagnostique s'il traduit une anomalie du rythme circadien comme dans le syndrome de Smith-Magenis ou dans le syndrome d'Angelman où il est associé à un retard mental

Licence CC BY-NC-ND 4.0

II.2. Diagnostic

II.2.1. Les outils de dépistage

L’agenda du sommeil

Il sert à évaluer le sommeil de son enfant sur plusieurs jours, nuit et siestes comprises, et potentiellement repérer des erreurs dans les rythmes. Il servira au professionnel lors d’une consultation dédiée au sommeil et aider à corriger d’éventuels problèmes. (30)

- Visualiser sur plusieurs jours le rythme veille/sommeil ;
- Évaluer la durée du sommeil, son organisation jour/nuit ;
- Repérer les horaires d’endormissement après le coucher et les réveils du matin, leur régularité ou irrégularité ;
- Évaluer le délai d’endormissement après le coucher, la durée et l’horaire des réveils nocturnes et des siestes ;
- Suivre d’autres éléments comme la régularité des repas, les activités scolaires et extrascolaires organisées avant le coucher.

Une consultation dédiée avec un professionnel de santé parait indispensable si les troubles du sommeil de l’enfant sont si importants qu’ils entravent l'équilibre familial.

Un pédiatre ou médecin généraliste habilité pourra faire un examen clinique rigoureux, regarder la courbe de poids pour diagnostiquer un éventuel trouble d’ordre médical. S’il existe une suspicion de RGO , il pourra prescrire un médicament anti-reflux.

Si c’est une apnée du sommeil qui est suspectée, il pourra prescrire un examen complémentaire

Enfin, il existe un livret de repérage pour les troubles du neurodéveloppement (31), qui permettra d’orienter les jeunes enfants vers des professionnels adaptés.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

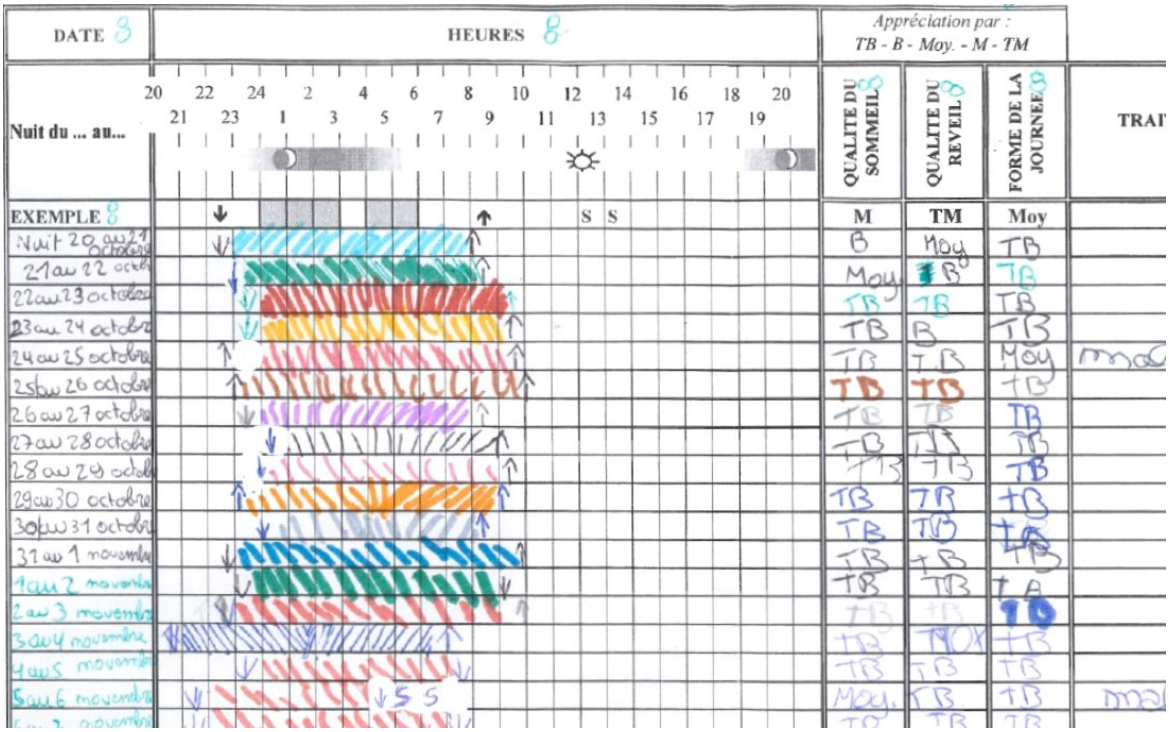

Figure 6 - exemple d'agenda du sommeil

II.2.2. Les examens complémentaires

II.2.2.1. L'actimétrie

L'actimètre enregistre le taux d'activité d'une personne durant la nuit et le jour. C'est un petit appareil ressemblant à une montre, porté pendant une période d'au moins deux semaines. Pendant le sommeil, le corps est au repos et l'activité est proche de zéro. La durée et la qualité du sommeil peuvent être mesurées pendant la nuit et le jour, ainsi qu'à l'occasion des heures d'endormissement et de réveil. Cette technique est objective, par conséquent plus fiable que l'agenda, et en présente les mêmes avantages. Le bracelet se porte à la cheville chez le nourrisson, au poignet chez l'enfant

II.2.2.2. L'enregistrement vidéo

Il permet d'identifier certains troubles du sommeil comme les parasomnies (le somnambulisme par exemple), des efforts respiratoires anormaux ou des apnées en cas de syndrome d'apnées du sommeil.

II.2.2.3. La mesure de la saturation en oxygène durant la nuit

L'oxymétrie permet de faire une estimation rapide de la saturation de l'oxygène dans les artères. Un petit capteur placé autour du doigt ou sur l'oreille détectera les désaturations (baisse du taux d'oxygène) liées aux difficultés respiratoires. Si ces dernières sont excessives, un problème respiratoire peut alors être rapidement identifié. Cette méthode est utilisée pour

Licence CC BY-NC-ND 4.0

le syndrome d'apnées du sommeil ou pour les maladies cardiovasculaires. Si le résultat est normal et qu'il y a des troubles faisant penser à des apnées du sommeil, il faudra faire un examen plus complet comme la polysomnographie.

II.2.2.4. La polysomnographie :

Elle permet de diagnostiquer un SAOS, qui est cependant rare à cet âge. Une polysomnographie comporte l'enregistrement de nombreux signaux. Ceux de l'activité électrique du cerveau et de différents paramètres qui permettent, soit de différencier les stades de sommeil, comme les mouvements des yeux et la tension des muscles du menton, soit de rechercher des anomalies associées au sommeil (mouvements des jambes, troubles du rythme cardiaque ou troubles respiratoires).

En pratique, le technicien chargé de l'enregistrement colle des capteurs (électrodes) avec une colle naturelle, sur la tête, les tempes, le menton, les jambes, et le thorax. Deux ceintures, l'une thoracique, l'autre abdominale, enregistrent les mouvements respiratoires. Des capteurs de son et de position sont collés à la base du cou et sur le thorax. Un autre en forme de tube, se met sous le nez permettant ainsi de visualiser l'air qui passe par les narines. Enfin un doigtier autour de l'index enregistre l'oxygénation du sang.

Tous ces capteurs ne sont pas douloureux, mais sont reliés à des fils qui limitent les mouvements. Chez les enfants de moins de 3 ans, il est parfois difficile d'expliquer l'examen. L'enfant peut vouloir retirer les capteurs, ou les « gratter » ce qui rend les tracés difficiles à interpréter. Il faut parfois recommencer un examen lorsque les signaux ne sont pas satisfaisants.

Une apnée peut être retenue à partir de 3 secondes d'arrêt du flux aérien chez le nouveau-né et 5 secondes chez le nourrisson et l'enfant. (28)

II.3. Traitements

II.3.1. Les traitements médicamenteux

Chez les nourrissons, les traitements médicamenteux pour le sommeil à proprement parler sont exceptionnels voire inexistants.
Récemment, le SLENYTO (mélatonine) a obtenu l'AMM dans le traitement de l'insomnie chez les enfants et les adolescents de 2 à 18 ans, présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un syndrome de Smith-Magenis, lorsque les mesures d'hygiène du sommeil ont été insuffisantes.(32)

Si les troubles du sommeil sont d'ordre médicaux, les traitements seront adaptés en fonction du type de problèmes rencontrés que nous ne détaillerons pas ici (RGO-Inexium / SAOS-amygdalectomie et adénoïdectomie / Allergie-éviction des PLV)

La prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant d'ordre comportemental ou psychologique est diversifiée. Le type de thérapeutique proposée dépend essentiellement de l'orientation du thérapeute.

Le traitement peut associer selon les cas : une psychothérapie psychodynamique mère-bébé ou parent-bébé, une thérapie familiale, une psychothérapie comportementale avec guidance interactive et dans des cas plus exceptionnels un traitement médicamenteux (27). Dans ces cas de troubles du sommeil diagnostiqué, l'amendement de ceux-ci est le but premier de la

Licence CC BY-NC-ND 4.0

prise en charge mais ne constitue pas une fin en soi. L'agenda du sommeil sera un guide tout au long du traitement

L'approche comportementale est très développée aux Etats-Unis et en expansion en France avec l'avènement des consultantes en sommeil. Elle se focalise sur la mise en place précoce d'habitudes de sommeil positives. Les techniques cognitives ont pour objectif de modifier les idées et croyances erronées sur le sommeil des parents. Ces croyances sont à l'origine de comportements inadaptés et sont associées à un sommeil de mauvaise qualité chez l'enfant.

II.3.2. L'approche comportementale

Nous utilisons dans ce cas le mot accompagnement plutôt qu'apprentissage au sommeil car, comme dit plus haut, le sommeil est une fonction innée. Les bébés savent dormir tout comme ils savent digérer.
Le parent doit plutôt comprendre le sommeil de son bébé pour pouvoir l'accompagner au mieux. Si nous entravons la fonction sommeil par nos comportements, les nuits et siestes de bébé seront entrecoupées/écourtées et les trains de sommeil impossibles à prendre car bébé sera toujours en retard (livre GG)
Pour Thirion et Challamel (référence), 3 points sont fondamentaux à garder à l'esprit quand il s'agit du sommeil du bébé

- La simplicité : il est simple d'accompagner le sommeil d'un enfant, comme de lui apprendre à manger. Un enfant découvre tout naturellement son sommeil. Il y faudra comme pour n'importe quel autre aspect du rôle parental, « beaucoup de tendresse, un brin de fermeté, des moments spécifiques de disponibilité, le moins d'angoisse possible, un sacré bon sens et, probablement, pas mal d'humour ». Il faudra aussi, parfois, éviter des erreurs, transiger, trouver le meilleur compromis entre ce que l'on sent bon pour l'enfant, adapté à ses rythmes et les nécessités impérieuses du quotidien, les horaires de travail des parents, les modes de gardes, les voyages indispensables, l'entrée à l'école, le bruit dans la rue, ou le partage de la chambre avec d'autres enfants etc.

- Suivre au plus près l'évolution de l'enfant

  Nous l'avons vu précédemment, le sommeil d'un enfant se construit au fil des mois, il se structure. La progression dans la qualité des nuits d'un bébé s'effectue au fur et à mesure que sa maturation cérébrale organise mieux son « horloge intérieure », et au fur et à mesure que l'enfant devient moins dépendant de ses horaires alimentaires parce qu'il se constitue ses propres réserves alimentaires et peut ainsi tenir 8 à 12 heures sans manger. Il est tout aussi aberrant de laisser pleurer toute une nuit un nouveau-né de trois jours pour qu'il trouve son sommeil que de se lever six fois par nuit pour répondre aux appels réitérés d'un nourrisson de 8 mois.

- La souplesse.

  Chaque enfant a son propre rythme et il faudra souvent faire preuve de patience et de compréhension pour accompagner son bébé.
  L'enfant ira à son rythme mais trouvera d'autant mieux son équilibre qu'il se sentira soutenu, guidé, encouragé par les demandes chaleureuses, aimantes de ses parents.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Les 4 à 8 premières semaines

Il faut considérer les premières semaines de vie comme une période de transition. Le nouveau-né vient de passer 9 mois dans l'utérus de sa mère, rond et mobile, en entendant des bruits lointains, tamisés. Il doit s'adapter à son nouvel environnement, un berceau froid et plat, des bruits stridents, il va connaître la sensation déplaisante de faim, et celle de satiété.

Pendant cette période tellement nouvelle pour lui, il serait préférable que le bébé soit juste à portée de main pour le rassurer, l'idéal serait de lui épargner à tout prix les moments de pleurs et d'angoisse. Il faut lui offrir de la sécurité, essayer de reproduire les composantes de base de sa « vie antérieure » (dos arrondi ; tête tenue, chaleur, bruits connus d'un cœur contre son oreille, odeur maternelle, mouvements lents de bercements etc)

Il faut satisfaire ses besoins fondamentaux ; assouvir sa faim et changer ses couches.

Un bébé perçoit les sensations, les angoisses et les désirs de ceux qui le prennent en charge, on dit qu'il vit en « résonnance émotionnelle » avec ses parents. Si un nouveau-né ne trouve pas le sommeil, il ne suffit pas de le bercer de lui parler doucement, il faut rechercher pour soi l'apaisement et la tranquillité (11)

Pendant tout le premier mois de vie, l'idéal serait de laisser trouver son propre rythme à l'enfant sans jamais intervenir de façon inconsidérée. Il ne connaît pas le rythme jour-nuit, cela signifie que ses appels peuvent survenir indifféremment de jour et de nuit. Bien que très difficile pour les parents, il faudrait accepter ce rythme anarchique des premières semaines sans essayer de l'entraver, car le rythme va se mettre en place seul, spontanément, naturellement. Il faudrait dans la mesure du possible, pour les parents, se mettre au rythme de l'enfant, pour éviter une fatigue excessive et des humeurs dépressives qui pourraient en découler.

En théorie il ne faudrait pas réveiller un nouveau-né ; sous réserve d'une bonne prise de poids, ni pour le faire manger ni pour le changer, ni pour la visite de la famille et des amis.

Le nouveau-né comme décrit plus haut, passe la moitié de son sommeil en sommeil agité, confondu bien souvent par les parents avec des phases d'éveil. Il faut savoir reconnaître ses phases de sommeil agité où le bébé peut pleurer, se crisper, ouvrir les yeux etc. Si les parents interviennent, cela casse le rythme de son sommeil et peut l'empêcher de découvrir l'alternance spontanée de sommeil paradoxal et sommeil lent. Cela fatigue l'enfant, l'empêche de se retrouver en paix dans ses rythmes propres.

Il est bon que les tétées de nuits soient plus silencieuses et dans un environnement plus sombre que celles du jour. Cela donne des repères au bébé au plus tôt et lui permettent de trouver son rythme jour-nuit plus facilement.

Un enfant qui dort lové contre ses parents est en sécurité, ce n'est pas le gâter de façon scandaleuse que de lui offrir ce plaisir et cette sécurité

Il est utile de rappeler qu'il existe des contre-indications absolues au partage du lit :

- Les cas où la mère risquerait de ne pas se rendre compte qu'elle peut étouffer son bébé (somnifères, alcool, drogues fatigue extrême.)

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- Le lit non adapté (matelas mous, couette trop chaude)
- Un élement intercurrent ou en lien avec l'état de santé de l'enfant qui pourrait directement déprimer le rythme respiratoire du bébé : tabagisme, fièvre, prématurité

Une étude parue en 2004 analysant les causes du décès par MIN conclut que plus de la moitié des cas pourraient encore être évités si les bébés dormaient dans la chambre des parents mais pas dans leur lit
L'idéal serait dont de prendre un berceau attaché au lit de ses parents

Lui apprendre le berceau

Le berceau va devenir petit à petit pour le bébé une sécurité, un lieu hautement important pour lui puisqu'il va y passer plus des deux tiers du temps la première année de sa vie.
Il faut y aller progressivement :
Dans un premier temps le bercer doucement en lui mettant la main sur son dos jusqu'à ce qu'il s'endorme puis diminuer au fur et à mesure le temps de cette aide jusqu'à ce qu'il puisse sy endormir seul.

La prévention des troubles du sommeil
Il faut respecter le rythme des bébés. Bien qu'ils soient tous différents, le sommeil est crucial pour eux. Avoir en tête les tranches de besoin en sommeil, la durée maximale des temps d'éveil est primordiale.

Figure 7 - temps d'éveil recommandé par âge

Il faudrait dans la mesure du possible coucher bébé dès l'apparition des signes de fatigue (frottement des yeux, bâillements, regard dans le vide etc…) pour lui permettre de prendre le train de sommeil et ainsi de ne pas surproduire du cortisol.

La notion de rituel

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Le rituel a une place très importante pour le bébé. Il le sécurise et lui permet de se laisser aller et de lâcher prise. Chaque famille invente son propre rituel, il peut varier selon l'âge du bébé. Il est important que ce soit le même rituel chaque soir et pour chaque sieste. Instaurer un rituel de lever est également important puisque le bébé comprend que c'est la fin de la nuit/sieste
Un exemple de rituel pour le coucher du soir :

- Donner le bain a une température entre 36 et 38°C,
- Habiller bébé
- Lui donner son biberon
- Lui lire une histoire dans une pièce calme, idéalement après 18 mois
- Le coucher dans son lit, lui chanter une comptine, lui dire des mots doux puis lui dire bonne nuit, on se retrouve demain)

Le rituel peut être mis en place très tôt dans la vie du bébé, dès le premier mois de vie.

Après 4 à 8 semaines : l'apparition des cycles jour/nuit

Après la fin du premier mois se produit dans la vie de l'enfant un évènement important : il va commencer à entrevoir la différence jour/nuit.

Cette organisation ne dépend du mode de vie de l'enfant mais bien d'une programmation intérieure, génétique. Les variations du rythme cardiaque surviendront vers le premier mois de vie, le cœur « freine aux heures biologiques et accélère aux heures d'activité et d'éveil.

La première manifestation de l'apparition du rythme jour/nuit est une longue période d'agitation quand survient le soir, avec une phase de pleurs (que l'on appelle pleurs de « dysrythmie »)/cris très intense, pouvant durer plusieurs heures, confondus à tort par les parents avec des cris de faim ou de douleurs. Ce signe peut durer près de trois mois et est vécu très difficilement par les parents puisque bien souvent incompris.

Les parents remarquent d'ailleurs que le bébé réagit à tous les efforts de consolation par davantage de cris. La meilleure réaction est donc de l'accompagner, en le prenant dans les bras, dans une pièce sombre, sans essayer de le consoler par des paroles ou des bercements. La bonne nouvelle est que cette période d'agitation de fin de journée s'accompagne souvent d'un rallongement des plages de sommeil, d'environ 5 / 6 heures et l'espacement des tétées de nuit.

L'adaptation de l'enfant à sa propre horloge intérieure est un mécanisme subtil, très délicat, que des variations intempestives peuvent compromettre. Il serait donc logique d'éviter pendant cette période, les changements fréquents de lit ou de berceau, les absences des parents qui s'occupent de lui, les voyages etc.

Au-delà de 6 mois

Selon Thirion et Challamel(11) , cela serait la période où tout se joue, la période « facile » où le bébé va trouver son rythme fondamental, va apprendre à dormir des nuits complètes de 8 ou 9 heures minimum. Il s'approche ainsi de la maturité cérébrale de sommeil, il s'endort en sommeil lent et non plus paradoxal, celui-ci diminue au profit du sommeil lent profond

Licence CC BY-NC-ND 4.0

En parallèle, les moments d'éveils s'allongent considérablement, il découvre le jeu, observe, apprend à appeler, explore ses mains etc. Il a encore besoin de larges plages de sommeil la journée
La journée se décompose en général comme suit :

- Réveil en début de matinée et tétée
- Une sieste assez longue le matin
- Repas vers midi
- Longue sieste l'après-midi
- Dernière petite sieste en fin de journée
- Repas en fin de soirée puis longue nuit

Sous réserve d'une bonne croissance staturo pondérale, le bébé à partir de 6 mois n'a plus besoin de manger la nuit car il a constitué des réserves énergétiques suffisantes. Les visites régulières chez le pédiatre confirment cette bonne évolution.

Les parents interprètent parfois à tort les pleurs de nuit comme des pleurs de faim, se traduisant souvent par des réveils intempestifs jusqu'à un an voire au-delà.

Pour aider bébé à faire des nuits complètes, il faut comprendre la notion d'endormissement autonome. En effet, l'être humain aime garder tout au long de la nuit les mêmes conditions dans lesquelles il s'est endormi. Exemple : si l'on s'endort avec notre conjoint et qu'il part dans la nuit, lors d'un de nos micro-réveils, nous allons probablement nous inquiéter si l'on ne le voit plus à côté de nous, cela produira un réveil plus long.

Il en est de même avec les bébés. Au-delà de 6 mois, le rythme fondamental mis en place, les réserves énergétiques constituées, il est important-si cela est le choix des parents- de l'accompagner dans des stratégies d'endormissement autonome, qu'il pourra reproduire seul tout au long de la nuit et ainsi lui éviter des réveils intempestifs et un sommeil haché de mauvaise qualité.

Quelques conseils selon Thirion et Challamel :

- Le coucher dans son lit, dans sa chambre dès qu'il commence à s'endormir et que sa vigilance baisse et lui dire clairement « bonne nuit, à demain »
- S'il se réveille la nuit attendre un peu avant de se précipiter pour le faire manger, lui donner la possibilité de se rendormir de lui-même
- Ne mettre dans son lit que des objets compagnons de son sommeil (doudou) La tétine risque de produire des réveils intempestifs s'il ne sait pas la reprendre seul.
- Ne pas rester à côté de lui dans la chambre
- Ne pas l'endormir dans les bras

Entre 6 et 9 mois
Si tout va bien, les problèmes de réveils intempestifs nocturnes sont résolus, l'enfant n'a plus besoin de se nourrir avant le matin, il a franchi les différentes étapes de maturation, il arrive

Licence CC BY-NC-ND 4.0

maintenant à un sommeil de type « adulte » qu'il gardera plus ou moins toute sa vie, et à faire des nuits complètes de minimum 10 heures.

Après 12 mois

Si les bonnes habitudes citées ci-dessus ont bien été prises avant 1 an, le coucher de votre enfant est un moment serein, il passe de bonnes nuits de sommeil avec 1 ou 2 siestes en journée.

Pour aider l'enfant à garder un bon sommeil : (33)

À privilégier

- Gardez un rituel de coucher et privilégiez ce moment particulier avec votre enfant.
- Utilisez ce même rituel de coucher en vacances, le week-end et en semaine.
- Observez votre enfant et essayez de trouver l'heure de coucher qui lui convient.
- Gardez des horaires réguliers de coucher, de lever, de siestes et d'activités.
- Trouvez des activités stimulantes pendant la journée. Favorisez notamment l'exercice physique en plein air.
- Diminuez l'intensité de la lumière le soir et ouvrez grand les volets, le matin. L'alternance lumière/obscurité est importante pour synchroniser l'horloge biologique sur le rythme jour/nuit.

À éviter

- Pas de biberon pour aider votre enfant à s'endormir.
- Le lit de l'enfant doit être réservé au sommeil – ne pas surcharger son berceau de jouets.
- Aller au lit ne doit pas être une punition.
- Évitez les boissons contenant de la caféine (soda type cola).
- Limitez le temps de télévision, surtout le soir.
- Pas de télévision dans la chambre de votre enfant.

Les différentes méthodes

Depuis quelques années, de manière concordante avec l'augmentation des troubles du sommeil des bébés, on assiste à l'avènement des consultantes en sommeil et de différentes méthodes proposées pour permettre aux bébés de faire ses nuits. (34)

- La méthode E ;A ;S ;Y

À travers sa méthode E.A.S.Y., Tracy Hogg propose un certain rythme de vie à respecter pour favoriser le sommeil de bébé ainsi que son propre quotidien : bébé est nourri au réveil (Eat), bénéficie d'un temps de soin ou d'activité (Activity) et est couché dès les premiers signes de fatigue (Sleep) pendant que les parents profitent de son sommeil pour prendre du temps pour eux (You). Cette proposition répond au constat que les jeunes parents ont du mal à distinguer les pleurs dus à la faim de ceux dus à la fatigue.

En parallèle, Tracy Hogg propose sa méthode « Prendre et reposer » pour mettre en place l'endormissement autonome. C'est une méthode simple qui consiste à intervenir dès que son enfant pleure, et autant de fois que nécessaire, sans avoir d'autre action que celle de le prendre dans les bras en attendant qu'il se calme avant de le reposer éveillé et serein dans son lit.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- Un sommeil paisible et sans pleurs de Elizabeth Pantley

Cet ouvrage d'Elizabeth Pantley offre un contenu rigoureux et scientifique : il promet une très bonne compréhension des besoins en sommeil des bébés et des enfants. La théorie est solide, mais la pratique plus complexe et surtout très restrictive.

La méthode « un sommeil paisible et sans pleurs » est composée de 4 phases : l'observation, la mise en place d'un emploi du temps de sommeil, l'introduction de rituels lors des couchers et le sevrage nocturne progressif. Chaque phase nécessite de bonnes connaissances et doit donc être réalisée en lien étroit avec les informations contenues dans le livre. Par exemple, l'emploi du temps de la phase 2 doit impérativement être calculé en accord avec le rythme biologique de son bébé et selon son âge, que cela soit pour ses repas ou ses temps de sommeil. Procéder étape par étape de cette manière permet donc au parent de s'assurer de la bonne compréhension du sommeil de son bébé avant d'effectuer un changement radical.

La dernière phase vise à réduire la durée des tétées nocturnes, mais aussi à abolir toute association de la succion avec l'endormissement : cela consiste à retirer le sein ou la tétine et à fermer tout doucement la bouche de son bébé juste avant l'endormissement.

- La méthode des 15 secondes de Brigitte Langevin

(Préconisée par l'autrice de 2 mois à 12 mois)

La méthode des 15 secondes repose beaucoup sur la sécurité intérieure du parent, ainsi que sur l'accompagnement des émotions du bébé. Elle consiste à être présent dans la chambre de son bébé et en dehors de son champ de vision, afin de pouvoir réagir par la voix, la respiration ou à le prendre dans les bras en cas de pleurs. Si le bébé pleure, le parent déclenche son chronomètre et compte 15 secondes au bout desquelles il intervient physiquement et entre en contact visuel avec son enfant pour le rassurer. Le bébé est reposé calme dans son lit et 15 secondes sont ajoutées à chaque essai si toutefois le bébé se remet à pleurer.

- La méthode chrono dodo de Aude Becquart

(Préconisée par l'autrice à partir de 4 mois)

Aude Becquart présente dans son livre une méthodologie basée sur l'absence/présence. Elle insiste beaucoup sur l'importance de l'environnement de sommeil, de la verbalisation et de la sécurisation de son enfant.

Dans la méthode Chrono-Dodo, la rigueur est de mise : il s'agit d'une méthode très chronométrée établie sur base d'un système de séries d'interventions minutées et de plus en plus espacées chaque jour. Elle nécessite absolument de pouvoir se référer au livre tant sa mise en place est complexe à comprendre à première vue.

- Sleep, sense program

(Préconisée par l'autrice à partir de 3 mois)

La méthode « Sleep Sense » établie par Dana Obleman est également une méthode qui fonctionne par étapes successives jour après jour pour progressivement atteindre l'endormissement autonome. Ainsi, de la première nuit où l'on propose un endormissement avec le parent présent dans la chambre à la dixième nuit où l'accompagnement des émotions de son bébé se fait depuis la porte de sa chambre, c'est le positionnement physique du parent qui s'éloigne un peu plus chaque jour qui importe ici.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- Les méthode bedaine urbaine de Marie Pier Villeneuve

(Préconisée par l'autrice à partir de 6 mois)

Dans une démarche de respect des valeurs parentales et des besoins du bébé, Bedaine Urbaine propose une méthode d'endormissement autonome qui en regroupe 3, pour que chacun puisse aller y piocher ce qui convient à sa famille à un moment donné, sans pour autant devoir impérativement s'y limiter. C'est une méthode qui propose donc plusieurs chemins possibles pour pouvoir répondre à la réalité d'un maximum de familles.

Les trois méthodes proposées sont : « la méthode sans pleurs », la « méthode alternative » et « la méthode autonome », qui s'apparentent respectivement aux méthodes « prendre et reposer », « Sleep Sense » et « Chrono-Dodo », avec bien sûr la touche de Bedaine Urbaine, ses nuances et sa philosophie propre.

- La cure « au dodo les petits » de Anna Wahlgren

(Préconisée par l'autrice de 4 mois à 12 mois)

Anna Wahlgren insiste sur l'importance du respect des besoins en sommeil par 24 h et de la mise en place de conditions favorables au sommeil, car elle estime que les pleurs des bébés sont des manifestations d'angoisse de survie et d'un besoin de cadre. C'est à partir de ce postulat qu'elle a développé sa cure, dans un but de réintroduire le calme, la sécurité et le plaisir dans le fait de dormir.

Sa méthode se compose de 7 outils, parmi lesquels figurent un planning de sommeil et de repas en lien avec les besoins de son bébé, une comptine ou phrase mantra, mais également ce que l'autrice appelle le *flapotement* ou l'éventail. L'éventail, par exemple, désigne la position des mains sur son enfant (couché sur le ventre) au moment de le calmer ou suite à l'étape du *flapotement.* Cette méthode propose un changement radical du rythme et des habitudes de sommeil durant minimum 4 jours.

- La méthode 5/10/15 de Ferber, dévoilée par Thirion et Challamel

(Préconisée par les auteurs à partir d'un an et sur prescription d'un médecin)

Le sommeil, le rêve et l'enfant de Thirion et Challamel est un livre scientifique très complet qui permet une solide base de connaissances sur le sommeil des bébés et des enfants. Dans une partie de ce livre est présentée la méthode 5-10-15, qui consiste à sortir de la chambre de son enfant et à temporiser durant 5 minutes avant d'intervenir auprès de lui en cas de pleurs, sans pour autant le toucher, de réitérer jusqu'à l'endormissement et d'ajouter 5 minutes chaque jour.

II.3.3. Psychothérapie, guidance interactive, thérapie familiale

- Psychothérapie

Lorsque les troubles du sommeil sont trop ancrés et que l'approche comportementale ne suffit pas, il faudra envisager une psychothérapie parents-bébé ou mère – bébé.

L'hypothèse présupposée est que les troubles du sommeil du nourrisson trouvent leur origine, d'une part, dans l'impact exercé par les projections et les représentations maternelles ou parentales sur le fonctionnement du bébé et, d'autre part, dans les distorsions relationnelles précoces. Les objectifs du traitement psychanalytique consistent à déterminer, d'une part,

Licence CC BY-NC-ND 4.0

comment l'enfant s'inscrit dans l'histoire transgénérationnelle des parents, et d'autre part, par quels mécanismes la conflictualité intrapsychique parentale se matérialise dans la relation à l'enfant, par le biais d'interactions comportementales qui entraînent une manifestation symptomatique chez le bébé, avant même que ne se soit fixé une problématique intrapsychique chez lui.

- Guidance interactive

La guidance interactive (35) se focalise sur l'interaction visible et en cours, dans une attitude thérapeutique de base positive et encourageante, où l'usage de la vidéo permet à la mère ou aux parents de visualiser leurs comportements interactifs avec le bébé. Dans cette approche, il n'y a pas de référence explicite à l'histoire de la mère ou des parents, et le thérapeute commente les séquences interactionnelles vécues dans « l'ici et le maintenant », dans le but de renforcer, par ses encouragements, les interactions qui se révèlent favorables à une harmonisation de l'interrelation. L'efficacité de cette forme d'intervention a été prouvée. Les études font la preuve d'une utilité des processus thérapeutiques, autant suivant la méthode psychodynamique que l'approche de guidance interactive.

- Thérapie familiale

Les indications de la thérapie familiale (36) selon une perspective théorique systémique ou psychanalytique, sont basées sur l'existence d'une demande familiale, c'est-à-dire d'une souffrance exprimée et ressentie de façon intense par les parents ou au moins l'un d'entre eux, le constat d'un dysfonctionnement familial majeur ou d'une psychopathologie familiale importante. Durieux et Matot (37) préconisent la thérapie familiale au long cours dans les situations de dysfonctionnements familiaux graves, pour permettre l'élaboration progressive d'un processus d'individuation et d'autonomisation entravé par la fragilité du narcissisme des parents.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Licence CC BY-NC-ND 4.0

III. MATERIEL METHODES

III.1. Type d'étude et population cible

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale descriptive réalisée sur la base d'un auto-questionnaire à destination de parents d'enfants âgés de 0 à 2 ans.

Les critères d'inclusion étaient :

- un parent ayant au moins un enfant âgé de 0 à 2 ans

- sachant lire et écrire le français

- habitant en Haute-Vienne

III.1.1. Objectifs de l'étude

III.1.2. Objectif principal :

- réaliser un état des lieux sur les connaissances en termes de sommeil des nourrissons des parents d'enfants âgés de 0 à 2 ans.

III.1.3. Objectifs secondaires :

- repérer les idées fausses les plus fréquentes

- rechercher les facteurs influençant les connaissances en termes de sommeil

- rechercher si les parents avaient déjà bénéficié de conseils en sommeil de la part de professionnel de santé

- rechercher les sources d'informations principales des parents en termes de sommeil

III.2. Lieu de l'étude

Les questionnaires étaient remis soit aux secrétaires du cabinet médical soit aux médecins directement. Ils étaient ainsi distribués aux parents venant en consultation.

III.3. Aspect éthique

L'avis du comité d'éthique a été demandé sur conseil du Dr RUDELLE. Cet avis, enregistré sous le n°06-2024-02, a été rendu favorable. (Annexe 1)

III.4. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (annexe 2) était composé de 14 questions. Il a été réalisé en tenant compte de certaines recommandations de l'OMS, ainsi que de l'INSV mais principalement suite à des recherches personnelles basées sur la lecture de livres écris par des professionnels du sommeil.

Les questions 1 à 7 du questionnaire visaient à recueillir des données socio démographiques des parents de manière anonyme.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Les questions 8 à 14 s'intéressaient à proprement parler aux connaissances des parents en matière de sommeil.

Le questionnaire a tout d'abord été testé sur des parents que j'ai vu en consultation pour déterminer s'il pouvait exister d'éventuelles confusions.

III.5. Recueil des données

L'étude s'est déroulée du 15 février au 15 juin 2024.

Les cabinets ont été sélectionnés à partir de l'annuaire Ameli Santé Pro en sélectionnant aléatoirement les médecins généralistes sans activité particulière ainsi que les gynécologues, gynécologues obstétriciens et pédiatres, de sorte qu'il y ait 20 cabinets sélectionnés. Ils ont été sélectionnés dans le but de recueillir au minimum cent questionnaires

L'ensemble des questionnaires n'a pas été distribué en même temps afin d'identifier d'éventuels problèmes dans la collecte des données et d'adapter la méthode de recueil.

Un premier contact a été pris avec les secrétaires des cabinets ou le secrétariat à distance par téléphone afin de savoir si les médecins étaient d'accord pour participer à l'étude auquel cas la secrétaire me rappelait.

Les questionnaires étaient ensuite déposés en main propre soit à la secrétaire du cabinet soit aux médecins avec explications données sur le déroulement de l'étude.

Lorsque le patient arrivait, il lui était demandé s'il avait un enfant âgé de 0 à 2 ans et s'il souhaitait participer à l'étude Il lui était indiqué que ce questionnaire était anonyme. Le parent répondait au questionnaire en salle d'attente ou bien chez lui, puis il le remettait à la secrétaire ou le déposait dans la boite aux lettres.

Une correction était accessible via un QR code pour ceux qui le souhaitaient. Un exemplaire papier (annexe 3) était distribué dans chaque cabinet pour ceux qui ne pouvaient pas scanner le QR code.

Un mois après la distribution des questionnaires, je recontactais chaque cabinet par téléphone pour connaitre l'avancée du recueil et venais les récupérer en main propre.

III.6. Evaluation des données

Nous avons, dans un premier temps, décrit les données socio-démographiques : genre, âge, nombre d'enfants, catégories socio professionnelle, perception des connaissances en termes de sommeil, si oui ou non ils avaient consulté un professionnel de santé concernant d'éventuel troubles du sommeil, et enfin quelles sources d'informations avaient-ils utilisé s'ils avaient cherché des informations sur le sommeil de leur bébé.

Dans un second temps nous avons calculé un score global en pourcentages et moyenne, puis nous avons calculé un score pour chaque question afin de mettre en évidence si certains thèmes avaient pu poser plus de problèmes aux parents

Licence CC BY-NC-ND 4.0

La 8 -ème question évaluait les connaissances en termes besoin de sommeil en fonction de l'âge

La 9ème question traitait des généralités sur le sommeil

La 10ème question interrogeait les parents sur la mise en place du rythme jour/nuit

La 11ème question évoquait les siestes

La 12ème question parlait de la prévention de la MIN

La 13ème question évoquait les conditions environnementales pour un bon sommeil,

Pour finir la 14ème question évoquait les conséquences d'un manque de sommeil chez les nourrissons.

III.7. Outils de calculs et études statistiques

Les données de l'étude ont été saisies dans le logiciel Excel

L'analyse descriptive des variables qualitatives et quantitatives a été réalisée avec ce même logiciel et présentée sous forme de pourcentages et de nombres

Le Docteur Auditeau nous a permis de réaliser les analyses statistiques à l'aide du logiciel XL Stat®. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques a été fixé à 0,05.

Le test ANOVA était utilisé pour les variables qualitatives avec plus de deux groupes (âge, catégorie socioprofessionnelle, nombre d'enfants)
Le test de Student était utilisé dans le cas d'une distribution normale et variances homogènes, c'est-à-dire s'agissant des variables qualitatives à deux groupes (genre, perception des bonnes connaissances, consultation d'un professionnel de santé pour problème de sommeil, sources d'information). Le test de Mann-Whitney était utilisé si les conditions d'application du test de Student n'étaient pas respectées.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

IV. RESULTATS

IV.1. Cabinets participants à l'étude

Au total, 20 cabinets ont été contactés et seulement 9 ont accepté de participer à l'étude. Au total, 235 questionnaires ont été distribués et 100 ont été récupérés. Aucun questionnaire n'a été exclu, tous ont pu être analysés car remplis de manière complète.

Les 235 questionnaires ont été distribués dans 9 cabinets médicaux.

Nous avons pu récupérer 100 questionnaires : 25 dans le cabinet médical de LA Jonchère St Maurice, 30 dans le cabinet médical du Dr Sanvoisin dans le centre-ville de Limoges, 5 questionnaires dans le cabinet médical de Beaublanc, 15 questionnaires dans le cabinet médical d'Oradour Sur Glane, 7 questionnaires dans le cabinet médical de Compreignac, 3 questionnaires dans le cabinet médical de Bellac, 4 questionnaires dans le cabinet médical du Dr Valleix en centre-ville de Limoges, 6 dans le cabinet médical d'Aixe Sur Vienne et enfin 5 dans le cabinet médical de Verneuil Sur Vienne.

IV.2. Description de la population

Les résultats ont été inscrits dans un tableau récapitulatif sous formes d'effectifs et de pourcentage (annexe 4) Pour plus de lisibilité, ils sont présentés sous forme de diagrammes.

IV.2.1. Genre

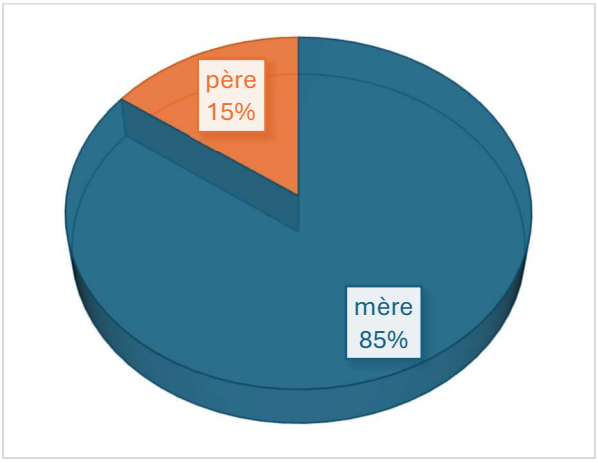

Figure 8 - répartition des genres

85 mères ont répondu au questionnaire contre 15 pères

Licence CC BY-NC-ND 4.0

IV.2.2. Age

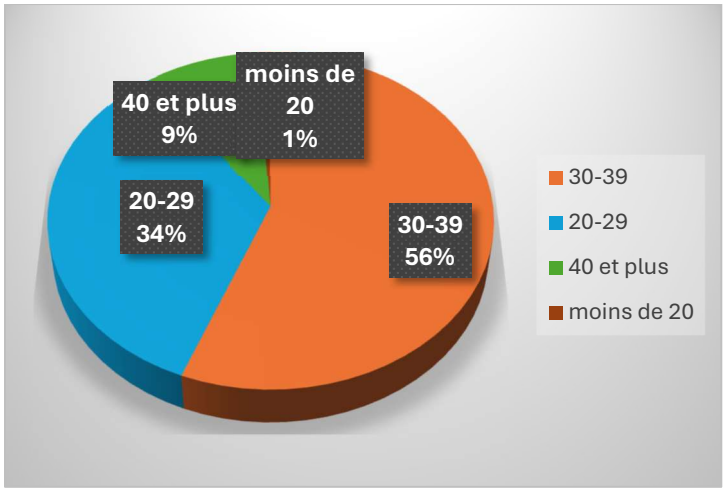

Figure 9 - répartition des âges

La majorité des parents avaient entre 30 et 39 ans, 34 avaient entre 20 et 29 ans, 9 avaient 40 ans et plus, et seulement une personne avait moins de 20 ans. Pour le reste des analyses, nous avons donc regroupé la personne de moins de 20 ans avec le groupe d'âge 20-29 ans.

IV.2.3. Catégories socio-professionnelles

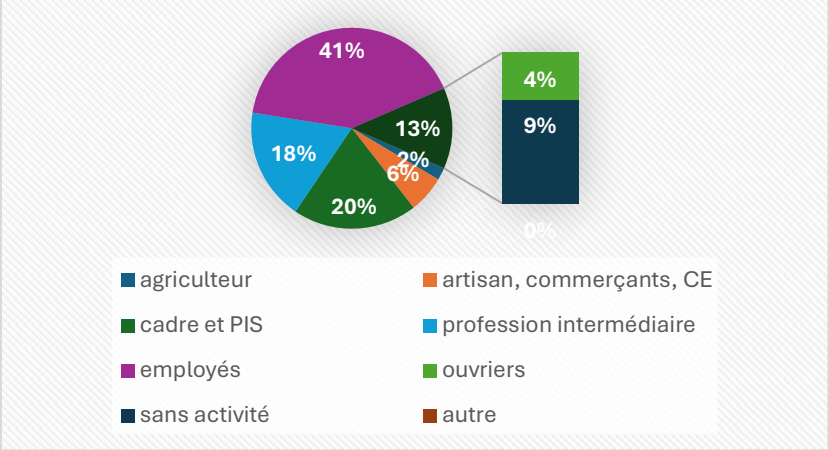

Figure 10 - répartition des catégories socio-professionnelles

41 personnes étaient employés, 20 parents étaient cadres et professions intellectuelle supérieure, 18 professions intermédiaire, 9 sans activité, 6 artisans commerçants et chef d'entreprise, 4 ouvriers et enfin 2 répondants agriculteurs

Licence CC BY-NC-ND 4.0

IV.2.4. Nombre d'enfants

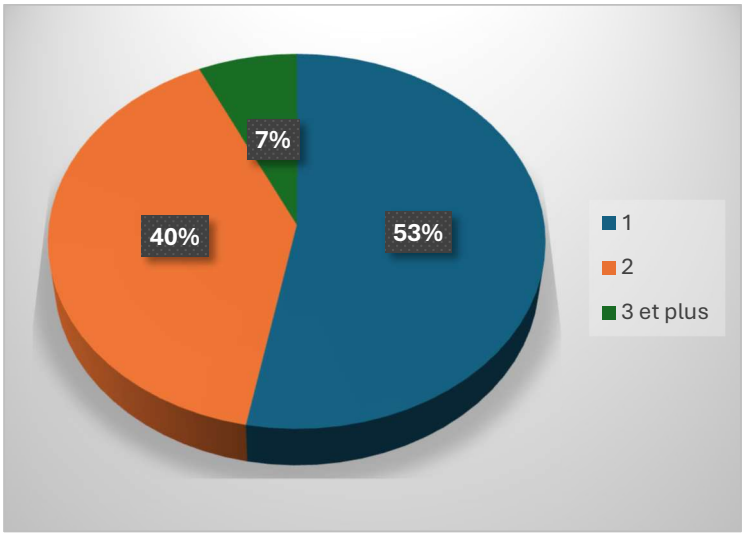

Figure 11 - répartition du nombre d'enfant

La majorité des parents répondants avaient un seul enfant, 40 avaient 2 enfants et 7 avaient 3 enfants ou plus de 3 enfants.

IV.2.5. Perception des connaissances

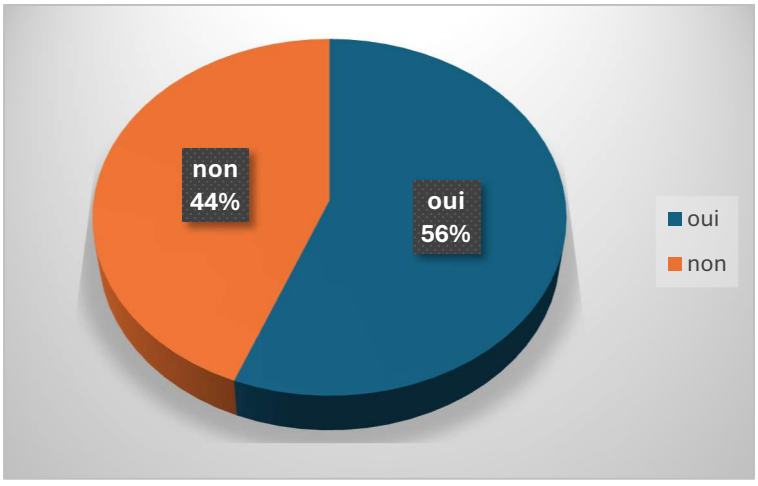

Figure 12 - répartition des personnes selon leur perception des bonnes connaissances en termes de sommeil

La majorité des parents avaient une bonne perception des connaissances en termes de sommeil de leur nourrisson (56%)

Licence CC BY-NC-ND 4.0

IV.2.6. Consultation d'un professionnel de santé concernant un éventuel trouble du sommeil chez leur nourrisson

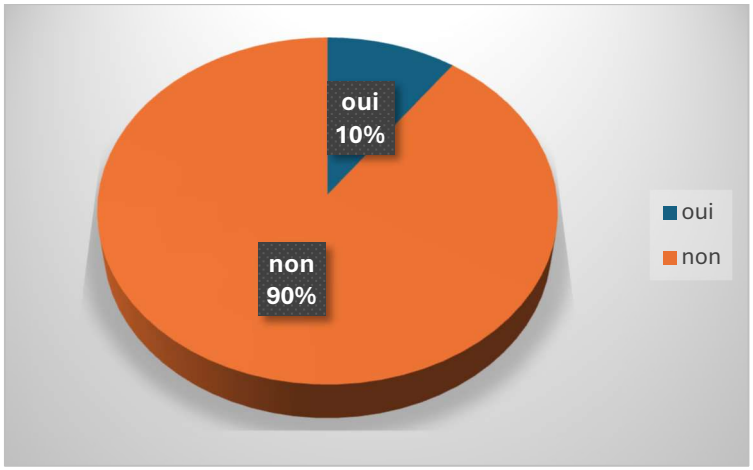

Figure 13 - répartition des personnes ayant consulté un professionnel de santé pour d'éventuels troubles du sommeil chez leur nourrisson

Seulement 10% des parents avaient consulté un professionnel de santé concernant d'éventuel troubles du sommeil de leur bébé

IV.2.7. Sources d'informations utilisées

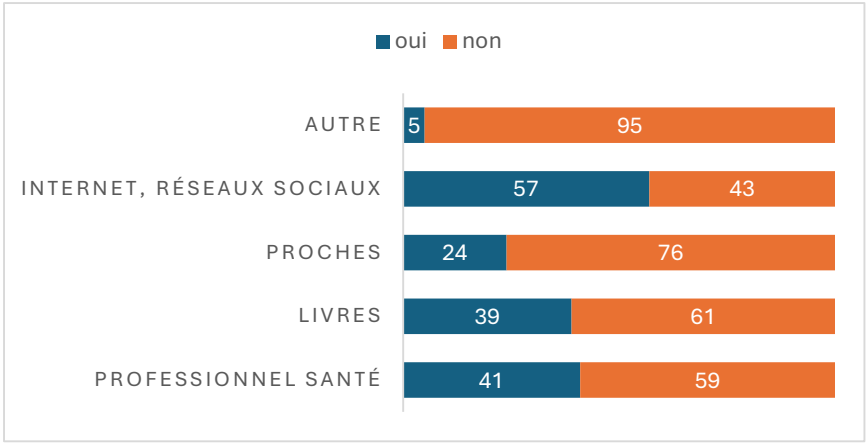

Figure 14 - répartition des sources d'informations

Cette question était à choix multiples

Seulement 11 parents sur 100 n'ont pas consulté de sources d'informations concernant le sommeil de leur nourrisson

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Parmi ceux qui ont consulté une source d'information, 5 ont coché la réponse autre, dont deux ont précisé : un avait utilisé « le ressenti », l'autre une sophrologue spécialisée dans le sommeil de l'enfant et de l'adulte.

La majorité des personnes ayant consulté une source d'information s'est tournée vers internet et les réseaux sociaux (59%), ensuite vers un professionnel de santé (41%), puis vers les livres (39%), vers un proche (24%).

IV.3. Objectif principal : évaluation des connaissances

Les résultats sont présentés sous forme de diagramme en barre, les réponses attendues sont indiquées en rouge

Première question sur le nombre d'heures dont un enfant a besoin en moyenne par âge

Le score total pour cette réponse était de 36% soit une moyenne de 7,3/20

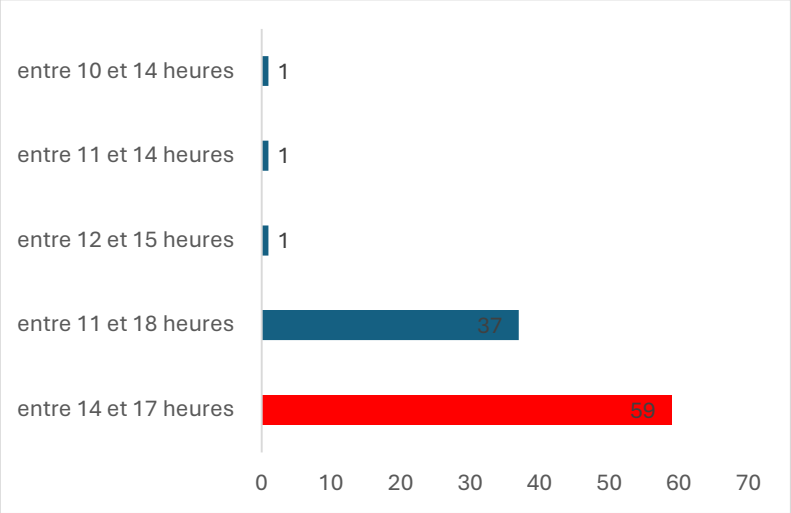

Figure 15 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 0-3 mois (en %)

59 parents ont su que le temps de sommeil nécessaire des 0-3 mois était de 14 à 17 heures.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

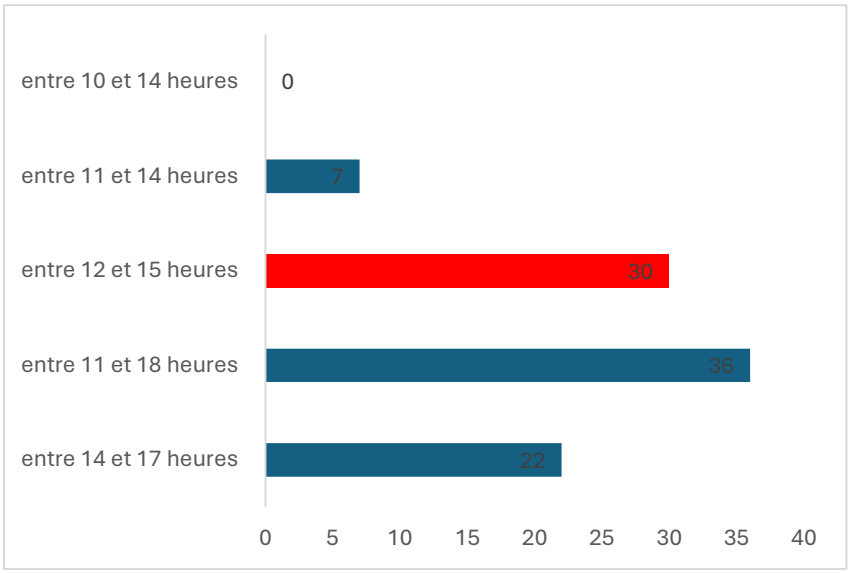

Figure 16 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 4-11 mois (en %)

30 parents ont su que le temps de sommeil nécessaire des 4-11 mois était de 12 à 15 heures.

La majorité des parents pensaient qu'il fallait entre 11 et 18 heures de sommeil

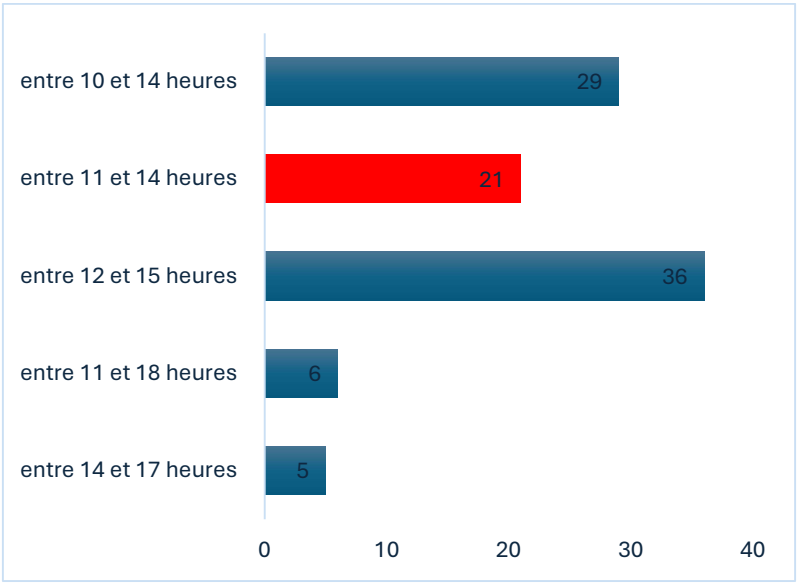

Figure 17 - connaissance du temps de sommeil nécessaire pour les 12-24 mois (en %)

20 parents ont su que le temps de sommeil nécessaire aux 12-24 mois était entre 11 et 14 heures

La majorité des parents pensaient qu'il fallait entre 12 et 15 heures de sommeil par jour.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Deuxième question portant sur les généralités du sommeil

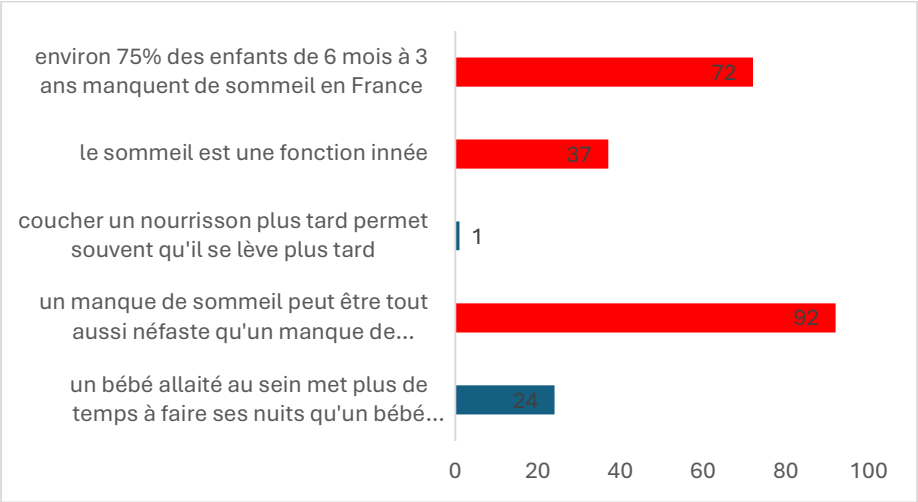

Figure 18 - connaissance sur les généralités du sommeil (en %)

Le score de réussite pour cette question était de 75,4% soit une moyenne calculée = 15,08

37 parents pensaient que le sommeil est une fonction innée

Troisième question sur la mise en place du rythme jour/nuit

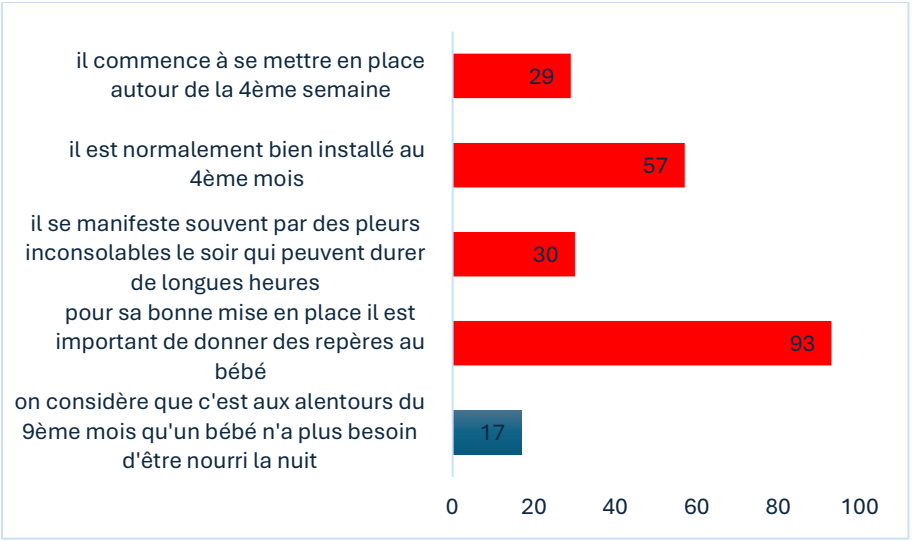

Figure 19 - connaissance sur la mise en place du rythme jour/nuit (en %)

Le score de réussite pour cette question était de 58,6% soit une moyenne calculée = 11,72/20

Quatrième question concernant les siestes

Le score de réussite pour cette question était de 63,4% soit une moyenne calculée de 12,65/20

Licence CC BY-NC-ND 4.0

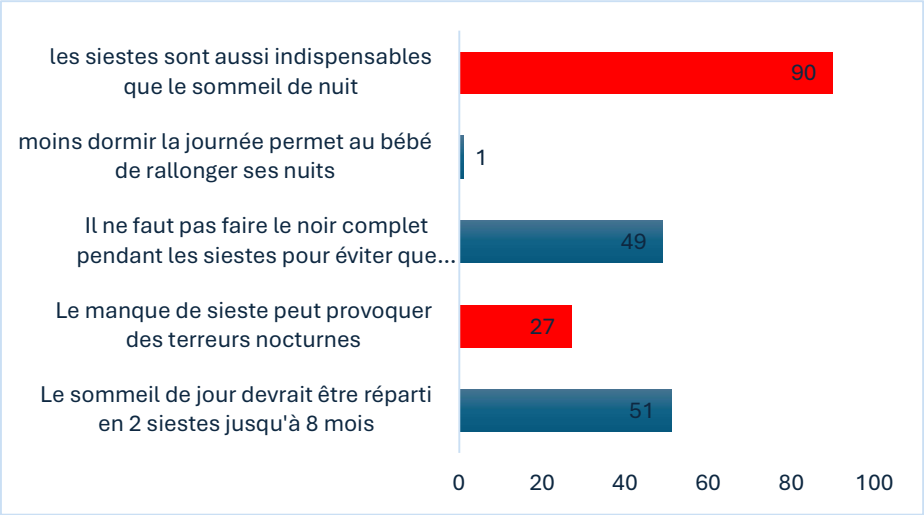

Figure 20 - connaissance sur les siestes (en %)

Cinquième question concernant la prévention de la MIN

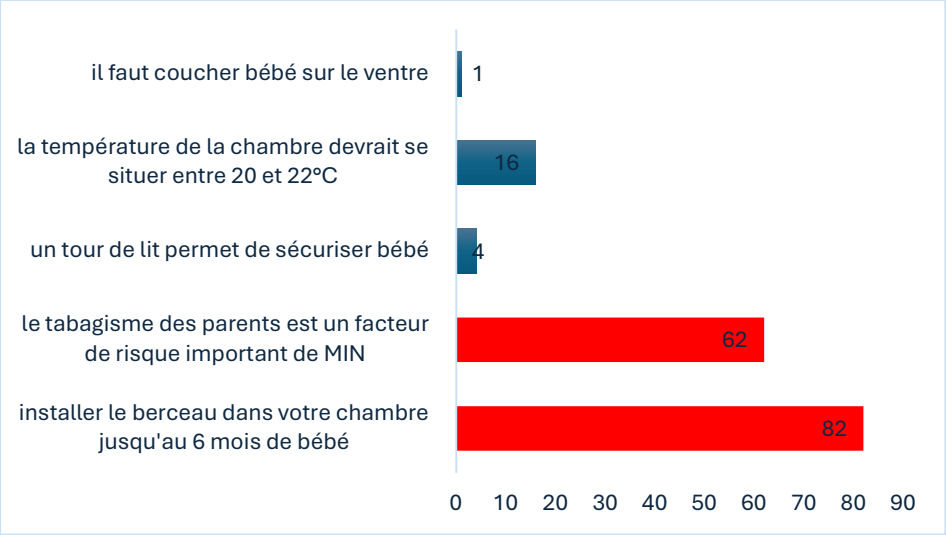

Figure 21 - connaissance sur la prévention de la MIN

Le score de réussite pour cette question était de 85% soit une moyenne calculée à 17/20.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Sixième question portant sur les conditions environnementales favorisant le sommeil

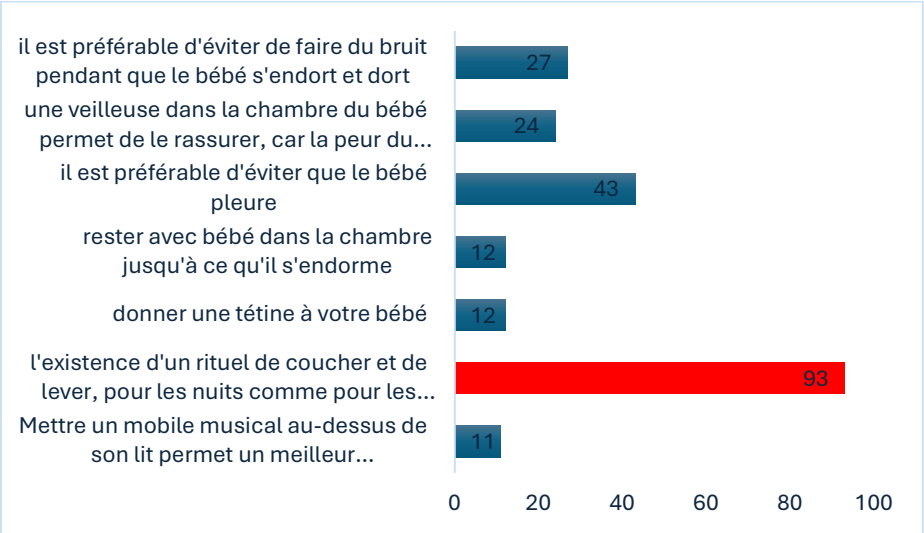

Figure 22 - connaissance sur les conditions environnementales favorisant un sommeil de qualité (en %)

Le score de réussite pour cette question était de 80,6% soit une moyenne calculée de 16,11/20

Septième question portant sur les conséquences d'un manque de sommeil

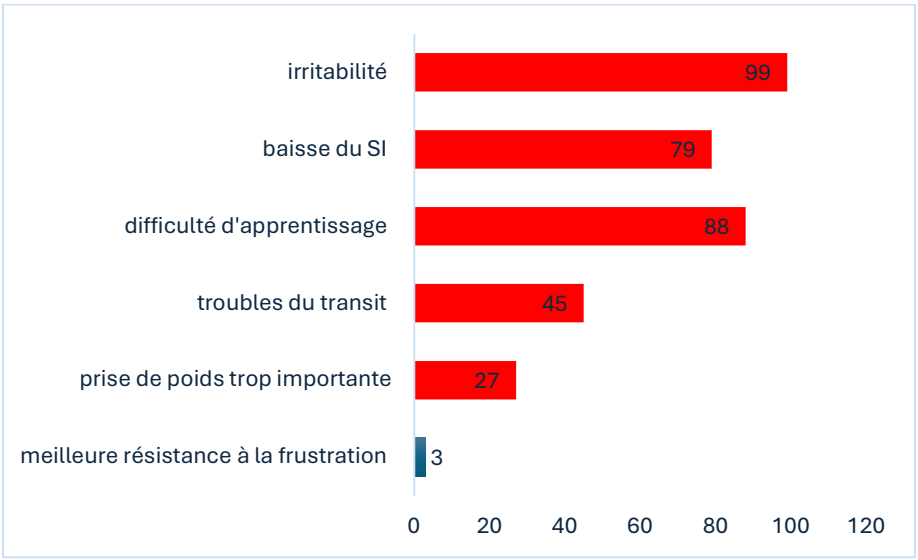

Figure 23- connaissance concernant les conséquences d'un manque de sommeil (en %)

Le score de réussite pour cette question était de 72,5% soit une moyenne calculée à 14,5/20

Licence CC BY-NC-ND 4.0

IV.4. Objectifs secondaires

Facteurs influençant les connaissances en termes de sommeil

Nous avons voulu savoir si certaines caractéristiques socio démographiques pouvaient influencer les résultats. Pour cette question, nous avons dû regrouper la variable « agriculteur » avec la variable « artisan, commerçants, chef d'entreprise » car les agriculteurs n'étaient qu'au nombre de 2. Nous avons également dû regrouper la variable « âge moins de 20 ans » avec les 20-29 ans car seulement une personne qui a répondu avait moins de 20 ans.

Variables qualitatives à 2 groupes

Tableau 1 - analyse des notes en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude pour les variables qualitatives à deux groupes

Variables	Note / 20 Moy +/- EC	p value
Genre		
Homme (n=15)	13,5 +/ 1,1	**0,116**
Femme (n=85)	14,0+/1,4	
Perception de bonnes connaissances		
Oui (N=56)	13,9 +/- 1,6	0,549
Non (N=44)	13,9 +/- 1,1	
Consultation spécialisée sommeil		
Oui (N=10)	14,6 +/- 1,3	
Non (N=90)	13,8 +/- 1,4	**0,124**
Modes d'information		
Pédiatre		
Oui (N=41)	14,0 +/- 1,4	0,774
Non (N=59)	13,8 +/- 1,4	
Livres		
Oui (N=39)	14,2 +/- 1,4	
Non (N=61)	13,7 +/- 1,4	**0,078**
Proches		
Oui (N=24)	13,8 +/- 1,4	0,631
Non (N=76)	13,9 +/- 1,4	
Internet, réseaux		
Oui (N=57)	14,0 +/- 1,5	
Non (N=43)	13,8 +/- 1,3	0,324

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Tableau 2 - analyse des notes en fonction des caratéristiques socio-démographiques de la population d'étude pour les variables qualitatives à plus de deux groupes

Variables	Note / 20 Moy +/- EC	p value
Age		
< 29 ans	13,7 +/ 1,8	**0,080**
30 – 39 ans	13,9 +/- 1,2	
> 39 ans	14,6 +/- 1,0	
Catégorie socio-professionnelle		
Artisans, commerçants, agriculteurs	13,8 +/- 1,0	
Cadres et PIS	14,2 +/- 1,0	0,210
Professions intermédiaires	14,3 +/- 1,5	
Employés	13,8 +/- 1,5	
Ouvriers	14,0 +/- 1,0	
Sans activité	12,9 +/- 1,8	
Nombre d'enfants		
1	13,8 +/- 1,3	
2	13,9 +/- 1,5	0,589
3 et plus	14,4 +/- 0,8	

Il n'existe pas de résultats significatifs. Les résultats proches de la significativité sont : l'âge supérieur à 40 ans ainsi que les livres comme source d'information.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

V. Discussion

V.1. Analyse méthodologique de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive réalisée sur la base d'un auto-questionnaire dont l'objectif principal était de réaliser un état des lieux sur les connaissances en sommeil des nourrissons des parents de Haute Vienne.

En l'absence de questionnaire standard, j'ai personnellement créé ce questionnaire, sur la base de certaines recommandations officielles de l'OMS (notamment sur les temps de sommeil), ou de données objectives suite à des études scientifiques (conséquences d'un manque de sommeil), mais également et surtout après lecture de livres traitant du sommeil des nourrissons, réalisés par des spécialistes consultants en sommeil ou par des médecins pédiatres et pédopsychiatres.

V.2. Forces de l'étude

Question de recherche

A notre connaissance, une seule étude en France portait sur l'évaluation des connaissances des parents sur le sommeil du nourrisson de moins de deux ans, menée par Alice Lemaitre en 2014 à Toulouse qui montre, malgré une faible puissance de l'étude, que les parents manquent de connaissances en termes de sommeil physiologique du nourrisson ainsi que sur les conditions de couchage. Pour autant, c'est l'un des sujets principaux des tout premiers mois d'un bébé, et qui peut créer un véritable désarroi chez les jeunes parents peu informés.

De plus, l'étude de Cécilia Etchart menée à Limoges en 2013, montre que les médecins sous estiment les troubles du sommeil et qu'ils sont eux-mêmes demandeurs de formations sur le sujet. En effet, durant notre cursus universitaire, hormis les troubles d'origine organique, nous n'apprenons pas les bases physiologiques du sommeil chez les nouveaux nés. Nous savons pourtant que les troubles du sommeil des tous jeunes enfants sont liés en majorité à une méconnaissance des bons comportements à adapter

Plusieurs études américaines ont démontré le manque de connaissance en termes de sommeil des enfants des parents, (38)

De plus, une étude au Royaume Uni a prouvé que de meilleures connaissances en termes de sommeil des enfants étaient associées à de meilleures pratiques en sommeil (39)

Enfin, dans une étude australienne, il a été prouvé que les troubles du sommeil chez les jeunes nourrissons de 0 à 6 mois étaient associés à une moindre santé mentale et physique chez les mères (40)

Population de l'étude

Nous avons choisi de nous intéresser au sommeil des nourrissons de 0 à 2 ans car cette tranche d'âge est une période charnière dans la mise en place du sommeil. Sa structure évoluant au fil des mois pour atteindre une certaine stabilité aux alentours des 2-3 ans. La privation de sommeil entraine des conséquences à court et moyen terme chez l'enfant ainsi que chez les parents. Le docteur Jodi Mindell(41)a démontré que les bébés rencontrant des difficultés à s'endormir continuent à en avoir trois ans plus tard

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Selon une étude de mars 2022 menée par l'INSV, 76% des enfants de moins de 3 ans manquent de sommeil en France.

En 2019, l'OMS a émis de nouvelles recommandations sur les temps de sommeil recommandés par âge.

De plus, la récente politique des 1000 premiers jours rend des informations très concrètes au sujet du sommeil des bébés

V.3. Faiblesses de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et déclarative ce qui constitue une étude de faible niveau de preuve. Le taux de participation a cependant été élevé à 42,5%.

Biais liés au questionnaire

Comme dit précédemment, l'auto-questionnaire proposé aux parents n'était pas basé sur un consensus mais bien sur des recherches personnelles. De plus, de nombreuses questions proposées dans le questionnaire reposaient plus sur des suggestions et ne révélaient pas à proprement parlé les connaissances des parents. Le manque d'alternative à certaines questions ne permettait pas non plus de conclure sur leurs connaissances. Pour la question des temps de sommeil notamment, il pouvait leur paraitre difficile de choisir par exemple entre deux tranches de sommeil.

En faisant cette question, j'ai surtout voulu mettre en évidence un minimum important à respecter (par exemple 14-17 heures pour un NN contre 11- 18 heures, etc). Il aurait été pertinent pour cette question de faire une question libre.

De plus, pour chaque question, il n'y avait pas de case avec la réponse « je ne sais pas », ce qui aurait pu permettre de mettre en évidence des difficultés spécifiques.

Biais liés à la population de l'étude

Nous avons interrogé les parents de nourrissons de 0 à 2 ans. Nous aurions pu élargir cette population aux parents d'enfants âgés de 0 à 3 ans qui correspond en général à l'âge où les enfants rentrent à l'école, et où le sommeil se stabilise. Le fait d'élargir l'âge des enfants auraient permis d'avoir plus de réponses et de rendre l'étude plus puissante. Notamment concernant les analyses statistiques, elles n'étaient pas significatives du fait probablement d'une population étudiée trop petite.

De plus, l'étude réalisée par l'INSV en janvier 2022 sur le sommeil, a interrogé les parents d'enfants de 6 mois à 10 ans (42) et montrait une supériorité des troubles du sommeil chez les enfants jusqu'à 3 ans

Dans notre questionnaire, nous ne nous sommes pas intéressés au lieu de vie des parents, qui auraient pu être divisé en deux catégories : milieu rural et milieu urbain. Or, cette comparaison aurait pu être intéressante pour adapter l'information donnée à certains parents en fonction du lieu de vie

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Nous n'avons pas non plus posé la question du célibat du parent, qui aurait également pu être intéressante.

Biais de sélection et de volontariat

Il s'agissait d'une étude basée sur le volontariat. On peut donc supposer que les personnes répondantes pouvaient être plus motivées ou déjà sensibilisées au thème du sommeil ou avaient déjà de bonnes connaissances en la matière.

Nous avons vu que la majorité des répondants étaient des femmes, ce qui révèle en partie qu'il y a eu un biais de sélection.

Le fait que ce soit la secrétaire qui ait distribué et proposé aux parents de répondre aux questionnaires a quand même permis de toucher une plus large cible.

Biais déclaratif

Les questionnaires étaient remplis en salle d'attente et il n'y avait pas de contrôles des conditions de remplissage du questionnaire. Il était donc possible que les répondants utilisent une aide externe (médecin, secrétaire, téléphone, autre patient en salle d'attente) pour répondre. De plus, j'ai précisé que chacun des deux parents s'ils étaient venus en consultation ensemble, pouvait répondre indépendamment au questionnaire ; il se peut qu'ils se soient aidés l'un l'autre.

V.4. Analyse des résultats

V.4.1. Description de la population en comparaison avec les données de l'INSEE pour la Haute Vienne (43)

Les données de l'INSEE sont difficilement comparables avec notre étude car d'une part nous ne nous intéressons qu'aux parents et d'autre part, l'INSEE utilise des tranches d'âge différentes de celles que l'on a utilisé pour réaliser le questionnaire.

- En Haute vienne les femmes représentent environ 52,3% de la population tandis que les hommes représentent 47,7 %. Dans notre étude, 85% des répondants sont des femmes et 15% sont des hommes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes consultent plus que les hommes et sont les accompagnantes majoritaires de leurs enfants en consultation

- En Haute Vienne la tranche d'âge 15-29 ans correspond à 16,7 % de la population, dans notre étude elle correspond à 35%, la tranche d'âge 30-44 ans correspond à 16,4% tandis que dans notre étude la tranche d'âge 30-39 ans correspond à 56%. La tranche d'âge en Haute Vienne des 44-59 ans représente 19,7% tandis que dans notre étude la tranche d'âge des plus de 40 ans représentent 9%. De plus, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,4 en (44), ce qui pourrait correspondre à la population de notre étude où la majorité des mères de nourrissons ont entre 30 et 39 ans

- En haute Vienne (45) : 2,6 de la population active est agriculteur, comparé à 2% dans notre étude. 7,1% représentent les artisans, commerçants et CE contre 6% dans

Licence CC BY-NC-ND 4.0

notre étude. Les cadres et PIS représentent 20 % dans notre étude contre 14,5% en Haute Vienne. Les professions intermédiaires correspondent à 27,1 % en Haute Vienne contre 18% dans notre étude. Les employés représentent 28,2% en Haute Vienne contre 41% dans notre étude. Les ouvriers représentent 20,5% en Haute Vienne contre 4% dans notre étude. Enfin, les personnes sans activité représentent 8,4% en Haute Vienne contre 9% dans notre étude. La population de Haute Vienne est assez représentative de la population de notre étude sauf pour les ouvriers. Nous pouvons supposer que cette partie de la population est moins encline à répondre à ce genre d'enquête.

- Concernant le nombre d'enfant : En haute vienne, les familles ayant un seul enfant de moins de 25 ans représentent 20,9%, les familles ayant deux enfants représentent 16%, et les familles ayant trois ou plus représentent 6,5%. Notre étude comportait 53% de parents ayant un seul enfant, 40% de parents ayant deux enfants, et enfin notre étude révélait seulement 7% de parents ayant 3 enfants ou plus. Proportionnellement, ces données sont cohérentes avec celles de l'INSEE pour la Haute Vienne.

- Dans l'étude de l'INSV(42), plus de 8 parents sur 10 se disent bien informés concernant l'importance du sommeil de leur enfant tandis que notre étude révèle que 56% des parents considèrent qu'ils ont des bonnes connaissances en termes de sommeil. Même si la question n'est pas la même, nous pouvons considérer qu'un peu plus d'un parent sur deux connait l'importance du sommeil ainsi que les informations concernant le sommeil de leurs nourrissons.

- Dans notre étude, 10% des parents ont consulté un professionnel de santé pour d'éventuels troubles du sommeil chez leurs nourrissons. Dans l'étude de l'INSV, la question était : votre enfant a des troubles du sommeil, a qui en avez-vous parlé en premier ? Dans 51% des cas, les personnes s'étaient tournées vers un pédiatre ou un médecin généraliste.

- Concernant les sources d'informations sur le sommeil : 41 % des parents se sont tournés vers un professionnel de santé, 57% des parents se sont tournés vers les réseaux sociaux et internet, 39% ont lu des livres, 24% ont consulté leurs proches et enfin 5 avaient répondu « autre » dont deux ont évoqué : la sophrologie, et le ressenti.

V.4.2. Objectif principal : évaluation des connaissances des parents en termes de sommeil des nourrissons

Notre critère de jugement principal était de connaitre le score de connaissance d'un auto-questionnaire sur le sommeil des nourrissons distribué aux parents. La note globale est de 13,4/20 ce qui en fait un score moyen. Pour autant, plus d'un parent sur deux estiment avoir de bonnes connaissances sur ce thème.

<u>Connaissances sur le temps de sommeil des nourrissons</u>

C'est la question qui a posé le plus de problèmes aux parents, car le score de réussite était seulement de 36% soit une moyenne de 7,3/20

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Plusieurs explications peuvent être données : d'une part, le questionnaire ne permettait pas de recueillir précisément ce que les parents pensaient être nécessaire en termes de temps de sommeil. Les propositions étaient surtout faites de sorte qu'un temps minimal soit respecté. Il n'y avait qu'une réponse possible par âge.

Pour les enfants âgés de 0 à 3 mois, la bonne réponse était de 14 à 17 heures de sommeil selon les recommandations de l'OMS. 59% des parents ont répondu correctement à cette question. 37% pensaient que le temps nécessaire étaient compris entre 11 et 18 heures. Il est pourtant admis scientifiquement qu'un tout petit nourrisson passe les deux tiers de son temps à dormir. 11 heures de sommeil par 24 heures seraient insuffisant

Pour les enfants âgés de 4 à 11 mois, la réponse attendue était de 12 à 15 heures de sommeil. Seulement 30% des parents ont trouvé la bonne réponse. 36% pensaient qu'il fallait 11 à 18 heures de sommeil, et 22% 14 à 17 heures de sommeil.

Pour les enfants âgés de 12 à 24 mois, la réponse attendue était de 11 à 14 heures de sommeil par 24 heures, seulement 21 % des parents ont répondu juste. La plupart des parents (36%) estimaient qu'il fallait de 12 à 15 heures et 29% 10 à 14 heures

La tendance est globalement à la surestimation des besoins en sommeil. Cependant, beaucoup de parents se sont trompés sur le quota minimum à respecter par 24 heures.

Des études révèlent qu'il existe un manque global de sommeil chez les enfants ; les parents ne connaissant pas réellement le temps de sommeil approprié à l'âge.

Dans l'étude de l'INSV, concernant les enfants de 6 mois à 3 ans, 76% passaient une nuit de 11 heures ou moins, ce qui révèle un manque global de sommeil.

Même si nous n'avons pas trouvé d'études françaises sur les connaissances des parents en termes de besoin en sommeil de leur nourrisson, une revue systématique de la littérature américaine sur les connaissances des parents en terme de sommeil de leur enfant qui incluait les enfants de 1mois à 18 ans, retrouvait dans deux études respectivement que 52% et 76% sous estimaient les besoins de sommeil de leur enfant mais que 13% et 8% respectivement pensaient que leur enfant avait un sommeil insuffisant.

Connaissances sur les généralités du sommeil

Cette question a été plutôt bien réussie puisque le score était de 75,4% soit une moyenne de 15,08/20.

Les parents ont l'air conscients que la majorité des enfants de 0 à 3 ans manquent de sommeil en France puisqu'ils ont répondu à hauteur de 72% à cette proposition.

Le fait de coucher plus tard un enfant ne permet pas qu'il se lève plus tard, cette information primordiale semble également acquise chez les parents de nourrissons.

72% des parents ont su que 76% des enfants de 0 à 3 ans manquaient de sommeil.

Le fait de placer sur le même rang d'importance le sommeil et l'alimentation est également bien comprise par les parents.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Il existe encore une confusion sur le fait que les parents pensent qu'un bébé allaité au sein met plus de temps à faire ses nuits qu'un bébé nourri artificiellement puisque près d'un quart des parents ont répondu juste à cette proposition. Cette idée fausse est à combattre puisque d'une part elle pourrait dissuader les femmes d'allaiter le plus longtemps possible et d'autre part de normaliser le fait qu'un enfant allaité au sein aurait plus fréquemment des troubles du sommeil.

Dans cette question, environ deux parents sur trois a pensé que le sommeil n'était pas une fonction innée. Or, un bébé sait dormir, il le fait déjà en tant que fœtus dans le ventre de sa mère. Il n'a pas besoin d'apprendre à dormir mais d'apprendre à s'adapter aux conditions environnementales changeantes à la naissance

Connaissances sur la mise en place du rythme jour/nuit

Cette question a été moyennement réussie, avec un score de 58,6% soit une moyenne de 11,72/20

Seulement 29% des parents ont su que le rythme jour/nuit se mettait en place à la fin de la 4ème semaine. En revanche, nous ne savons pas ce qu'il pensait réellement sur le délai du commencement de mise en place de ce rythme. En effet, au cours de ces 4 premières semaines, le sommeil du nourrisson est anarchique, et il ne faut pas espérer que d'emblée le nourrisson puisse faire des nuits complètes. Nous savons que son sommeil se compose de deux phases agitées/calme, et qu'il dort autant le jour que la nuit.

Une majorité de parents (57%) a su qu'au terme du 4ème mois, le rythme jour nuit était bien installé, ce qui veut dire qu'un nourrisson peut faire des nuits complètes.

30% des parents seulement ont su que l'apparition du rythme jour/nuit pouvait s'accompagner d'une période de pleurs inconsolables le soir. Dans une thèse réalisée par Amélie Zakrzewski, en 2011, les mères connaissaient pourtant ces pleurs du soir à près de 75% (46)

En effet, ces pleurs peuvent être attribués à tort à des coliques ou autres maux digestifs, mais ils traduisent simplement une période d'agitation physiologique qui signe le début de la mise en place du rythme jour/nuit. Les parents peuvent se trouver angoissés par ces pleurs mais ils sont complètement normaux et s'atténueront entre le 3ème et 4ème mois. Nous les distinguons aisément des pleurs liés à des problèmes digestifs car ils sont répétitifs, toujours à la même heure de la journée et s'arrêtent aussi brutalement qu'ils ont commencé, sans pouvoir les calmer.

93% des parents ont bien su qu'il fallait donner des repères au bébé durant la période de mise en place du rythme jour/nuit

17 % ont répondu à tort qu'un bébé avait besoin d'être nourri jusqu'à 9 mois alors qu'en réalité, on considère que c'est à partir du 6ème mois qu'un bébé n'a plus besoin d'être nourri la nuit, sous réserve d'une bonne courbe de croissance.

Connaissances concernant les siestes

Cette question a été moyennement réussie, puisque le score de réussite était de 63,4% soit une moyenne de 12,65/20

90% des parents ont su que le sommeil de jour était aussi indispensable que le sommeil de

Licence CC BY-NC-ND 4.0

nuit. En effet, les siestes servent à construire le sommeil de nuit. Moins un bébé dort la journée, moins il dormira la nuit car il serait trop agité et aurait du mal à aller vers le sommeil. De trop grandes périodes d'éveil durant la journée sont délétères pour l'enfant, en fonction de son âge. Dans une étude allemande récente, il a été prouvé que la sieste consolidait la mémoire chez les nourrissons âgés de 15 à 24 mois (40)

Seulement 1 parent a répondu que moins dormir la journée permettait de rallonger les nuits.

Presque la moitié des parents ont pensé qu'il ne fallait pas faire le noir complet pendant les siestes de peur que le bébé confonde le jour et la nuit.

Cette proposition était ambiguë mais était fausse, car une fois le rythme jour/nuit mis en place, il n'y a pas de risque que le bébé confonde le jour et la nuit. Au contraire, le fait de faire du noir pourrait favoriser les siestes.

Seulement 27% des parents ont su que le manque de sieste pouvait provoquer des terreurs nocturnes, ceci s'explique par une trop grande agitation au niveau cérébral.

51% ont répondu que le sommeil de jour devrait être réparti en deux siestes jusqu'à 8mois, alors qu'il faudrait idéalement qu'elle soit répartie en trois siestes pour que les temps d'éveil soient respectés.

<u>Connaissances concernant la MIN</u>

Cette question a été très bien réussie puisque le score total est de 85% soit une moyenne de 17/20.

82% des parents ont su que placer le berceau du bébé jusqu'à 6 mois permettait de prévenir la MIN,

62% ont coché juste la proposition que le tabac était un facteur de risque important de MIN

Pour la température souhaitée, elle se situe entre 18 et 20°C. 16% des parents ont considéré que la température souhaitée se situait entre 20 et 22°C.

Nous pouvons penser que cette question a été réussie car il existe une vraie prévention pour la MIN. Dans le carnet de santé, il existe une page dédiée à cette prévention spécifique (annexe 5)

En revanche, le tabac n'est pas explicitement cité comme facteur important de MIN, ce qui pourrait expliquer le manque de réponse à cette proposition.

<u>Connaissances concernant les conditions environnementales favorisant un bon sommeil.</u>

Cette question a été plutôt bien réussie puisque le score de connaissance était de 80,6% soit une moyenne de 16,11/20

93% des parents ont su qu'un rituel d'endormissement pour les siestes et pour la nuit était souhaitable.

Dans les propositions ayant posé un problème :

- 43% ont considéré qu'il était souhaitable que le bébé ne pleure pas. Or, pour un

Licence CC BY-NC-ND 4.0

apprentissage du sommeil seul, il est rare qu'un bébé ne pleure pas. Ceci peut s'expliquer également par le courant de pensée du maternage proximal qui peut faire croire aux parents qu'il est dangereux pour son cerveau qu'un bébé pleure, alors que les pleurs peuvent au contraire s'avérer bénéfique à condition qu'ils soient accompagnés.

- 24% des parents ont répondu juste à la proposition qu'une veilleuse permettrait un meilleur endormissement car la peur du noir apparait à 6 mois. En réalité, une veilleuse peut perturber la sécrétion de mélatonine du bébé, dont la peur du noir n'apparait qu'entre l'âge de 18 à 24 mois.
- 27% des parents ont considéré qu'il fallait éviter de faire du bruit quand le bébé s'endort, alors qu'au contraire, maintenir un fond sonore constant permet d'éviter qu'il se réveille au moindre bruit.

Connaissances concernant les conséquences d'un manque de sommeil

Le score de réussite était de 72,5% soit une moyenne de 14,5/20.

99% des parents ont su qu'un manque de sommeil rendait un bébé irritable,

79% des parents ont su qu'il pouvait provoquer une baisse du système immunitaire,

88% ont su qu'il pouvait affecter l'apprentissage

45% seulement ont su qu'il pouvait provoquer des troubles du transit

27% seulement des parents ont su qu'il pouvait être la cause d'une prise de poids trop importante.

Pour résumer, les connaissances globales des parents en termes de sommeil des nourrissons en Haute Vienne sont moyennes, en accord avec la thèse de Alice Lemaitre menée à Toulouse. Contrairement à ses conclusions, les parents ayant répondu à notre étude sont très bien informés concernant le sommeil sécuritaire du nourrisson. En effet, les vastes campagnes d'information des parents depuis les années 1990 ont fait baisser drastiquement les cas de MIN (47). Cette prévention fait d'ailleurs l'objet d'une page dans le carnet de santé actuel.

Les temps de sommeil nécessaires par âge ne sont visiblement pas assimilés par les parents, ce qui correspondrait à l'étude de l'INSV mené en 2021 qui rapportent que 76% des enfants de 6 mois à 3 ans manquent de sommeil.

La mise en place du rythme jour/nuit et le rythme biologique du nourrisson se met en place progressivement et est complexe à comprendre pour les jeunes parents.

Une idée très répandue est que les pleurs du bébé sont à éviter à tout prix, de peur de lésions cérébrales. Or, il est rare qu'un nourrisson ne pleure pas durant l'apprentissage à l'endormissement autonome.

Les conséquences d'un manque de sommeil semblent être acquises. Malgré tout, peu de

Licence CC BY-NC-ND 4.0

parents font la corrélation entre un manque de sommeil et une prise de poids trop importante.

V.4.3. Objectifs secondaires

Influence des caractéristiques des parents sur les scores

Nos analyses n'ont pas montré de corrélation entre les caractéristiques des parents et les scores de réussite globaux. Cependant, il semble que l'âge supérieur à 40 ans et la source d'information par les livres donnent de meilleurs résultats, (p proche du significatif). Ceci peut être expliqué par le fait que notre échantillon soit trop petit pour montrer des différences.

Selon nos recherches, quelques études menées aux Etats Unis (38) montrent qu'un niveau d'études supérieures sont associées à de meilleures connaissances en termes de sommeil, mais d'autres ne montrent aucune corrélation.

Ces analyses permettent de conclure que tous les publics, quel que soit leur caractéristique de genre, d'âge, de nombre d'enfants et de catégorie socio professionnelle doivent être sensibilisés de la même façon aux problématiques du sommeil de leur nourrisson.

Principales sources d'informations utilisées

Notre étude révèle sans surprise que les principales sources d'informations utilisées pour se renseigner sur le sommeil des nourrissons est internet et les réseaux sociaux avec plus d'un parent sur deux. Avec l'avènement des téléphones portables et des réseaux sociaux, la facilité d'accès et le développement des conseils de professionnels du sommeil accessible via internet, il n'est pas étonnant de constater ce résultat.

Les professionnels de santé viennent en deuxième position avec 41 % des parents, puis les livres avec 39% des parents, et enfin 24% des parents ont consulté leurs proches.

Le fait que moins d'un parent sur deux ait consulté un professionnel de santé pour parler du sommeil de leur nourrisson peut être corrélé au fait que les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes, ne sont pas suffisamment formés aux problématiques du sommeil, comme le révèle la thèse de Cécilia Etchart (4). Le sommeil, bien qu'essentiel et tout aussi important que l'alimentation, est plus difficilement évalué par les professionnels de santé, à juste titre, par manque de questionnaire standardisé, et plus difficilement pris en charge par manque de connaissances sur les bonnes pratiques. De plus, il est relatif à chaque enfant et chaque famille, il met en jeu des aspects psychologiques et ses problématiques sont donc plus difficilement confié par les parents.

L'étude de l'inSV révèle que s'il existe des troubles du sommeil chez leur enfant, les parents en parlent : pour 23% à leur pédiatre, pour 25% à leur médecin généraliste, pour 18% à leur entourage proche, mais 23% n'en parlent pas.

Il est donc plus facile pour les parents de se tourner vers des livres ou les réseaux sociaux lors de problèmes existants, que d'aller consulter son médecin. D'où l'intérêt de parler systématiquement du sommeil lors des premières consultations obligatoires

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Dans la question précédente, seulement 10% avait consulté un professionnel de santé concernant d'éventuels troubles du sommeil chez leur enfant. Pour autant, d'après le réseau « morphée », 25 à 50% des enfants entre 6 mois et 3 ans souffrent d'un trouble du sommeil (28) dont seulement 15% ont une origine médicale. Cependant cette question était peu informative car nous ne savons pas pourquoi ils n'avaient pas consulté de professionnel : car leurs enfants n'avaient pas de troubles ? car ils n'osaient pas ? car ils se sont tournés vers d'autres sources ?

V.5. Perspectives

Le sommeil des nourrissons est un thème qui intéresse les parents. Dans sa thèse sur l'étude des besoins de soutien à la parentalité à Saint Yrieix La Perche, Caroline Meynard (48)met en évidence qu'un des thèmes voulant être abordé prioritairement est le sommeil des enfants

Notre étude manque de puissance, les résultats sont difficilement extrapolables à la population générale. Il serait intéressant de l'élargir pour objectiver s'il existe de meilleures ou au contraire de moins bonnes connaissances sur le sommeil des nourrissons par les parents de France et ainsi mener des campagnes d'informations nationales.

Plusieurs études menées notamment aux Etats Unis relatent que les parents ont plutôt de mauvaises connaissances en termes de sommeil, et que des connaissances supérieures seraient associées à de meilleures pratiques en sommeil.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, il existe des disparités dans les connaissances. Si la prévention de la MIN semble acquise, la durée de sommeil adéquate par âge reste floue pour les parents.

Il serait intéressant de créer un questionnaire standardisé au niveau national, avec des questions ouvertes permettant de mettre en évidence de manière objective les idées fausses les plus fréquentes que les parents ont concernant le sommeil de leur nourrisson.

De plus, une étude qualitative avec des entretiens semi dirigés auraient également pu être très intéressante.

Pour donner suite à la thèse de Caroline Meynard sur l'étude des besoins de soutien à la parentalité à Saint Yrieix la Perche, la thèse de Bastien Pompignac (49) avait pour but d'évaluer les ateliers de soutien à la parentalité sur cette même commune, ciblant les futurs parents et jeunes parents. Le thème du sommeil et des pleurs a été choisi comme l'un des thèmes prioritaires. L'atelier correspondant créé consistait en un temps de formation théorique sur la base d'un flyer ainsi que sur un temps d'échange. Plutôt qu'un cours magistral, l'atelier se déroulait au multi accueil Pomme de Reinette, de manière conviviale en disposant les chaises en cercle. Les parents ont révélé être très satisfaits de cet atelier. Le flyer proposé nous parait très intéressant puisque, en plus de parler de la prévention de la MIN, il aborde la physiologie du sommeil du fœtus, du nourrisson. Pour chaque tranche d'âge, ils abordaient le temps de sommeil souhaitable, le nombre de siestes. Mais aussi l'importance de dédramatiser les pleurs avec la phrase d'accroche « ce n'est pas de pleurer qui peut avoir des conséquences sur le développement d'un enfant mais de ne pas être rassuré »

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Sur la même lignée que cette proposition, nous envisagerions de :

- Proposer de manière similaire des brochures d'informations disponibles dans les cabinets de professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, pédiatres, sage-femme) avec des informations importantes telle que les temps de sommeil nécessaire par tranche d'âge, les durées d'éveil maximum par tranche d'âge. Les conditions environnementales pour un bon sommeil notamment que les conditions extérieures dans lesquelles s'endorment un enfant devraient rester les mêmes toute la nuit pour éviter les réveils qui nécessiteraient l'intervention des parents. Ceci pourrait amener les parents à parler plus facilement du sommeil avec les professionnels de santé qu'ils rencontrent. L'INPES propose actuellement un flyer nommé *« dormir, c'est vivre aussi »* très intéressant sur le sommeil des bébé (annexe 6).
- Proposer des affiches prévenant des conséquences d'un manque de sommeil affichés dans les cabinets des professionnels de santé
- Mener une campagne d'information auprès des professionnels de santé afin que le questionnement sur le sommeil au cours des examens obligatoires soit systématiquement abordé. Leur faire connaître plus largement le site internet des 1000 premiers jours qui existent également sous forme d'application smartphone, et qui aborde le thème du sommeil. (50)
- Diffuser par l'assurance maladie via différents média (internet, réseaux sociaux, télévision), des publicités concernant l'importance du sommeil chez un nourrisson
- Rajouter dans le carnet de santé une page dédiée au sommeil et aux bonnes pratiques, ainsi que rajouter pour chaque examen obligatoire un item avec le temps de sommeil par âge nécessaire et non pas que la position de couchage adaptée comme c'est actuellement le cas (annexe 5)
- Proposer des ateliers collectifs à la PMI ou dans les espaces familles via les PEP, des formations aux parents sur le sommeil ainsi qu'un temps de libre-échange.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Conclusion

En 2019, l'OMS a émis de nouvelles recommandations concernant le sommeil des enfants de moins de 5 ans : elle le place au même rang d'importance que l'activité physique et l'alimentation.

Pour autant, et même si nous n'avons pas trouvé beaucoup d'études concernant ce sujet, la littérature montre qu'il existe des lacunes concernant les connaissances des parents et des médecins sur le sommeil des nourrissons.

Notre étude, bien que manquant de puissance, a permis de confirmer que les connaissances des parents étaient intermédiaires et dépendaient du thème abordé.

En effet, nous avons constaté que le sujet de la MIN obtient de bien meilleurs résultats, ce qui est en lien avec une vaste campagne menée au niveau national, et la prévention systématique faite~~s~~ par les professionnels de santé en consultation. Il serait bénéfique de prodiguer de la même manière des conseils concernant les bonnes pratiques en termes d'hygiène du sommeil chez les tout-petits et ainsi favoriser leur bon développement et pérenniser l'équilibre familial qui peut être largement mis à mal par un sommeil de mauvaise qualité. Cela pourrait être soutenu par des items rajoutés systématiquement sur le carnet de santé lors de chaque consultation systématique des premiers mois de vie.

Les connaissances des parents n'étaient visiblement pas corrélées à des caractéristiques socio démographiques particulières même si l'âge supérieur à 40 ans et les livres comme sources d'informations obtenaient relativement de meilleurs résultats.

Nous avons également vu que les ateliers de soutien à la parentalité étaient investis par les parents, ils sont déjà mis en place dans certaines structures d'accueil, il faudra œuvrer pour les promouvoir et les développer.

Les réseaux sociaux et internet représentent les sources d'informations les plus utilisées, il serait intéressant de diffuser via ces médias des campagnes de communication concernant ce sujet et mettre fin aux idées reçues.

Par ailleurs, il va sans dire que le sommeil des nourrissons est un sujet complexe, mettant en jeu plusieurs facteurs notamment culturel, psychologique et social, qui ne peut pas faire l'objet de recommandations rigides et uniformes pour chaque famille. Il faudra donc auprès des parents, s'adapter et présenter une écoute toujours bienveillante.

L'étude menée ici ne peut se concevoir qu'à l'échelle de notre culture occidentale où des obligations sociales et de travail nous sont imposées.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Références bibliographiques

1. https://www.frcneurodon.org/informer-sur-la-recherche/actus/le-cerveau-et-son-environnement-le-sommeil/.

2. https://www.who.int/fr/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more.

3. https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/BJ23423-OpinionWay-pour-INSV-Fevrier-2022-070322-post-reunion.pptx.pdf.

4. Prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant de moins 4 ans en soins primaires, dans la région du Limousin [Ressource électronique] / par Cécilia Etchart-Salas ; Limoges : S.C.D. de l'Université de Limoges , 2013.

5. Évaluation des connaissances des parents sur le sommeil du nourrisson de moins de deux ans / Alice Lemaitre ; directeur de thèse, Dr. Bruno Chicoulaa.

6. https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/.

7. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf.

8. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2815684.

9. https://fr.bitterwinter.org/torture-par-privation-de-sommeil/.

10. Le grand guide du sommeil de mon bébé de Caroline Ferriol.

11. Le sommeil, le rêve et l'enfant de Marie Thirion et Marie-Josèphe Challamel.

12. https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/physiologie-de-lhorloge-biologique.

13. https://www.inserm.fr/dossier/chronobiologie/.

14. https://www.planetesante.ch/Magazine/Actualites-et-recherche/Recherche-et-nouveaux-traitements/La-chronobiologie-pour-administrer-le-bon-medicament-au-bon-moment.

15. https://www.cnrs.fr/fr/presse/les-cellules-du-foie-controlent-notre-horloge-biologique.

16. https://atelier23-gueret.canoprof.fr/eleve/Supports-de-formation/Connaissance-des-ados/res/Les_rythmes_majeurs_de_l_enfant-Hubert_Montagner.pdf.

17. Le petit guide du sommeil de Nerina Ramlkhan.

18. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26156950/.

19. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21945361/,.

20. https://www.claude-didierjean-jouveau.fr/2013/03/08/quelques-consequences-laisser-pleurer/.

21. https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2018-4-page-3.htm.

22. https://books.google.fr/books/about/Crying.html?id=TeJqAAAAMAAJ&redir_esc=y.

23. Éric Binet in, Métiers de la petite enfance, n° 212-213 p. 34.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

24. https://www.nanny-care.com/fr/actualites/28-mort-subite-du-nourrisson-toutes-les-statistiques.

25. https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-133.htm?contenu=article.

26. Govindama Y. : « Troubles du sommeil du jeune enfant et thérapies associées », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2002 ; 50 : 103-113.

27. https://www.cairn.info/revue-devenir-2010-2-page-133.htm?contenu=article.

28. https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/bebe/pathologies-syndromes/.

29. https://www.mpedia.fr/qr/age-terreur-nocturne/.

30. https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/en-savoir-plus/comment-explorer-le-sommeil/.

31. https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2022-01/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf.

32. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3080473/fr/slenyto-melatonine.

33. https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/bebe/les-bonnes-pratiques/.

34. https://www.feedodo.fr/bonus-du-livre/lendormissement-autonome-les-methodes-existantes/.

35. Knauer D., Palacio-Espasa F. : « Interventions précoces parents-enfants : avantages et limites », La psychiatrie de l'enfant, 2002 ; XLV (1) : 103-132.

36. Berger M., Tamet J.Y., Blanchon Y. : « Thérapie familiale d'un nourrisson présentant une insomnie grave », Thérapie familiale, Genève, 1983 ; 4 (3) : 297-306. Neuberger R. : « Place de la thérapie familiale dans le traitement de l'enfant », Archives de Pédiatrie, 2002 ; 9, Suppl. 2 : 197-199.

37. Durieux M.P., Matot J.P. : « A propos de l'insomnie primaire du nourrisson », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1996 ; 44 (12) : 617-624.

38. https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unilim.fr/science/article/pii/S1087079216000058?via%3Dihub.

39. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-79959918244&origin=inward&txGid=74f4c69218b2dac3de029f800c3b8fcc.

40. https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.unilim.fr/doi/epdf/10.1111/j.1440-1754.2007.01005.x.

41. https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.unilim.fr/21600342/.

42. BJ23423 - OpinionWay pour INSV - Février 2022 - 070322 - post réunion.pptx (institut-sommeil-vigilance.org).

43. Dossier complet − Département de la Haute-Vienne (87) | Insee.

44. 2020file:///C:/Users/laura/Downloads/ap_ind_9_Haute-Vienne-2.pdf.

45. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-87#chiffre-cle-5:

Licence CC BY-NC-ND 4.0

46. https://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=2/TTL=61/SHW?FRST=64.

47. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S098779832300138X.

48. https://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/thematic-search.html?menuKey=tef_ex&submenuKey=medecine&search=true&ref=MEYNARD.

49. https://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/thematic-search.html?menuKey=tef_ex&submenuKey=medecine&search=true&ref=choice(discipline):medecine_generale&ref=pompignac.

50. https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-sommeil-de-bebe?at_medium=sl&at_campaign=BienEtreBebePHRASE&at_platform=google&at_creation=Sommeil&at_variant=&at_network=search&at_term=sommeil%20bebe&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwurS3BhCGARIsADdUH53wgSC2fcSkttBogjqrv8MiK5Wz20xcNeTdZPoedCSmnI7vb03ecoQaAqY1EALw_wcB&gclsrc=aw.ds&adfcd=1726821426.2cqTlul1q0myFTxD5epsAQ.Mjg2NzM5MywxOTEzMzMx.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexes

Annexe 1 – Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 06-2024-02

Projet de thèse : **« Etat des lieux des connaissances des parents de Haute Vienne en termes de sommeil des enfants de 0 à 2 ans ».**

Le projet d'étude réalisé par **Madame Laura MAZIERE,** interne de médecine générale sous la direction du **Docteur Michelle PEIFFER, du CH ESQUIROL** à Limoges ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n°06-2024-02

Docteur Gérard TERRIER

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexe 2 – Autoquestionnaire distribué

Madame, Monsieur, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant et j'effectue mon travail de thèse sur le sommeil des nourrissons dirigée par le Docteur Peiffer Michelle. Le but de ce travail est d'évaluer vos connaissances sur le sommeil de vos bébés de 0 à 2 ans, et ainsi de faire émerger des idées concernant les conseils à dispenser en consultation sur les questions du sommeil afin de répondre au mieux à vos besoins.

Le questionnaire est individuel et totalement anonyme. Si vous êtes deux parents du même enfant présents aux cabinets, vous pouvez prendre un questionnaire chacun. Merci de répondre aux questions le plus spontanément et honnêtement possible.

Vous trouverez une correction du questionnaire (si cela vous intéresse), auprès de la secrétaire du cabinet.

Je vous remercie

Laura Maziere.

1) Vous êtes

□Un papa

□Une maman

2) Quel est votre âge ?

□Moins de 20 ans

□20-29 ans

□30-39 ans

□40 et plus

3) A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?

□Agriculteurs exploitants

□Artisans, commerçants et chef d'entreprise

□Cadre et professions intellectuelles supérieures

Licence CC BY-NC-ND 4.0

☐Professions intermédiaires

☐Employés

☐Ouvriers

☐Autre personne sans activité professionnelle

☐Etudiant

4) Combien d'enfants avez-vous

☐1

☐2

☐3 et plus

5) Pensez-vous avoir de bonnes connaissances en termes de sommeil des nourrissons de moins de 2 ans ?

☐Oui

☐Non

6) Avez-vous déjà consulté un professionnel de santé (médecin/sage femme/ puéricultrice/infirmier (e.)s) par rapport à des éventuels troubles du sommeil chez votre bébé ?

☐Oui

☐Non

7) Si vous avez cherché des informations sur le sommeil de votre enfant, quelle(s) ressource(s) vous ont été le(s) plus utiles ?

☐Professionnels de santé

☐Livre(s)

☐Proche(s)

☐Internet, réseaux sociaux

☐Autre ? (Précisez) :

8) Cochez pour chaque tranche d'âge la durée moyenne quotidienne dont un bébé de moins de 2 ans a besoin (siestes comprises) :

Licence CC BY-NC-ND 4.0

	0-3mois	4-11mois	12-24mois
14-17h			
11-18h			
12-15h			
11-14h			
10-14h			

9) Concernant le sommeil en général ; cochez-la ou les réponses qui vous paraissent vraies :

☐Environ 75% des enfants de 6 mois à 3 ans manquent de sommeil en France ;

☐Le sommeil est une fonction innée

☐Coucher un nourrisson plus tard permet souvent qu'il se lève plus tard

☐Un manque de sommeil peut être tout aussi néfaste qu'un manque de nourriture

☐Un bébé allaité au sein met plus de temps à faire ses nuits qu'un bébé prenant le biberon

10) A propos de la mise en place du rythme jour/nuit, cochez-la ou les réponses qui vous paraissent justes

☐Il commence à se mettre en place aux alentours de la 4 -ème semaine

☐Il est normalement bien installé au quatrième mois

☐Il se manifeste souvent par des pleurs inconsolables le soir qui peuvent durer de longues heures

☐Pour sa bonne mise en place, il est important de donner des repères au bébé (lumière du jour/régularité des heures de coucher/régularité des heures de siestes etc.)

☐On considère que c'est aux alentours du 9ème mois qu'un bébé n'a plus besoin d'être nourri la nuit

11) Concernant les siestes, cochez-la ou les réponses vous paraissant justes

☐Les siestes sont aussi indispensables que le sommeil de nuit pour un nourrisson

☐Moins dormir la journée pour un nourrisson permet qu'il rallonge ses nuits

☐Il ne faut pas faire le noir complet pendant les siestes pour que bébé ne confonde pas le jour et la nuit

☐Le manque de sieste peut provoquer des terreurs nocturnes

☐Jusqu'à 8 mois environ, le sommeil de jour (=siestes) devrait être réparti en 2 siestes

Licence CC BY-NC-ND 4.0

12) Concernant la prévention de la mort inattendue du nourrisson (= MIN), cochez-la ou les réponses qui vous paraissent vraies

☐Il faut coucher bébé sur le ventre

☐Il faut que la température de la chambre se situe entre 20 et 22°C

☐Un tour de lit permet de sécuriser le bébé

☐Le tabagisme des parents est un facteur de risque important de MIN

☐Installer le berceau dans votre chambre jusqu'à ses 6 mois est un moyen de prévention de la MIN

13) Selon vous, quelles sont les affirmations suivantes essentielles pour assurer un sommeil de qualité (une ou plusieurs réponses possibles)

☐L'existence d'un rituel de coucher et de lever, pour les nuits comme pour les siestes

☐Donner une tétine à votre bébé

☐Rester avec bébé dans la chambre jusqu'à ce qu'il s'endorme

☐Il est préférable d'éviter que le bébé pleure

☐Une veilleuse dans la chambre du bébé permet de le rassurer, car la peur du noir apparait avant 6 mois.

☐Il est préférable d'éviter de faire du bruit pendant que le bébé s'endort et dort

☐Mettre un mobile musical au-dessus de son lit permet un meilleur endormissement

14) Selon vous, quel impact peut avoir un manque de sommeil sur un nourrisson ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐Irritabilité

☐Baisse du système immunitaire

☐Difficulté d'apprentissage

☐Troubles du transit

☐Prise de poids trop importante

☐Meilleure résistance à la frustration

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexe 3 – Correction de l'autoquestionnaire

Correction du questionnaire de thèse sur le sommeil des nourrissons

Question 8)

Quotas de sommeil pour les bébés de 0 à 3 mois en moyenne 14 à 17 heures

Quotas de sommeil pour les bébés de 4 à 11 mois 12 à 15 heures

Quotas de sommeil pour les bébés de 1 à 2 ans 11 à 14 heures

Attention, ce sont des durées moyennes. Chaque enfant est différent, certains « petits dormeurs » auront besoin de moins, et d'autres dits « gros » dormeurs auront besoin de plus. Cependant, on considère que les petits dormeurs ne sont qu'une petite minorité des bébés (environ 5%). Les deux meilleurs indicateurs pour savoir si votre enfant a bien dormi, sont qu'il s'éveille en gazouillant et qu'il ne manifeste aucun signe de fatigue durant l'heure qui suit son réveil (bâillement, frottement des yeux, grognon etc.)

Question 9)

- **VRAI** : selon une étude de l'institut du sommeil et de la Vigilance de 2022, 76% des enfants de 0 à 3 ans sont en manque de sommeil. https://institut-sommeil-vigilance.org/le-sommeil-des-enfants-de-moins-de-10-ans-et-leurs-parents-enquete-insv-mgen/
- **VRAI**, le sommeil ne s'apprend pas, tous les bébés savent dormir ! Les bébés dorment déjà avant leur naissance et depuis longtemps.
- **FAUX,** un bébé couché plus tard se lèvera probablement soit plus tôt, soit à la même heure que si vous le couchez plus tôt. Ceci s'explique du fait qu'au moment où bébé aura un micro-réveil dans la nuit (par exemple à 5h du matin), le taux de mélatonine- l'hormone du sommeil- sera à un taux plus faible et il aura beaucoup plus de mal à se rendormir. S'il est couché plus tôt, le micro-réveil se fera plus tôt (environ vers 4h du matin), et le taux de mélatonine et donc la pression de sommeil seront suffisamment importants pour lui permettre de se rendormir. On peut considérer qu'avant une nuit de minimum 11 heures, le bébé n'a pas fini sa nuit.
- **VRAI.** Le Dr William Dement fondateur du centre de recherche sur le sommeil de l'université de Stanford, a mené des recherches approfondies qui suggèrent que le sommeil est le facteur déterminant le plus important quant à la durée de vie des individus-plus influent encore que le régime alimentaire, l'exercice ou l'hérédité. La privation de sommeil n'est pas une situation normale et elle entrainerait une détérioration des facultés mentales et de la santé beaucoup plus rapidement qu'une privation de nourriture.
- **FAUX** les bébés allaités ne tardent pas davantage à faire leur nuit que les bébés nourris au biberon. La différence tient souvent au comportement du parent. Si le

Licence CC BY-NC-ND 4.0

bébé s'endort au sein ou s'il s'endort en prenant le biberon, l'enfant associera la tétée à l'endormissement. Il aura donc probablement besoin du sein ou du biberon pour se rendormir après ses réveils nocturnes.

Question 10)

- **VRAI** le rythme dit circadien commence à se mettre en place entre la 3ème et la 4ème semaine de vie
- **VRAI** Entre 3 et 4 mois de vie le rythme circadien s'acquiert véritablement et bébé distingue le jour de la nuit grâce aux variations des fréquences cardiaque et respiratoires, de la température corporelle du cortisol et de la mélatonine.
- **VRAI** Aux alentours de la 3eme et 4eme semaine, l'apparition du rythme circadien se manifeste par une période d'agitation en fin de journée (généralement entre 17 et 22 heures), pouvant durer plusieurs heures, et pouvant se traduire par des pleurs inconsolables, parfois interprétés à tort comme des « coliques ». Ce ne sont pas vraiment des pleurs mais plutôt des cris et souvent on constate que le bébé n'a pas de larmes. Dans son livre *points forts de la naissance à 3ans*, T. Berry Brazelton explique cette période d'agitation qui s'étend environ de la 3e à la 12 ème semaine, plus ou moins présente selon les bébés. Il donne également quelques conseils pour passer au mieux cette période parfois source d'angoisses pour les parents.
- **VRAI** Pour éviter un décalage de jour en jour, bébé a besoin de fixer son rythme circadien comme ses parents, sur 24 heures. Pour ce faire il est important de donner à l'enfant des repères au niveau de la lumière, des horaires des siestes, des temps de repos et des repas. Ce processus de synchronisation sur 24 heures s'étend entre 3 et 6 mois
- **FAUX** Pour un bébé qui n'a pas de problème de santé, l'alimentation nocturne devrait s'arrêter aux alentours du 6ème mois.

Question 11)

- **VRAI** Les siestes sont tout aussi indispensables pour le bébé que le sommeil nocturne, pour avoir un quota de sommeil suffisant sur 24 heures
- **FAUX** bien au contraire ! un bébé qui ne dort pas du tout en journée, du fait de l'énervement que la privation de sommeil provoque, va produire un surplus de cortisol, l'hormone de l'éveil, ce qui entravera son sommeil de nuit.
- **FAUX** En effet, une fois que le rythme circadien est mis en place (souvent à la fin du 4ème mois), le noir complet même pour les siestes est très intéressant. En effet, le noir favorise la production de mélatonine, l'hormone du sommeil
- **VRAI** Les terreurs nocturnes sont totalement différentes des cauchemars. Elles sont dans la plupart des cas le signe d'une trop grande fatigue. Au premier cycle de sommeil, l'enfant est tellement fatigué qu'il plonge en sommeil très profond. Elle se manifeste comme suit : l'enfant est raide, il peut hurler, être violent et agité, avoir les yeux ouverts, se déplacer, repousser le parent. Cependant il est inconscient et il dort.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Il est donc important de ne pas le réveiller même si ce comportement fait souvent peur aux parents.

- **FAUX** Jusqu'à 8 mois environ, le sommeil de jour devrait être réparti en 3 siestes

Question 12)

- **FAUX** il risque l'étouffement dans cette position
- **FAUX** idéalement la température de la chambre doit être comprise entre 18 et 20°C, ceci permet un abaissement de la température corporelle qui favorise le sommeil
- **FAUX** il risque également de s'étouffer avec un tour de lit en enfouissant sa tête dedans.
- **VRAI**
- **VRAI**

Question 13)

- **VRAI.** Les rituels sont primordiaux pour donner un repère temporel au bébé et le sécuriser
- **FAUX** La succion est un besoin légitime, certains bébés trouveront rapidement leur poing puis leur pouce. Le problème de la tétine survient souvent après 3 mois quand il prend de plus en plus conscience de son environnement. Pour le bébé la tétine est rapidement associée au fait de se calmer et de s'endormir. Chaque fois que le bébé a un micro réveil durant la nuit (souvent à chaque passage de cycle de sommeil), il réclame la tétine qu'il n'est pas encore capable de retrouver seul. C
- **FAUX** il risquerait d'être dépendant de votre présence pour s'endormir. Si vous restez tout le long de la nuit à côté de lui pas de problème, mais si vous sortez de la chambre et qu'il a un micro-réveil, il se réveillera au prochain passage de cycle et vous réclamera probablement pour se rendormir.
- **FAUX ;** tout d'abord, un bébé n'a pas d'autres moyens d'exprimer ses émotions que par les pleurs. Les bébés ont un besoin physiologique de pleurer pour s'exprimer, pour intégrer les évènements de leur quotidien, pour apprendre à gérer leurs émotions et surtout pour décharger leur trop plein de cortisol et ainsi s'apaiser durablement. Cependant, laisser pleurer un bébé seul dans sa chambre n'est pas souhaitable, il faut accompagner ses émotions. Mais empêcher à tout prix un bébé de pleurer serait comme nier ses émotions.
  Les pleurs dits de « décharge » sont liés à une carence en sommeil dans la journée, et une accumulation de cortisol. Le seul moyen pour le bébé de se « débarrasser » de ce trop plein de cortisol sont les larmes.
  De plus, lors des micro réveils du bébé qui sont physiologique, le bébé peut pleurer un peu avant de retrouver son sommeil, c'est tout à fait normal et il n'y a pas forcément besoin d'intervenir, c'est pour cela qu'on peut conseiller aux parents d'attendre 5 à 10 minutes avant d'aller voir son bébé s'il y a des pleurs la nuit.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

- **FAUX** La peur du noir n'apparait pas avant 18mois. Avant cet âge là il n'est donc pas nécessaire de mettre une veilleuse dans sa chambre ; De plus, la luminosité de la veilleuse risque de perturber son sommeil et d'abaisser sa production de mélatonine.
- **FAUX**, au contraire ! maintenir un niveau sonore normal dans les autres pièces de la maison est très important. En aidant l'enfant à prendre l'habitude de dormir avec des bruits alentours, on lui rend un grand service, et à nous aussi. En revanche il faut faire du bruit durant la phase d'endormissement et non quand l'enfant est déjà endormi. Ainsi, le moindre bruit ne le réveillera pas.
- **FAUX,** pour le même principe que la tétine ou que votre présence, il va développer une dépendance pour s'endormir, vous serez donc obligés de remettre le mobile musical. De plus, le bruit et la lumière ne favorise pas la production de mélatonine mais de cortisol et surstimule son cerveau.

Question 14)

- **VRAI**
- **VRAI**, un bébé qui ne dort pas assez tombe plus facilement malade
- **VRAI**
- **VRAI**
- **VRAI**
- **FAUX,** au contraire, bien dormir permet de mieux gérer ses émotions et de mieux résister à la frustration.

Mes références :

- Le grand guide du sommeil de mon bébé de Caroline FERRIOL
- Le sommeil du nourrisson de Brigitte LANGEVIN
- Points forts tome 1 de la naissance à 3 ans de T.Berry BRAZELTON

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexe 4 – Résumé des caractéristiques socio-démographique

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
sexe		
Femme	85	85%
Homme	15	15%
Age des parents		
Moins de 20 ans	1	1%
Entre 20 et 29 ans	34	34%
Entre 30 et 39 ans	56	56%
Plus de 40 ans	9	9%
Catégorie socio-professionnelle		
Agriculteur	2	2%
Artisans/commerçants/chef d'entreprise	6	6%
Cadres/professions intellectuelles supérieures	13	13%
Professions intermédiaires	18	18%
Employés	41	41%
Ouvriers	4	4%
Sans activité professionnelle	9	9%
Autre	0	
Répartition du nombre d'enfant		
Un enfant	53	53%
Deux enfants	40	40%
Plus de trois enfants	7	7%
Perception des bonnes connaissances		
Oui	56	56%
Non	44	44%
Consultation d'un professionnel de santé pour troubles du sommeil		
Oui	10	10%
Non	90	90%
Sources d'information utilisées		
Professionnel de santé	41	41%
Livres	39	39%
Proches	24	24%
Internet et réseaux sociaux	57	57%
Autre	5	5%

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexe 5 – Extrait du carnet de santé

Son sommeil

La température de la chambre où dort votre bébé doit être comprise entre 18 °C et 20 °C.

Dès la naissance, couchez votre bébé sur le dos, à plat, dans son propre lit, dans une « turbulette » ou une « gigoteuse » adaptée à sa taille.

Ne le couchez jamais sur le ventre, ni sur le côté, même s'il régurgite.

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture, ni de couette. Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un matelas.

Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, poufs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Respectez son rythme de sommeil.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

Ne l'habituez pas à s'endormir avec son biberon.

Laissez votre bébé bouger dans son lit.

Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux (oreiller, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, etc.).

Il est préférable, si cela est possible, de placer le lit de votre bébé dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

Respecter ces conseils permet de réduire le risque de mort inattendue du nourrisson.

16

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Annexe 6 – Flyer de l'INPES *« dormir c'est vivre aussi »*

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Licence CC BY-NC-ND 4.0

Etat des lieux des connaissances des parents de Haute-Vienne en termes de sommeil des nourrissons de 0 à 2 ans.

Introduction
En 2019, l'OMS émet de nouvelle recommandation pour les enfants de moins de 5 ans. Elle place sur le même plan l'activité physique, l'alimentation, et le sommeil de bonne qualité.
Une étude récente de l'INSV révèle que 76% des enfants de moins de 3 ans manquent de sommeil en France. Le manque sommeil est un véritable enjeu de santé publique puisqu'il a des conséquences directes sur le développement global des enfants.
L'objectif de notre travail était de réaliser un état des lieux des connaissances des parents de Haute-Vienne en termes de sommeil des nourrissons de 0 à 2 ans.
Méthode
Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle transversale descriptive réalisée sur la base d'un auto-questionnaire anonyme à destination des parents d'enfants âgés de 0 à 2 ans réalisée entre février 2024 et juin 2024. Les questionnaires étaient diffusés via la secrétaire des cabinets de médecine générale, pédiatrie ou gynécologie ou directement par le médecin consultant.
Résultats
100 questionnaires ont été analysés. Le taux de participation était de 42,5%. On retrouvait des connaissances moyennes en termes de sommeil, avec un score très faible concernant les temps de sommeil nécessaire par âge. Ils n'étaient pas influencés par les caractéristiques socio démographiques de la population. Peu de parents avait consulté un professionnel de santé concernant d'éventuels troubles du sommeil chez leur nourrisson. La majorité des parents ayant cherché des informations s'était tournée vers internet et les réseaux sociaux
Conclusion
Les connaissances des parents en termes de sommeil sont moyennes, notamment sur les temps de sommeil nécessaire par âge. La prévention des bonnes pratiques d'hygiène du sommeil par les professionnels de santé lors des consultations obligatoires des premiers mois et par l'intermédiaire des médias serait nécessaire.

Mots-clés : connaissances, parents, sommeil, nourrissons

Knowledge of parents in Haute-Vienne in terms of infant sleep from 0 to 2 years of age.

Introduction
In 2019, the WHO is issuing new recommendations for children under the age of 5. It places physical activity, diet and good quality sleep on the same level.
A recent INSV study revealed that 76% of children under the age of 3 in France do not get enough sleep. Sleep deprivation is a real public health issue, as it has a direct impact on children's overall development.
The aim of our study was to take an inventory of the knowledge of parents in Haute-Vienne in terms of the sleep of infants aged 0-2 years.
Method
This was a descriptive cross-sectional observational epidemiological study based on an anonymous self-administered questionnaire for parents of children aged 0-2 years, carried out between February 2024 and June 2024. The questionnaires were distributed via the secretary in the general practice, paediatric practice or gynaecology practice, or directly by the consulting physician.
Results
100 questionnaires were analysed. The participation rate was 42.5%. Knowledge of sleep was average, with a very low score for the amount of sleep required by age. They were not influenced by the socio-demographic characteristics of the population. Few parents had consulted a health professional about possible sleep disorders in their infant. The majority of parents who sought information turned to the internet and social networks.
Conclusion
Parents' knowledge of sleep was medium, particularly in terms of the amount of sleep required at different ages. Prevention of good sleep hygiene practices by healthcare professionals during systematic consultations in the first few months and through the media would be necessary.

Keywords : knowledge, parents, infant, sleep