



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Le sommeil des nouveau-nés

Informations des mères à la sortie de la
maternité

Mémoire présenté et soutenu par
Johan VICTORIA

Promotion 2007-2011

SOMMAIRE

Introduction	4
Partie 1 : Le cadre de référence	5
1. Comprendre le sommeil	6
1.1. Physiologie du sommeil de l'adulte.....	6
1.1.1. Étude du sommeil.....	6
1.1.2. Influence de l'environnement sur le sommeil	9
1.1.3. Besoin et importance du sommeil	10
1.2. Physiologie du sommeil de l'enfant	11
1.2.1. Les états de vigilance chez l'enfant	11
1.2.2. Organisation du sommeil chez le nouveau-né à terme.....	12
1.2.3. Développement du sommeil du nouveau-né à l'âge adulte	13
2. Hygiène du sommeil	16
2.1. L'endormissement	16
2.2. Les conditions de couchage	16
2.2.1. Une position adaptée	17
2.2.2. Une literie sécurisée	17
2.2.3. Un environnement sain	18
2.3. Favoriser le sommeil	18
2.4. Le sommeil partagé	19
2.4.1. Les différentes formes de sommeil partagé	19
2.4.2. Les avantages du sommeil partagé.....	20
2.4.3. Les grands principes du sommeil partagé	21
2.4.4. Les risques du sommeil partagé occasionnel	23
3. Les troubles du sommeil	24
3.1. Les différents types de troubles	24
3.2. Prise en charge des troubles du sommeil	27
Partie 2 : La démarche de recherche	28
1. Méthodologie de la recherche	29
1.1. Problématique	29
1.2. Hypothèses	29
1.3. Objectifs	29
1.4. Présentation de l'enquête	30
1.5. Biais et difficultés rencontrées	30
2. Résultats de l'étude	31
2.1. Présentation	31
2.2. Connaissances sur le sommeil.....	32
2.3. L'hygiène du sommeil	34
2.4. Les difficultés et troubles du sommeil	37
2.5. Information et accompagnement.....	39
Partie 3 : L'interprétation des résultats	42
1. Présentation de la population	43

2. Connaissances sur le sommeil	44
3. Hygiène du sommeil	46
4. Difficultés et troubles du sommeil	49
5. Information et accompagnement	52
6. Pistes à améliorer	54
Conclusion.....	58
Bibliographie	59
Annexes	63

Introduction

Le sommeil est un vaste thème qui nous concerne tous quel que soit notre âge. Et pour cause : le sommeil représente plus d'1/3 de notre vie ! Pour beaucoup d'entre nous, le sommeil est vécu comme un moment de bien-être. Il est d'ailleurs ressenti comme un élément extrêmement positif pour la santé. Après avoir « bien dormi », les performances physiques et psychiques sont meilleures. Il constitue un besoin important pour l'équilibre de l'adulte et le développement du nouveau-né. Cependant il est parfois laissé au second plan, le temps de sommeil est souvent vécu comme « superflu », comme une perte de temps aujourd'hui dans nos sociétés modernes. Or, une nuit écourtée ou fragmentée conduit, dès le lendemain, à une efficacité diminuée, une irritabilité et des difficultés d'ordre physiologique et psychique qui peuvent avoir des conséquences graves, pour un adulte comme pour un nouveau-né. Ainsi, faute de méconnaissance voire de désintérêt, le sommeil peut rapidement engendrer des difficultés. Ces difficultés peuvent s'avérer délétères pour toute la famille en déstabilisant parfois la dynamique familiale.

Si les études sur le sujet sont encore récentes toutes s'accordent à dire que comprendre ce qu'est le sommeil, et comprendre sa régulation permet de diminuer la plupart des troubles qui en découlent.

Je vais tacher de répondre à travers ce travail, à la question suivante ; les accouchées sont elles suffisamment informées sur le sommeil du nouveau-né à la sortie de la maternité?

Dans une première partie, je vais tenter d'expliquer le sommeil et les règles élémentaires qui concourent à son respect. La deuxième partie sera consacrée à mon enquête qui me permettra de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Enfin, je présenterai des pistes permettant d'améliorer la situation.

Partie 1 : Le cadre de référence

1. COMPRENDRE LE SOMMEIL

1.1. Physiologie du sommeil de l'adulte

Le sommeil est un état caractérisé par une activité corporelle très réduite et une perception quasi absente de notre environnement. C'est une suite active et organisée d'événements et d'états physiologiques. Il se compose de deux formes d'états faciles à distinguer : le sommeil lent, et le sommeil paradoxal, où ont lieu principalement les rêves. Ces 2 phases de sommeil sont différentes entre elles et se différencient de l'éveil. Le déroulement d'une nuit de sommeil humain adulte, avec alternance régulière de sommeil lent (SL) et de sommeil paradoxal (SP), est de description assez récente (milieu des années 1950) ^[3].

1.1.1. Étude du sommeil

L'une des méthodes d'exploration utilisées, dans les centres du sommeil^[12], consiste à enregistrer différents signaux électrophysiologiques, chez un même sujet au cours d'une nuit de sommeil :

- l'électroencéphalogramme (E.E.G.) : est enregistré grâce à des électrodes placées sur le cuir chevelu.
- l'électro-oculogramme (E.O.G.) : enregistré à l'aide de 2 électrodes placées à l'angle externe de chaque œil.
- l'électromyogramme (E.M.G.) : enregistré avec 2 électrodes placées au niveau de la houppe du menton et l'autre à 1cm de la commissure labiale.
- le flux nasal : enregistré par un capteur sensible à la température de l'air inspiré et expiré, placé au niveau des narines.
- les mouvements et la fréquence respiratoire
- l'électrocardiogramme (E.C.G.)

Grâce à ces techniques, on peut obtenir un enregistrement polysomnographique chez un sujet lors d'une nuit de sommeil et ainsi définir différents états de vigilance chez l'adulte, à savoir l'éveil, le sommeil lent et le sommeil paradoxal.^[2]

L'éveil

De nombreux travaux ont tenté de localiser un centre de l'éveil. Actuellement, l'éveil est considéré comme l'expression d'un réseau très complexe de groupes de neurones répartis de l'hypothalamus au bulbe rachidien. Dans ce réseau, l'information circule d'un neurone à l'autre grâce à des neurotransmetteurs comme l'acétylcholine (Ach), le glutamate (Glu), la noradrénaline (NA), la dopamine (DA), ou l'histamine (HA). Ces neurones de l'éveil diminuent ou arrêtent leur activité pendant le sommeil. Il est ainsi facile de comprendre que certains médicaments qui bloquent ces neurotransmetteurs, comme les antihistaminiques, soient des substances qui diminuent la vigilance^[3-36].

Le système d'éveil, une fois activé, est entretenu par des stimulations internes et externes. Le sommeil ne peut se produire que s'il y a diminution des excitations de l'environnement. Mais l'arrêt des stimulations externes ne suffit pas à déclencher l'envie de dormir. L'endormissement est aussi le résultat d'un mécanisme généré par le système d'éveil, également appelé système anti-éveil. La sérotonine, par exemple, est un neuromédiateur actif de l'endormissement. Pendant l'éveil, elle induit la synthèse de substances facilitatrices du sommeil au niveau de l'hypothalamus antérieur ; ces facteurs hypnogènes, une fois libérés, permettent la mise en jeu des effecteurs du sommeil lent^[3-27].

Ce système anti-éveil déclenche le sommeil avant l'épuisement de l'organisme, à un moment précis des 24h indiqué par l'horloge biologique située au niveau du noyau supra-chiasmatic. Ceci permet de comprendre que la profondeur et la durée du sommeil lent sont directement dépendantes de la durée et de la qualité de l'éveil qui le précède^[3-29].

Le sommeil lent

Après une période d'éveil, le sujet présente les signes précurseurs du sommeil (bâillements, clignements des paupières, inattention à l'environnement). Si la personne résiste au sommeil, l'envie de dormir passe et revient au cycle suivant.

L'endormissement et le sommeil lent se caractérisent par la fermeture des paupières, l'immobilité, et le ralentissement des fonctions végétatives (respiration, fréquence cardiaque, température, tonus musculaire)^[3-29].

Le sommeil lent se distingue en quatre phases distinctes numérotées de I à IV selon la profondeur du sommeil, les phases III et IV étant celles où le sommeil est le plus profond. Le sommeil lent est également appelé sommeil calme ou synchronisé. Il dure 60 à 75 minutes en moyenne chez un adulte^[3-29-36].

Le sommeil paradoxal

Ce sommeil est dit paradoxal car il associe des signes de sommeil lent (atonie musculaire, seuils d'éveil élevés) et des signes d'éveil (EEG rapide, mouvement oculaires, respiration irrégulière). Certains signes sont constants pendant toute sa durée (EEG rapide, atonie musculaire, érection pénienne), d'autres sont intermittents (mouvements des yeux, de la face ou des extrémités des membres)^[29].

Le SP dure en moyenne 15 à 20 minutes. C'est au cours du SP que survient préférentiellement le rêve, comme cela a été mis en évidence par les souvenirs de rêve racontés par le sujet humain réveillé pendant cette phase de sommeil.

Le réseau neuronal du sommeil paradoxal, comme celui du sommeil lent, fonctionnerait en permanence s'il n'était pas bloqué par des éléments de l'éveil. Ce contrôle est particulièrement strict pour empêcher le sommeil paradoxal de se manifester en dehors du sommeil. La perturbation de ce contrôle est à l'origine de la narcolepsie-cataplexie^[22].

Il existe une architecture d'une nuit de sommeil normale chez l'adulte, on constate une période de sommeil paradoxal toutes les 90 minutes. L'apparition successive de deux périodes de sommeil paradoxal définit un cycle de sommeil. Entre deux cycles, un bref éveil survient et un autre cycle recommence. Ainsi, au cours d'une nuit, 3 à 5 cycles de sommeil peuvent se succéder, selon la durée du sommeil. La présence de brefs éveils à la fin des cycles est tout à fait normale. La plupart du temps, la personne ne se souvient pas de ces éveils, le matin au lever. A l'opposé, certaines personnes (notamment des personnes âgées) ne se souviennent que de ces éveils et croient qu'elles n'ont pas "fermé l'œil" de la nuit^[3-29].

Il faut cependant noter que ces cycles ne sont pas identiques au cours de la nuit, en effet le sommeil lent profond (stade III et IV) est plus concentré en début de nuit alors qu'à l'inverse le sommeil paradoxal est plus concentré en fin de nuit.

L'enchaînement des différentes phases du sommeil peut se visualiser sur un hypnogramme (Annexe I). Le schéma suivant illustre un cycle de sommeil.

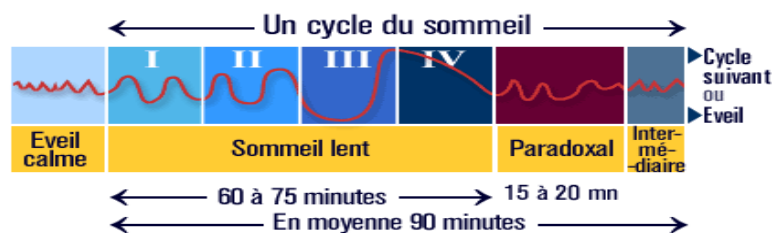


Figure 1 : Les étapes du sommeil de l'adulte

1.1.2. Influence de l'environnement sur le sommeil

Le rythme veille-sommeil est basé sur un rythme circadien c'est à dire ayant une période proche de 24 heures, dépendant de structures neuronales situées au niveau du système nerveux central. Ces structures neuronales peuvent être modulées par des facteurs environnementaux appelés synchronisateurs externes. Ces synchronisateurs sont variables suivant l'espèce étudiée. Pour de nombreuses espèces animales, le principal synchronisateur externe est l'éclairage. Chez l'homme, bien que le niveau d'illumination puisse jouer encore un rôle (notamment dans la survenue de certains types de dépression), la lumière a perdu son rôle prépondérant en tant que synchronisateur des rythmes biologiques, cette fonction étant détenue dans l'espèce humaine par l'activité sociale^[15-25].

Une grande variabilité entre les individus est observée : la durée du sommeil varie de 3 à 12 heures de façon physiologique. Si l'influence de l'environnement physique (température, lumière), social (stress, apprentissage) et de l'alimentation sur la durée de sommeil est aujourd'hui reconnue, ces influences n'expliquent pas toutes les variabilités observées^[25].

La tendance à dormir plus ou moins, à être du soir ou du matin est héritée de nos parents, comme la taille ou la couleur des cheveux. C'est ce qu'indiquent des enquêtes épidémiologiques réalisées ces dernières années. L'environnement et l'éducation vont moduler cette hérédité. Le sommeil d'une personne donnée est donc unique. C'est donc à chacun de connaître la durée de sommeil dont il a besoin pour être reposé et en pleine forme, ainsi que les effets d'un manque de sommeil pour pouvoir se ménager des temps de repos^[5].

1.1.3. Besoin et importance du sommeil

Durant le sommeil, le corps récupère, « regonfle ses batteries » et se régénère. Dormir aide également à mémoriser ce que l'on a appris dans la journée, et à développer le cerveau.

Le sommeil est indispensable au bon fonctionnement du corps humain. Si on respecte bien les cycles du sommeil, ce dernier permet entre autre de détendre les muscles, d'évacuer la fatigue et de récupérer musculairement. Avec un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité, le corps voit ses capacités physiques et intellectuelles diminuées^[25].

Nous sentons tous quand nous avons besoin de dormir et nous savons également quand le sommeil a rempli sa fonction : notre besoin de sommeil est satisfait quand nous nous sentons frais et reposés. Une autre caractéristique importante d'un bon sommeil est qu'il puisse se terminer très rapidement. Bien qu'une personne endormie apparaisse comme étant sans connaissance, elle peut être réveillée très facilement et recouvrer en quelques secondes ou minutes un stade d'éveil normal, contrairement à une personne qui est anesthésiée ou qui se trouve dans le coma^[21].

Le temps de sommeil moyen est de 8h00, mais il est variable selon les individus (est en partie hérité des parents), l'activité sportive et l'âge. Dans la plupart des cas, il est compris entre 5h00 pour les petits dormeurs et 10-12h00 pour les plus gros dormeurs. En moyenne on passe donc 1/3 de notre vie à dormir, soit 20 ans de sommeil pour un homme de 60 ans.

Dans la journée, deux moments sont idéaux pour dormir, le corps ayant naturellement tendance à somnoler durant ces moments là :

- En début d'après midi, de 14h00 à 16h00.
- Le soir et la nuit, de 23h00 à 7h00.

Après avoir envisagé le sommeil chez l'adulte, la prochaine partie sera consacrée au sommeil de l'enfant.

1.2. Physiologie du sommeil de l'enfant

1.2.1. Les états de vigilance chez l'enfant

Comme chez le sujet adulte, c'est l'enregistrement de données électrophysiologiques associées à une observation comportementale de l'enfant qui permet de définir les différents états de vigilance chez l'enfant^[2].

L'utilisation de techniques non invasives, comme l'échographie en temps réel, a permis d'étudier le moment d'apparition des différents paramètres qui servent à définir les stades de vigilance, à savoir :

- Les battements cardiaques apparaissent entre la 7^{ème} et la 9^{ème} semaine d'âge gestationnel. Ce n'est qu'aux alentours de la 30^{ème} semaine qu'il est possible d'observer des modifications du rythme cardiaque, s'organisant en cycle avec alternance de périodes où la fréquence cardiaque est régulière et d'autres où elle est irrégulière.

- Les mouvements corporels connaissent à peu près la même évolution chronologique.

- Les mouvements oculaires apparaissent aux alentours de la 16^{ème} semaine. Vers la 32^{ème} semaine, il existe de façon cyclique des périodes où ces mouvements sont très fréquents alors qu'entre ces périodes, ils sont peu nombreux voire inexistantes. A partir de la 36^{ème} semaine on peut noter une corrélation de ces mouvements avec les autres paramètres comportementaux^[9-17].

Chez le nouveau-né à terme, il est possible de définir quatre états de vigilance^[9-23].

- L'éveil calme, avec des mouvements oculaires présents, une fréquence cardiaque stable et une absence de mouvements corporels. L'enfant observe ce qui l'entoure calmement, il ne pleure pas, ne gémit pas. Cette phase est courte les premières semaines (quelques minutes) puis s'allonge pour durer jusqu'à deux heures vers l'âge de 3 mois. Suite à une phase de veille calme, le bébé peut parfois se rendormir ou le plus souvent passer dans une phase de veille agitée.

- L'éveil actif, avec des mouvements oculaires présents, des mouvements corporels continus et une fréquence cardiaque irrégulière. Le bébé pleure de plus en plus fort, sa respiration n'est pas régulière, il bouge, grimace... Il éprouve un besoin (faim, change, angoisse) et sollicite ainsi ses parents à s'occuper de lui.

- Le sommeil calme, avec une fréquence respiratoire et cardiaque basse et régulière associée à une absence de mouvements oculaires. Lors de ce stade, l'enfant reste allongé et immobile. Il existe seulement quelques rares mouvements et une inexpressivité au niveau de la face.

- Le sommeil actif, avec une fréquence respiratoire et cardiaque élevées et irrégulières, des mouvements corporels variés, soit limités à un membre, soit généralisés à l'ensemble du corps. Il peut s'agir de grands mouvements. Lors du sommeil agité, le bébé dort et pourtant il effectue toute une série de mouvements, son corps bouge, ses yeux peuvent même être entrouverts, son visage semble exprimer des émotions de joie (c'est ce que l'on appelle le sourire aux anges), de peur, dégoût... Le bébé étire ses jambes, ses bras. La phase de sommeil agité peut durer de 15 à 50 minutes selon les enfants avec de courtes phases d'éveil qui ne durent que quelques secondes. Souvent cette phase de sommeil agité est prise pour un réveil de l'enfant de la part des parents... et prendre le nouveau-né dans les bras à ce moment là vient briser son cycle de sommeil en réveillant réellement le bébé qui était sur le point de passer en phase de sommeil calme !

Ces états de vigilance n'apparaissent clairement chez le fœtus humain qu'après la 36^e SA et sont totalement indépendants du cycle veille-sommeil de la mère^[14-33].

1.2.2. Organisation du sommeil chez le nouveau-né à terme

Le sommeil du nouveau-né diffère de celui de l'adulte en terme de durée moyenne de sommeil, de durée des cycles, de durée des phases de sommeil, mais également en terme de rythmicité des cycles et d'apparition de l'endormissement.

Le nouveau-né à terme a besoin en moyenne de 16 à 20 heures de sommeil par jour, découpées en cycle de sommeil. Ces cycles sont d'environ 60 minutes et sont constitués d'une période de sommeil agité (équivalent au sommeil paradoxal) au cours duquel les éveils sont très faciles, généralement très courts, mais l'intervention intempestive de parents trop inquiets peut favoriser un éveil complet. Cette période de sommeil agité est suivie d'une période de sommeil calme (équivalent au sommeil lent profond) beaucoup plus stable. Un schéma simple, le « train du sommeil » permet de visualiser cette organisation. Cet outil peut être un excellent support pour expliquer l'organisation du sommeil des enfants aux parents. (Annexe II)

Le cycle veille-sommeil du nouveau-né est dépendant d'un rythme ultradien d'environ 4 heures, ce qui diffère de celui de l'adulte qui est basé sur un rythme circadien^[9-15].

Au cours d'une journée, le nouveau-né va passer par une succession de phases de sommeil de 3 à 4 heures, survenant aussi bien le jour que la nuit, suivies par des périodes d'éveil de durée plus brève, généralement quatre éveils nocturnes et quatre éveils diurnes, avec une plage d'éveil plus longue autour de 9 heures, 18 heures et 3 heures du matin. De multiples éveils brefs peuvent entrecouper les phases de sommeil. Cette organisation, qui ne distingue pas le jour et la nuit, persiste au moins deux à trois semaines après la naissance. Ces périodes d'éveil sont rythmées par la prise alimentaire mais ne sont pas directement imposées par elle puisque cette périodicité des éveils se retrouve même lorsque les enfants sont alimentés par voie parentérale^[9-18-32].

Chez un nouveau-né, le temps de sommeil calme représente environ 40% du cycle de sommeil, et le sommeil agité, ou paradoxal constitue 60% du cycle. Ainsi, un enfant qui dort en moyenne 16 heures par jour passe plus de la moitié de son temps en sommeil agité soit près de 10 heures par jour. Cette importance de sommeil paradoxal chez le nouveau-né se retrouve chez tous les mammifères dont le cerveau est immature à la naissance. Les expériences pharmacologiques consistant à supprimer le sommeil paradoxal à des rats nouveau-nés démontrent que les animaux ainsi traités développent des troubles comportementaux à l'âge adulte, ce qui prouve l'importance du sommeil agité dans le développement et la maturation cérébrale après la naissance^[9-24-28].

Le nouveau-né s'endort toujours en sommeil agité, ce qui est très différent de l'adulte qui lui s'endort en sommeil calme^[9-14-33].

Il existe donc des différences entre le sommeil de l'adulte et celui du nouveau né que nous pouvons résumer dans un tableau. (Annexe III).

1.2.3. Développement du sommeil du nouveau-né à l'âge adulte

Comme nous l'avons déjà vu, il existe de nombreuses différences entre le sommeil de l'adulte et celui du nouveau-né qui va se modifier au fur et à mesure que l'enfant grandit.

La première modification porte sur la rythmicité du cycle veille-sommeil, qui va passer du rythme ultradien de 4h chez le nouveau-né à un rythme circadien.

A partir de 3 mois, il existe une rythmicité circadienne, les épisodes de sommeil les plus longs ne surviennent plus à n'importe quel moment de la journée comme c'est le cas à la naissance, mais surtout durant la nuit.

A partir de 6 mois, un nourrisson est capable de dormir pendant des périodes de 7 heures d'affilées. Les réveils sont cependant fréquents et le resteront jusqu'à l'âge de 5 ans et ce de manière tout à fait normale^[6-9-33].

L'augmentation des périodes de sommeil nocturne s'accompagne d'une concentration du sommeil paradoxal au cours de la nuit ainsi que d'une modification de la durée des cycles de sommeil qui vont passer de 60 à 90 minutes, valeur normale à l'âge adulte (durée généralement acquise vers 6 ans).

La diminution globale du temps de sommeil s'effectue progressivement au cours de l'enfance, passant de 16 à 20 heures chez le nouveau-né à environ 8 heures à l'âge adulte.

Ainsi, à l'âge d'un an, la durée globale du sommeil n'est déjà plus que de 14h, se répartissant entre une longue nuit et une ou deux siestes de jour.

A 2 ans, un enfant a besoin d'environ 13h de sommeil par jour avec la persistance d'une sieste qui disparaît généralement vers 5 ans.

A partir de 6 ans, nous constatons une diminution progressive du temps de sommeil pour atteindre la moyenne de 8h vers la fin de l'adolescence, date à laquelle il n'est pas rare de constater une augmentation importante mais transitoire de la somnolence diurne plus en rapport avec les modifications hormonales liées à cet âge qu'à la diminution du temps de sommeil^[9-14-32].

La modification de la durée s'accompagne également d'une modification de la répartition entre les différents stades du sommeil avec en particulier une nette diminution de la quantité de sommeil paradoxal passant de 50 à 60 % à la naissance à environ 25 % (valeur de l'adulte) vers l'âge de 6 mois.

Cette diminution du sommeil paradoxal s'accompagne d'une augmentation du sommeil lent. Ainsi le sommeil lent passe de 40% à presque 70%^[9-32].

L'endormissement qui se fait en sommeil agité chez le nouveau-né va se modifier très vite pour se faire vers 6 mois en sommeil lent.

La structure du sommeil nocturne se modifie très rapidement et ressemble, dès l'âge de 9 mois, à celle de l'adulte. Le sommeil va devenir rapidement profond en

première partie de nuit, souvent très stable pendant les 3-4 premières heures ; les éveils survenant au cours de cette période correspondront souvent à des éveils dissociés : éveils confusionnels chez l'enfant de moins de 5 ans, terreur nocturnes et somnambulisme chez les plus âgés. En seconde partie de nuit, entre minuit et 5 heures du matin, surviennent à chaque changement de cycle des éveils brefs, spontanés, physiologiques.

Entre 1 et 6 ans, le nombre des éveils va diminuer, passer de 4 à 1 avec : l'allongement du cycle de sommeil, l'augmentation du temps de sommeil lent profond et de la stabilité du sommeil paradoxal^[9-15-32].

Ainsi les principales étapes de la maturation de l'organisation du sommeil ont lieu très tôt dans la vie. Entre 12 et 18 mois, le sommeil a acquis les caractéristiques du sommeil de l'adulte. Ce tout début de vie est donc primordial pour une bonne installation du rythme veille/sommeil et pour la prise de bonnes habitudes dans la gestion du sommeil, dans une interaction sereine parents-enfants^[5-9].

L'hygiène du sommeil est une composante essentielle de sa qualité, la partie suivante y sera consacrée.

2. HYGIENE DU SOMMEIL

2.1. L'endormissement

Un enfant qui n'a pas sommeil ne s'endormira pas facilement, quelles que soient les conditions. Le sommeil est en grande partie une fonction physiologique qui échappe au contrôle de la volonté.

Quand l'endormissement n'est pas vécu comme une mise à l'écart ou comme une séparation, il aura toutes les chances d'être rapide et de ne poser aucun problème, ni aux parents, ni à l'enfant. Ce temps partagé de l'endormissement est un moment de calme et de détente dont l'adulte peut également profiter, avant d'entamer sa soirée. Et même s'il dure un certain temps, en le considérant comme un échange relationnel digne d'intérêt et en profitant de ce moment de calme pour se reposer également, l'adulte qui s'en charge pourra en retirer du plaisir lui aussi^[19-24].

Il est important de repérer les signes de l'endormissement : quand l'enfant baille, se frotte les yeux, pleurniche s'énerve ou s'agite sans motif, ou réclame sans cesse les bras de ses parents, c'est qu'il a besoin de dormir. Il est alors possible de préparer le sommeil. Les moyens utilisés seront différents en fonction de l'âge de l'enfant. Pour exemple, il est possible de citer les jeux calmes, éventuellement un bain, un petit rituel : une histoire lue, racontée, chantée, un câlin, du peau à peau...

Si l'enfant est allaité, une façon très souvent utilisée pour l'endormir sera de lui donner le sein.

Le contact corporel avec l'adulte est parfois nécessaire, dans d'autres cas sa présence dans le champ visuel de l'enfant peut suffire, cela dépend beaucoup de son âge^[26-31].

L'important étant d'adoucir la séparation du coucher, d'accepter ce qui peut apaiser l'enfant comme le pouce, le nounours, la veilleuse, le drap, la tétine et de laisser l'enfant s'endormir seul^[18-26-31].

2.2. Les conditions de couchage

Des recommandations concernant le couchage de l'enfant existent, et sont diffusées au grand public afin de diminuer l'une des principales causes de mortalité

post-natale à savoir la mort subite du nourrisson (MSN). Elle se définit comme un décès survenant chez un enfant entre 1 mois et 1 an, « alors que rien dans ses antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir ». Elle survient presque toujours durant le sommeil, et serait encore à l'origine d'un décès sur 10 en France aujourd'hui^[8].

La MSN représente une préoccupation de santé publique dont la fréquence, bien que réduite en raison de campagnes préventives reste stable depuis presque 10 ans (0,5 décès pour 1000 naissances). Les causes de MSN sont nombreuses, mais des facteurs favorisant leur survenue, en particulier liés à l'environnement ont pu être mis en évidence. La prévention de la MSN peut se résumer à 3 grands principes, objet de la partie suivante et détaillés dans une plaquette informative (Annexe IV).

2.2.1. Une position adaptée

Il est préférable de coucher un bébé sur le dos, ce qui constitue une position stable, où il pourra respirer librement car son visage est dégagé. Il pourra également mieux lutter contre l'hyperthermie car son abdomen, l'un des endroits les plus chauds du corps humain est dégagé. La position ventrale, facteur favorisant la survenue du syndrome de MSN, serait de ce fait à proscrire. Le couchage en position latérale est déconseillé du fait de l'instabilité de la position. Durant le sommeil, le bébé peut bouger et basculer sur le ventre^[8-21-28].

Les craintes parentales face à l'installation dorsale sont principalement liées aux régurgitations. Rappelons qu'en position dorsale, l'œsophage se situant sous la trachée, la régurgitation de liquide gastrique aura tendance à suivre la gravité et retourner dans l'œsophage. Encore, un réflexe naturel présent dès la naissance empêche les nouveau-nés de faire des « fausses-routes ». Enfin, la position dorsale diminue la production des régurgitations, en sollicitant moins l'estomac par le poids du corps que la position ventrale^[1-21-28].

2.2.2. Une literie sécurisée

Il est recommandé d'utiliser un lit à barreaux rigides aux normes de sécurité (NF ou CE) c'est à dire avec un espacement entre les barreaux compris entre 45 et 65 mm, afin d'éviter les risques de chute. Le matelas devra être ferme et adapté aux dimensions du lit afin que l'enfant ne se coince pas entre le matelas et le bord du lit.

Afin de ne pas gêner la respiration du bébé, il est déconseillé d'utiliser un oreiller et une couette. Attention également aux peluches, qui pourront être placées au pied du lit^[8-21-28].

2.2.3. Un environnement sain

La pièce où dort l'enfant doit être entre 18 et 20°C. A cette température, il est possible de faire dormir un bébé en body et pyjama, avec une « gigoteuse » en plus en fonction des saisons.

Cette pièce doit être aérée tous les jours et être strictement « non-fumeur ».

Il est également recommandé d'éviter d'y faire dormir un animal comme un chat par exemple, car il pourrait se coucher près du bébé et gêner sa respiration^[8-21-28].

2.3. Favoriser le sommeil

Un nouveau-né ayant besoin de beaucoup de sommeil par jour, il est important qu'il puisse dormir autant qu'il le souhaite. Sauf indication médicale, il est préférable de ne pas réveiller un enfant même pour l'alimenter.

Comme nous l'avons vu, au début de la vie un nouveau-né n'a pas de rythme jour-nuit, il est peut sensible à l'environnement lumineux et ses éveils peuvent se produire indifféremment à n'importe quel moment. Un rythme jour-nuit stable va s'installer normalement avant le 6^e mois. En fait l'installation de ce rythme va être très différente d'un enfant à l'autre et peut parfois apparaître très vite dès 3-4 semaines. Les périodes de sommeil et d'éveil ne sont alors plus distribuées de façon aléatoire au cours des 24 heures. Les périodes de veille et de sommeil les plus longues vont survenir à heures fixes. L'environnement et l'intervention des parents semblent être les éléments les plus importants dans la mise en place de ce rythme biologique.

Pour aider l'enfant à faire ses nuits, les parents peuvent accentuer les signaux de jours et de nuits. Il est donc préférable de moins stimuler l'enfant la nuit, d'utiliser une faible lumière pour prendre soin de lui, de parler à voix basse ; et de privilégier les moments d'échange et de jeux la journée^[19-27-34].

2.4. Le sommeil partagé

Dormir avec son bébé est relativement répandu : 32% des enfants partageraient plus ou moins régulièrement le lit de leurs parents entre 0 et 6 mois, selon les résultats d'une étude menée auprès des pédiatres du CHU de Strasbourg par le Pr. Messer et présentée au congrès de la Société française de pédiatrie en juin 2004. Ces chiffres sont les seuls disponibles sur cet item mais mériteraient d'être réactualisés.

Comme l'allaitement maternel, le sommeil partagé peut être considéré comme un comportement biologique naturel, qui nécessite un apprentissage et pour lequel on évoque souvent les premiers jours ou les premières semaines comme une période dite « sensible ».

Les premières semaines de vie du bébé sont un temps d'adaptation où de nombreux comportements tels que manger, dormir, communiquer avec ses parents, se mettent en place. Cette période est très sensible à l'environnement : un bébé à qui des biberons sont proposés va très vite désapprendre à téter le sein. De la même façon, un bébé qui sera laissé seul la nuit de façon habituelle pourra être beaucoup moins habile à se positionner correctement contre l'adulte, ou à téter allongé quand il sera mis dans le lit contre sa mère de façon ponctuelle. Ce qui signifie qu'il vaut mieux démarrer cette méthode de sommeil le plus tôt possible^[13].

2.4.1. Les différentes formes de sommeil partagé

Le sommeil partagé dans le lit familial

Comme son nom l'indique, la famille dort dans un seul lit. Une solution assurant la sécurité de l'enfant et des parents consiste à utiliser des matelas posés à même le sol, les uns contre les autres. Le plus souvent, le bébé dort contre sa mère. Le père peut dormir alors contre sa compagne, ou contre son bébé (celui-ci est alors au milieu du lit)^[13].

Le sommeil partagé dans la chambre familiale.

Les enfants dorment dans la chambre des parents sans partager leur lit. Par exemple, le berceau du bébé est placé contre le lit des parents, du côté de la mère le plus souvent. Certains lits à barreaux, offrent la possibilité d'enlever un des grands côtés du petit lit d'enfant, et permettent de placer celui-ci contre le grand lit des parents, en « side-car » (Annexe VII). Il existe aujourd'hui des berceaux étudiés pour se fixer

directement au lit des parents. Ces solutions permettent à la mère de donner le sein pratiquement sans avoir à bouger. Après la tétée, le bébé retourne dans son lit, ce qu'il fait parfois tout seul.

Cette situation de cohabitation est plus fréquemment retrouvée dans les familles nombreuses, ou tout simplement quand le nombre de pièces ne permet pas la mise à distance du bébé^[13].

Le sommeil partagé dans la chambre de l'enfant

L'adulte se déplace pour dormir dans la chambre d'enfant. Cette fois, il ne dort pas dans le même lit que l'enfant, mais dans un autre lit (ou un matelas posé sur le sol, un futon que l'on déplie occasionnellement). En général l'adulte ne passe qu'une partie de la nuit dans la chambre, le plus souvent durant l'endormissement, parfois à la fin de la nuit, à partir du premier appel de l'enfant. Cela concerne généralement des enfants plus âgés, qui ne sont plus allaités, ou qui sont malades.

Toutes les formes de sommeil partagé peuvent se succéder, s'adapter, se compléter, durant la même nuit, ou au fil des mois. Par exemple, le bébé peut être endormi dans un berceau, puis amené dans le lit des parents à son premier réveil la nuit. Ou au contraire s'endormir dans le lit des parents, puis être porté dans un lit à barreau placé contre leur lit. Après une période où le bébé aura dormi entre ses parents, il pourra être mis dans un lit d'enfant en « side-car » durant quelques mois, et enfin, toujours dans ce même lit, contre un mur de la chambre avant de rejoindre sa propre chambre. Les possibilités sont donc nombreuses, la souplesse est l'élément de base du sommeil partagé, car il s'agit avant toute chose de s'adapter à l'enfant, à son évolution et à ses besoins^[13].

Tous les choix doivent être guidés par la sécurité, élément essentiel qui sera abordé dans un prochain paragraphe.

2.4.2. Les avantages du sommeil partagé

Le principal avantage du sommeil partagé est de favoriser l'allaitement maternel. Le fait de dormir juste à côté de son bébé permet de ne pas avoir à se lever, à aller le chercher dans sa chambre, puis à attendre qu'il se rendorme avant de rejoindre son lit. Il suffit à la mère de se pencher pour donner le sein. Ce n'est même pas la peine d'allumer la lumière et parfois les tétées ont lieu dans un demi-sommeil qui occasionne moins de

fatigue. Le sommeil partagé dans la chambre familiale est donc largement défendu par la Leche League (association consacrée à la promotion de l'allaitement).

L'autre avantage est d'améliorer les nuits et le sommeil des parents qui pourront passer des nuits plus calmes, sans avoir à se lever, à condition de préparer à portée de la main quelques couches, mouchoirs, et biberons quand le bébé n'est pas allaité. Les premiers jours, une petite lampe de poche sera utile pour mettre le bébé au sein correctement, changer une couche, etc. Après quelques semaines, le bébé saura trouver tout seul le sein, et il sera très rare d'avoir à lui changer la couche (prévoir alors une « grosse » couche pour la nuit).

Passées les premières semaines, la présence du bébé dans le lit conjugal peut entraîner un manque d'intimité pour le couple. Mais dans certains cas, il arrive que le sommeil partagé puisse servir d'alibi pour éviter la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, ce qui constitue pour certaines femmes un avantage non négligeable. Dans la pratique, le fait de faire preuve d'un peu d'inventivité permettra à ces parents de préserver leur intimité, en choisissant par exemple d'autres cadres que le lit pour leurs ébats amoureux^[13].

2.4.3. Les grands principes du sommeil partagé

Si le sommeil partagé peut apporter de nombreux bénéfices, il est important de prendre en considération certaines précautions pour assurer la sécurité de l'enfant. Si en France la communauté scientifique reste mitigée à propos du sommeil partagé, dans d'autres pays cette pratique est largement répandue. Par exemple, en Angleterre, le lit partagé est loin d'être stigmatisé de la même façon que chez nous, et les professionnels de santé et de la petite enfance incluent cette éventualité dans leurs recommandations. L'UNICEF-UK a même édité un dépliant qui précise les règles de sécurité pour les familles dont le bébé partage le lit d'un ou de deux adultes (Annexe V).

L'incidence du sommeil partagé dans les cas de mort subite du nourrisson n'a encore jamais été démontrée par une étude suffisante. Deux facteurs de risque paraissent en revanche évidents : la prise d'alcool et l'absorption de médicaments faisant baisser la vigilance des parents.

Une grande étude publiée en 2002 dans le *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* a constaté qu'il n'existait aucune corrélation entre le sommeil partagé et des troubles du sommeil.

Quand les parents dorment avec leur bébé, il faut considérer le lit comme celui du bébé et non comme celui des parents : il doit être parfaitement adapté au nourrisson.

Éviter le risque de chute

La première raison mise en avant par les détracteurs du sommeil partagé est le risque d'accident grave pour le bébé. Les lits pour adultes ne sont en effet pas adaptés aux tout-petits. Ils peuvent chuter, se coincer entre le matelas et la tête de lit, souffrir d'hyperthermie si ils sont trop couverts, etc.

Pour parer à tous ces dangers, des solutions simples existent, par exemple dormir sur des matelas posés à même le sol va éliminer tout risque de chute. De plus, comme nous l'avons déjà vu, il existe des berceaux spéciaux pour le sommeil partagé qui se fixent sur le lit des parents. Dans ce cas, il est important de vérifier que les hauteurs respectives soient compatibles .

Encore, le lit « classique » (matelas sur sommier eux-mêmes sur pieds de lit) pourra être poussé contre un mur, avec des coussins posés sur le sol tout autour pour amortir une chute éventuelle tout en s'assurant que le bébé ne risque pas de se coincer entre le lit, les montants du lit et/ou le mur. Les coussins posés sur le sol ne doivent pas non plus présenter un danger : ils ne doivent pas être trop mous pour éviter tout risque d'asphyxie^[13].

Éviter les asphyxies

Le matelas doit être ferme et parfaitement ajusté aux dimensions du lit. Les canapés sont à éviter quand le bébé dort sans surveillance : le bébé risque de s'étouffer en se tournant contre le dossier.

On sait aujourd'hui que les couettes et oreillers doivent être évités pour éliminer tout risque d'asphyxie ou d'hyperthermie. L'adulte pourra utiliser ces éléments, mais la place du bébé ou du jeune enfant doit être vide. Le mieux est en fait d'utiliser des draps et couvertures individuelles (au lieu de la couverture double) quand le bébé dort dans le lit des parents : il ne risque pas de se retrouver sous la couverture des parents s'il dort entre eux.

Quand le bébé dort contre sa mère et que celle-ci lui fait face (cas classique quand la mère allaite), le bébé se trouve naturellement entouré par le corps de sa mère : par son bras au-dessus de sa tête, par ses jambes repliées sous ses pieds. Le bébé ne risque ainsi pas de descendre vers le pied du lit et de s'enfouir sous les couvertures. Dormir à

proximité d'un adulte permet de bénéficier de sa chaleur. Il est alors inutile de trop couvrir l'enfant : un simple pyjama peut suffire, avec par temps spécialement froid un sur-pyjama^[13].

2.4.4. Les risques du sommeil partagé occasionnel

Il peut arriver à des parents de prendre leur enfant dans leur lit de façon occasionnelle et imprévue. C'est par exemple le cas d'une mère qui s'endort presque involontairement en donnant une tétée ; ou quand le bébé pleure et ne se console que dans les bras de ses parents en fin de nuit, les parents épuisés ayant déjà tout essayé. Ces situations peuvent être dangereuses, car les parents ne les ont pas prévues et ils n'ont donc pas adapté l'environnement au bébé. De plus, le bébé ne s'est pas progressivement habitué à dormir contre un adulte, et n'a pas développé toutes les capacités qui peuvent lui être utiles dans ce cas de figure. Le lit partagé habituel présente donc des avantages en terme de sécurité de l'enfant par rapport au lit partagé occasionnel. Si les parents font le choix de n'adopter le lit partagé que ponctuellement, ils auront tout intérêt à toujours préparer leur lit pour y accueillir en toute sécurité leur enfant, et donc à être informés.

Nous pouvons ainsi faire apparaître quatre grands principes garantissant que l'enfant et ses parents dorment dans les meilleures conditions pendant un sommeil partagé :

- Le bébé doit être posé sur le dos, sans être recouvert par une couverture ou couette.
- Le lit doit être parfaitement sécurisé : matelas adapté, chute et coincement rendus impossible.
- Les adultes qui dorment dans le même lit qu'un bébé ne doivent pas fumer ni consommer de substances susceptibles de diminuer leur vigilance (alcool, hallucinogènes, certains médicaments).
- Les conditions de couchage doivent être anticipées et réfléchies pour sa mise en oeuvre.

3. LES TROUBLES DU SOMMEIL

Les problèmes de sommeil de l'enfant préoccupent les parents. Ils sont la première cause d'inquiétude évoquée chez les médecins lors des consultations régulières. Ces problèmes n'affectent pas seulement l'enfant mais la famille au complet (stress, problèmes conjugaux, somnolence au travail, instabilité de l'humeur, violence physique envers l'enfant).

Un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité entraîne des troubles de l'attention et, par conséquent des troubles cognitifs (troubles de l'apprentissage, difficultés d'adaptation) ainsi que des troubles de la mémoire. Il perturbe le fonctionnement physiologique du corps (sécrétions hormonales, système immunitaire, métabolisme du glucose) et entraîne une augmentation des ronflements. Les enfants dont le sommeil est insuffisant ou de mauvaise qualité expriment davantage leurs émotions ou plutôt ne peuvent empêcher celles-ci de s'exprimer^[10].

Les troubles du sommeil touchent 25 à 50 % des enfants avant 4 ans. Certains sont passagers, d'autres plus durables. Les problèmes de sommeil pendant la petite enfance peuvent se retrouver à l'âge adulte s'ils ne sont pas pris en charge. Ils touchent toutes les catégories de la population, tous les âges de l'enfance et peuvent avoir des répercussions sur le développement des enfants^[7].

Les troubles du sommeil sont à différencier des difficultés liées au sommeil. Si la majorité des difficultés que pourront éprouver les parents vis à vis du sommeil de leurs enfants peuvent se résoudre par des conseils (Annexe VIII), les troubles nécessiteront une consultation médicale chez un pédiatre, un médecin généraliste ou dans un centre du sommeil^[12].

3.1. Les différents types de troubles

Si la classification internationale des troubles du sommeil en répertorie plus de 80, il apparaît que les difficultés de coucher, les troubles de l'endormissement et les réveils nocturnes isolés représentent près de 90% des troubles du sommeil de l'enfant^[1].

Les difficultés d'endormissement au coucher ou lors des éveils nocturnes correspondent à une angoisse de séparation. Vers 3ans, certains enfants résistent en

trouvant des échappatoires pour retarder l'heure du coucher. Aux parents de faire la part des choses entre caprice, comportement d'opposition et besoin de réassurance. Il faut souligner que la permissivité excessive des parents à l'âge d'opposition concourt au sentiment d'insécurité de l'enfant^[1-7-10].

Le trouble associatif d'endormissement, signifie que l'enfant ne parvient pas à s'endormir s'il ne bénéficie pas de certaines conditions extérieures (bercement, présence d'un parent..) en fait, il ne sait pas s'auto-apaiser.

L'insomnie se traduit par un sommeil ressenti comme difficile à obtenir ou non récupérateur. Les insomnies du petit enfant n'entraînent que rarement une diminution anormale du temps de sommeil. La possibilité d'une privation de sommeil devra cependant être évaluée sur le comportement diurne de l'enfant : un enfant anormalement hyperactif, fatigable, irritable et capricieux peut manquer de sommeil ; en revanche, même si le temps de sommeil paraît peu important, il sera probablement suffisant si l'enfant est calme, émotivement stable et joyeux. Il s'agira probablement d'un petit dormeur.

L'insomnie du petit enfant correspond, comme chez l'adulte, à un trouble de l'installation et du maintien du sommeil. Elle se traduit par des difficultés d'endormissement avec opposition au coucher ou pleurs, des éveils nocturnes (souvent multiples) ou plus rarement par une nuit écourtée. Les véritables insomnies sont rares (moins de 10 % des enfants vus pour des troubles du sommeil en consultations spécialisées) ; elles devront faire rechercher une étiologie organique.

Les apnées du sommeil : les ronflements, en dehors d'un rhume ne sont pas anodins. Ils peuvent être associés à un syndrome appelé syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS). Il s'agit de pauses respiratoires nocturnes au cours desquelles le taux d'oxygène dans le sang diminue dans le cerveau. Elles apparaissent pendant le sommeil paradoxal. Elles ont pour origine une obstruction partielle ou complète des voies respiratoires supérieures, et le diagnostic se fait grâce à un enregistrement des cycles respiratoires et une mesure du taux d'oxygène dans le sang.

Une apnée du sommeil non traitée peut entraîner de graves complications comme des accidents cardio-vasculaires.

Le somnambulisme : il touche les enfants à partir de 5 ans, surtout les garçons. Il faut avant tout sécuriser les endroits à risque (escaliers, balcon..), recoucher l'enfant

sans le réveiller. Environ 30 % de la population a fait un épisode de somnambulisme, souvent entre 8 et 12 ans. Des antécédents familiaux sont retrouvés dans 70 % des cas.

La somniloquie : c'est le fait de parler au cours du sommeil. Comme pour le somnambulisme, l'enfant dort et n'en gardera aucun souvenir.

Les terreurs nocturnes : il s'agit d'évènements très impressionnants pour l'entourage car l'enfant manifeste vraiment sa peur (yeux hagards, pâleur, sueurs, cris, hurlements). Il ne s'en souvient pas s'il n'est pas réveillé par l'entourage. L'attitude préconisée est de ne pas le réveiller, contrairement aux cauchemars, de le calmer en lui parlant doucement et de ne pas lui en reparler le lendemain. En cas de réveil par l'entourage, l'enfant est incapable de raconter ce qui s'est passé, et reste effrayé.

Elles touchent 1 à 3 % des enfants de moins de 15 ans et surtout les garçons de 3 à 12 ans. Des antécédents familiaux sont retrouvés dans 90 % des cas.

L'énurésie : c'est la persistance de mictions nocturnes après l'âge de 5 ans qui surviennent de 1 à 3 heures après l'endormissement, d'où l'inutilité de supprimer les boissons le soir. L'attitude conseillée consiste à ne pas gronder, sécuriser, ne pas infantiliser en mettant des couches sans le proposer à l'enfant, proposer un réveil pendant la nuit pour vider la vessie. Ce trouble, qui fait suite à des évènements traumatisants (décès, petit frère, rupture des parents..) est le plus souvent transitoire.

La narcolepsie : c'est une envie de dormir importante, provoquant un début d'endormissement. Quand le sujet lutte contre cette envie de dormir, il se plonge dans un état confusionnel où il conserve des activités automatiques. Chez ces sujets, des siestes sont réparatrices et leur permettent au réveil une vigilance normale.

La narcolepsie peut être associée à une cataplexie, qui est un effondrement rapide, partiel ou généralisé du tonus musculaire. La narcolepsie cataplexique touche environ 50 personnes sur 100 000.

Chez l'enfant de moins de 3 ans, le trouble le plus fréquent est un conditionnement anormal à l'endormissement : l'enfant n'a jamais été posé réveillé dans son berceau, ne s'est jamais endormi seul. Il est incapable de s'endormir sans biberon, sans être bercé, sans être promené en voiture ou couché contre ses parents, sans leur présence jusqu'à l'endormissement. Celui-ci est parfois rapide mais peut aussi être long voire très long, ce qui peut provoquer chez les parents de l'énervement, de l'irritabilité, de la fatigue...

Le sommeil avant minuit est très stable, mais des éveils multiples surviennent entre minuit et 5 heures. Le problème n'est pas celui des éveils, qui sont physiologiques, mais réside dans l'incapacité de l'enfant à se rendormir seul, sans l'aide de ses parents. En revanche, les ré-endormissements sont généralement rapides (< 10 minutes), si toutes les conditions du premier endormissement sont ré-instituées^[7-10-30-35].

3.2. Prise en charge des troubles du sommeil

Les troubles du sommeil de l'enfant nécessitent une consultation spécifique, longue, au cours de laquelle le médecin, les parents et l'enfant auront le temps de parler. Il est important d'évaluer le temps de sommeil, son organisation sur 24 heures et les besoins de sommeil de l'enfant.

Le dépistage de ces troubles peut contribuer à l'identification précoce d'autres troubles. Par exemple, une organisation du sommeil atypique peut être le signe de problèmes neurologiques. Une somnolence diurne liée à un sommeil perturbé peut être le signe d'une dépression. Inversement, devant certains troubles il faudra rechercher pour origine un trouble du sommeil, comme par exemple face à un enfant hyperactif, ayant des troubles de l'attention, il faudra rechercher s'il ne ronfle pas la nuit, et ainsi présenter une apnée du sommeil.

Les troubles du sommeil peuvent se traiter de diverses façons. Les moyens médicamenteux sont les plus souvent employés même s'ils ne paraissent pas toujours les plus adaptés. Ainsi les hypnotiques perdent de leur efficacité à long terme, entraînant un phénomène de sevrage et de nombreux effets indésirables tels que de la somnolence diurne, et les benzodiazépines augmentent le sommeil lent léger (peu récupérateur) pour diminuer le sommeil lent profond (récupérateur). Utiliser des médicaments sous-entend le plus souvent une méconnaissance de l'origine précise du trouble.

Les troubles du sommeil de l'enfant réclament une écoute attentive pour en décrypter les signes et les causes, et pour aider les adultes parfois excédés et culpabilisés. Des réponses souvent simples et de bon sens peuvent transformer les situations et permettre de sortir de cercles vicieux même s'ils paraissent très installés. Il faut cependant respecter les pratiques familiales quand c'est possible et éviter le dogmatisme^[1-4-11-20].

La prévention des troubles passe par une meilleure information des couples pour leur permettre d'apprendre à leur enfant des comportements de sommeil adéquats.

Pour optimiser notre information, facteur de prévention, il est essentiel d'évaluer les connaissances des mères. J'ai réalisé une enquête qui constitue la partie suivante de mon travail.

Partie 2 : La démarche de recherche

1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Si les troubles du sommeil existent et ont été identifiés, les professionnels s'accordent à dire qu'ils pourraient être évités dans la majorité des cas si les parents avaient eu une meilleure connaissance des besoins en sommeil de leurs enfants.

1.1. Problématique

Ma réflexion m'a amené à la problématique suivante :

Les accouchées, à la sortie de la maternité, sont elles suffisamment informées par rapport au sommeil de leur enfant?

1.2. Hypothèses

Ma problématique m'a amené aux hypothèses suivantes :

- Les mères n'ont que peu d'informations concernant le sommeil de leur enfant avant le retour à domicile
- Les mères craignent de rencontrer des difficultés avec le sommeil de leur enfant
- Le sommeil est une préoccupation importante pour la mère.
- Le niveau de connaissances des mères diffère en fonction de la parité.

1.3. Objectifs

Cela m'a permis de définir les objectifs suivants :

- Déterminer les caractéristiques de la population interrogée. (Questions 1 à 4)
- Évaluer les connaissances générales des mères sur le sommeil des nouveau-nés. (Questions 5 à 11)
- Évaluer les connaissances des mères concernant l'hygiène du sommeil. (Questions 12 à 19)
- Identifier des difficultés éventuelles. (Questions 20 à 24)
- Préciser les informations reçues : source, pertinence... (Questions 25 à 27)

1.4. Présentation de l'enquête

J'ai choisi de réaliser une enquête individuelle par questionnaires (Annexe VI) auprès des accouchées des maternités publiques de la Moselle. Ils ont été distribués la veille ou le jour de la sortie de la maternité, avec accord des chefs de service et des sages-femmes cadres

de l'Hôpital maternité de Metz,
du Centre hospitalier F.Maillot à Briey,
de l'Hôpital Robert Pax à Sarreguemines,
et de l'Hôpital Bel Air à Thionville.

1.5. Biais et difficultés rencontrées

La question 3 du questionnaire devait permettre d'évaluer le niveau socio-économique de la population. Si nous pouvons estimer le niveau général d'études des femmes qui ont répondu, nous ne pourrions pas repérer au sein de la population, les mères en état de précarité, ou ayant un niveau socio-économique défavorable. Pour se faire, nous aurions dû demander les revenus du foyer, et approfondir la question de l'inactivité professionnelle.

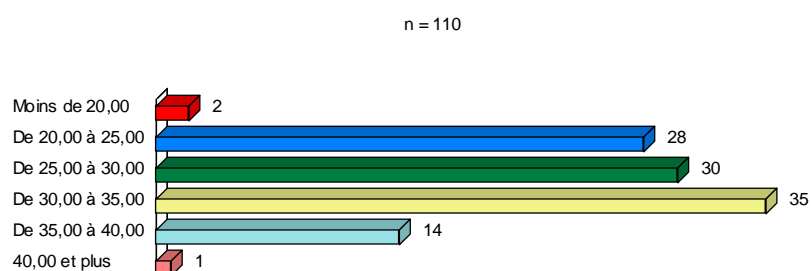
L'outil n'étant destiné qu'à des accouchées, nous ne pourrions pas définir l'origine du manque d'information des femmes : est-ce du à un manque de temps et d'organisation des services de maternité? Est-ce du à un manque de connaissances des professionnels de santé? Pour statuer sur l'origine d'un éventuel manque d'informations, il aurait fallu poser des questions aux professionnels de santé.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

L'enquête réalisée dans ces 4 maternités m'a permis de recueillir 110 questionnaires exploitables sur 120 questionnaires distribués, soit un taux de réponses de 92%.

2.1. Présentation

Question 1 : quel est votre âge?



Graphique 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge

La moyenne d'âge est de 28 ans.

Question 2 : Vous vivez?

A cette question, 92 accouchées (soit 83,6%) ont répondu vivre en couple, et 18 (soit 16,4%) ont répondu vivre seule, avec une répartition de 15 primipares pour 3 multipares.

Question 3 : Travaillez-vous?

41 des personnes interrogées soit 37% sont inactives.

Une activité professionnelle est exercée à 63%, soit 69 personnes, répartis de la façon suivante :

7 cadres et profession intellectuelle supérieure

26 professions intermédiaires

30 employées

5 ouvrières

une étudiante

Nous constatons que la majorité des actifs interrogés ont fait des études supérieures.

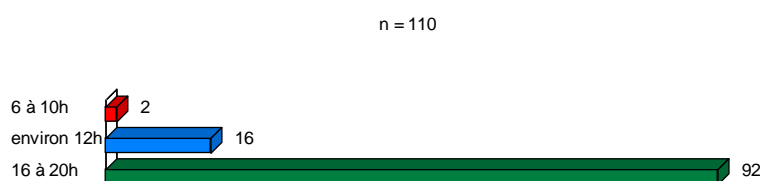
Question 4 : combien avez-vous d'enfants ?

Sur les 110 accouchées, nous observons que 55 femmes venaient d'accoucher pour la première fois, 33 pour la seconde fois, 18 pour la troisième fois et 4 pour la quatrième fois ou plus.

La population étudiée est donc composée de 55 primipares et de 55 multipares.

2.2. Connaissances sur le sommeil

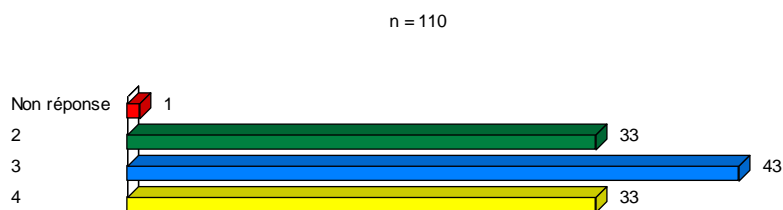
Question 5 : Combien de temps, en moyenne dort un nouveau-né ?



La réponse attendue, « de 16 à 20h » a été donnée à 84% avec une répartition égale entre les primipares et les multipares.

Nous pouvons donc dire que l'ensemble de la population étudiée possède des connaissances suffisantes concernant le temps de sommeil moyen d'un nouveau-né.

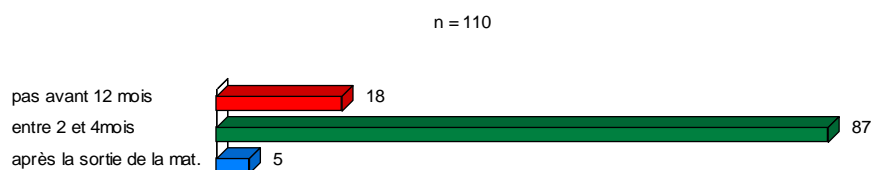
Question 6 : Combien y a-t-il de phases de sommeil chez un bébé de moins de 2 mois ?



La réponse attendue, « 2 » a été donnée à 30%. Les réponses données à cette question sont homogènes chez les primipares et chez les multipares.

La majorité des mères interrogées n'a pas répondu correctement à cette question. Il apparaît donc que les phases de sommeil des nouveau-nés ne soient pas correctement comprises par la population ciblée.

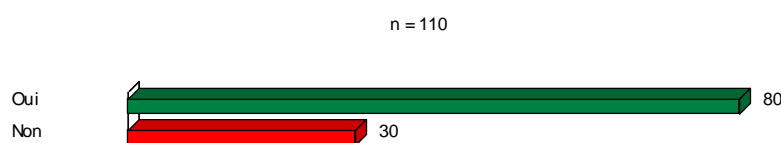
Question 7 : A partir de quel âge un bébé fait-il ses nuits?



La réponse attendue « entre 2 et 4 mois » a été citée à 79% dont 39 primipares pour 48 multipares.

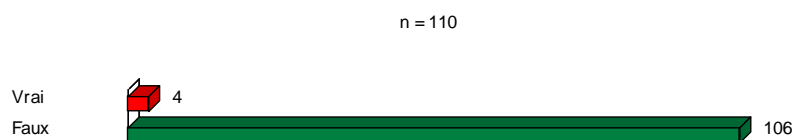
Les mères interrogées savent, pour la majorité à quel âge un nouveau-né peut faire ses nuits.

Question 8 : Dormir fait grandir?



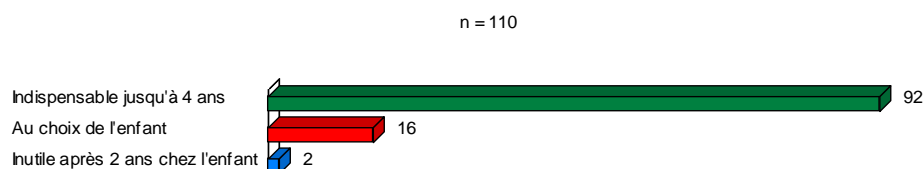
La question sous entendait que le sommeil contribue au développement de l'enfant, ce que pense 73% des femmes interrogées dont 37 primipares pour 43 multipares.

Question 9 : Un enfant de moins d'un an qui dort une nuit complète n'a pas besoin de sieste.



La réponse attendue « Faux » a été donnée à 96% dont 52 primipares pour 54 multipares.

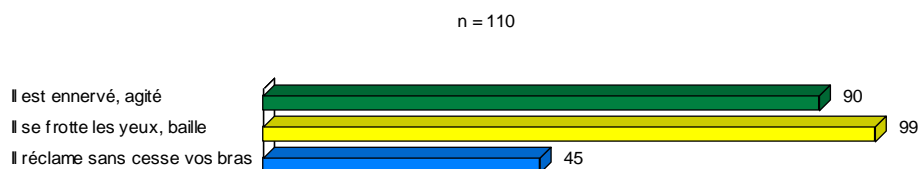
Question 10 : La sieste est selon vous :



La réponse attendue « Indispensable jusqu'à 4 ans » totalise 84%, répartis en 44 primipares pour 48 multipares.

Ces 2 questions faisaient référence à la quantité de sommeil nécessaire à un enfant. Nous pouvons constater que cette notion semble maîtrisée par les mères interrogées.

Question 11 : Quels sont les signes annonciateurs de la fatigue?



Les trois propositions étaient exactes et plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

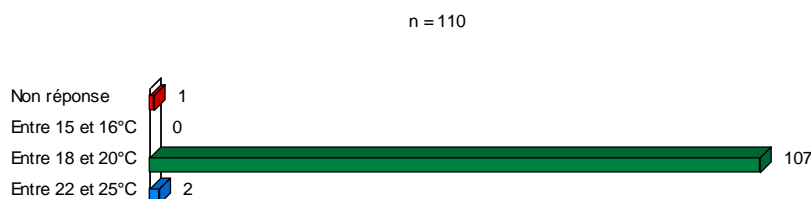
La première proposition a été citée par 48 primipares et 42 multipares. La seconde par 50 primipares et 49 multipares ; et la dernière par 20 primipares et 25 multipares.

Si 30% des femmes, dont 16 primipares et 17 multipares ont cité les 3 propositions, la majorité (54% répartis en 32 primipares pour 27 multipares) des femmes interrogées n'ont cité que 2 propositions. Enfin, 16% dont 7 primipares pour 11 multipares n'ont citées qu'une proposition.

Nous pouvons donc dire que les signes annonciateurs de la fatigue ne sont pas suffisamment connus de la population interrogée.

2.3. L'hygiène du sommeil

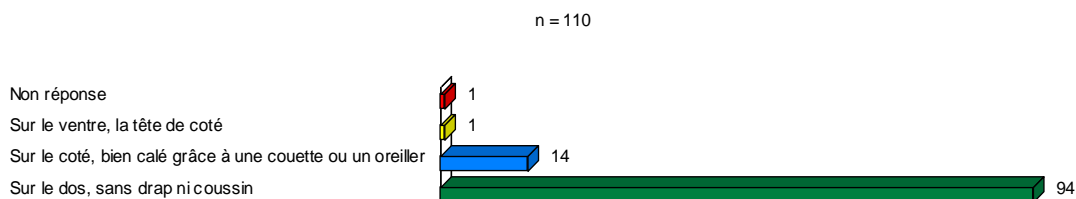
Question 12 : Quelle est la température idéale de la pièce pour favoriser le sommeil de votre enfant?



A cette question, une primipare n'a pas répondu et deux autres ont répondu que la température idéale est entre 22 et 25°C.

La réponse attendue « entre 18 et 20°C » citée à 97% nous permet de dire que cette information est majoritairement acquise par la population interrogée. Nous constaterons que toutes les multipares, à savoir 55 ont correctement répondu.

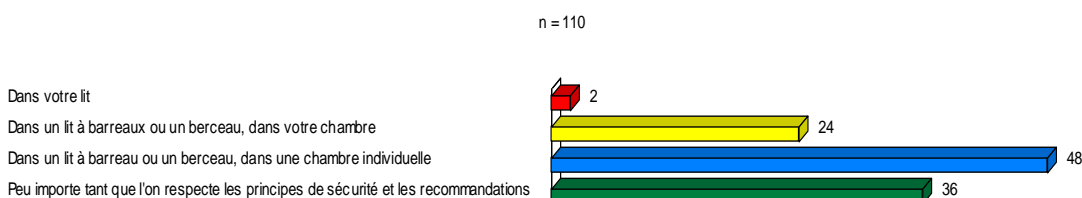
Question 13 : La meilleure position pour coucher un enfant est :



La réponse attendue « sur le dos » est citée à 85% dont 48 primipares pour 46 multipares.

Nous constatons que la position ventrale est citée par une multipare, et que la position latérale est citée par 6 primipares pour 8 multipares.

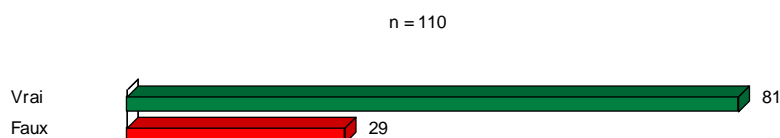
Question 14 : D'après vous, où un enfant de moins de 6 mois doit-il dormir?



La réponse attendue « peu importe tant que l'on respecte les principes de sécurité » a obtenu 33% dont 20 primipares pour 16 multipares.

La proposition la plus citée sera « dans une chambre individuelle » à 44% dont 23 primipares pour 25 multipares.

Question 15 : Un rituel d'endormissement est indispensable au moment du coucher de votre enfant.

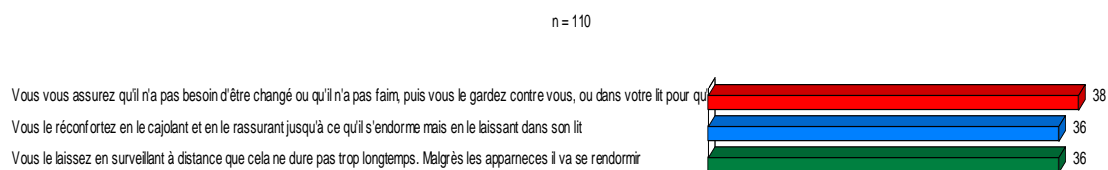


La réponse attendue « vrai » totalise 74% des citations dont 36 primipares pour 45 multipares.

Si la majorité des femmes interrogées ont conscience de l'importance d'un rituel d'endormissement, nous constatons que 19 primipares et 10 multipares ne considèrent pas le rituel d'endormissement comme indispensable.

Les primipares apparaissent ici moins informées de l'importance de ce rituel au coucher de l'enfant.

Question 16 : Il grogne, s'agite, fait du bruit, pleure un peu au milieu de la nuit. Que faire?

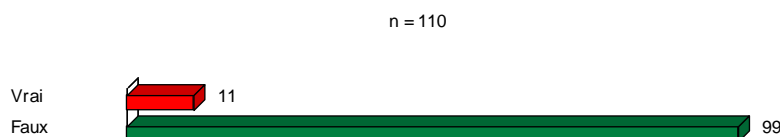


La question faisait référence aux micro-éveils qui existent chez les nouveau-nés entre deux cycles de sommeil. Nous avons vu que ces éveils sont physiologiques et que lors de leur survenue, il est préférable de laisser l'enfant se rendormir seul, ce qu'a répondu 33% des femmes, parmi lesquelles 19 primipares et 17 multipares.

La première proposition a été la plus citée par les primipares à savoir 20 primipares pour 18 multipares. La seconde proposition a été citée par 16 primipares et 20 multipares.

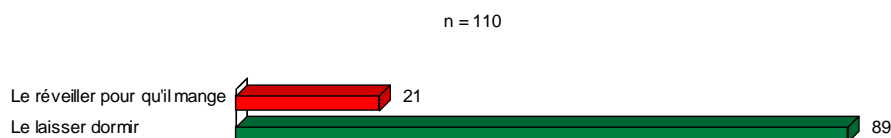
Il apparaît ici un manque de connaissances concernant les cycles de sommeil du nouveau-né.

Question 17 : En couchant un enfant plus tard le soir, il se réveillera plus tard le lendemain.



La réponse attendue « faux » a été donnée à 90% dont 48 primipares pour 51 multipares.

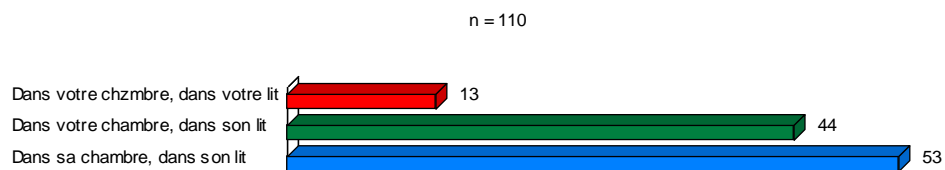
Question 18 : Si un nouveau-né de poids normal dort alors que c'est l'heure de la tétée ou du biberon. Pensez-vous qu'il vaut mieux :



La réponse attendue « le laisser dormir » rassemble 81% des citations dont 44 primipares pour 45 multipares.

Nous constatons que la majorité des mères interrogées savent qu'il est préférable de respecter le sommeil de l'enfant.

Question 19 : A votre retour à domicile, où va dormir votre nouveau-né?



48% des jeunes mamans déclarent qu'elles coucheront leur enfant dans une chambre individuelle, parmi lesquelles 29 primipares et 24 multipares.

52% déclarent qu'elles effectueront un sommeil partagé, dans le même lit pour 5 primipares et 8 multipares ; ou dans un lit individuel mais dans la même pièce pour 21 primipares et 23 multipares.

Nous pouvons donc dire que la moitié des femmes interrogées compte pratiquer un sommeil partagé. Dans cette catégorie, nous constatons que les multipares sont plus représentées que les primipares.

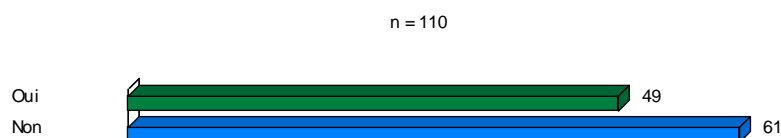
2.4. Les difficultés et troubles du sommeil

Question 20 : quels sont les troubles du sommeil que vous connaissez?

Cette question, à laquelle 51 des 110 accouchées interrogées n'ont pas répondu, avait pour objectif de savoir ce que les mères entendaient par troubles du sommeil.

Parmi les réponses, nous retrouvons majoritairement l'insomnie citée à 37 reprises et le somnambulisme cité à 20 reprises. Nous avons également relevé les cauchemars cités 8 fois, la narcolepsie citée 6 fois uniquement par des infirmières de profession, les terreurs nocturnes et les apnées du sommeil citées 4 fois chacune.

Question 21 : Rencontrez-vous ou avez-vous peur de rencontrer des difficultés avec le sommeil de votre enfant?



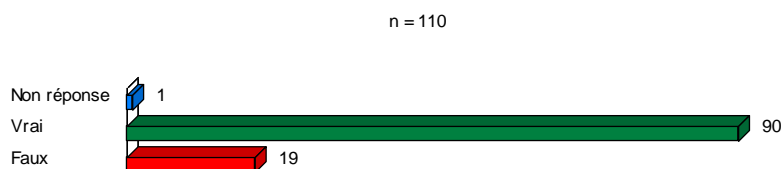
28 primipares et 33 multipares ont répondu « non » à cette question. Ce taux important de réponse négative est peut-être dû au séjour relativement court à la maternité, laissant peu de temps aux mères de bien connaître leur enfant.

45% des accouchées expriment des difficultés ou des craintes vis à vis du sommeil de leur enfant, parmi lesquelles 27 primipares et 22 multipares. Nous

constatons que les primipares expriment plus de craintes ou de difficultés que les multipares.

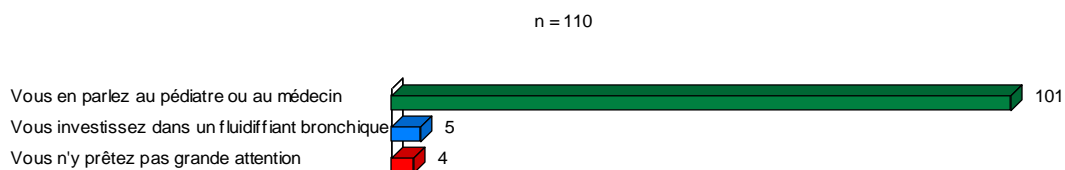
27 mamans ont ensuite précisé le type de difficultés rencontrées ou imaginées. Nous noterons les confusions jour/nuit citées 10 fois, les régurgitations durant le sommeil citée 7 fois et la peur que ce nouveau-né ne fasse pas ses nuits citée 5 fois.

Question 22 : Les bébés peuvent faire des cauchemars.



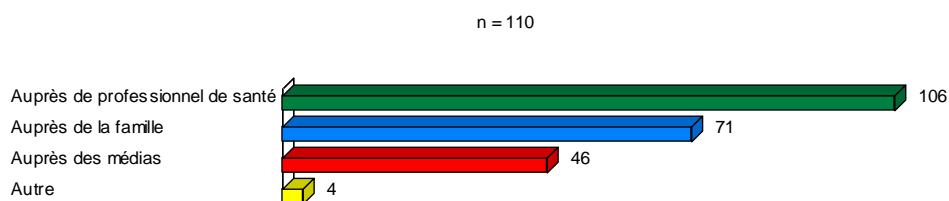
82% des mères interrogées dont 46 primipares pour 44 multipares avaient connaissance que les cauchemars existent chez les bébés.

Question 23 : Vous remarquez que votre enfant ronfle régulièrement pendant les nuits.



La proposition attendue « en parler à un professionnel de santé » totalise 92% des citations dont 52 primipares pour 49 multipares.

Question 24 : En cas de difficultés avec le sommeil de votre enfant, où pensez-vous pouvoir trouver de l'aide et/ou des conseils?

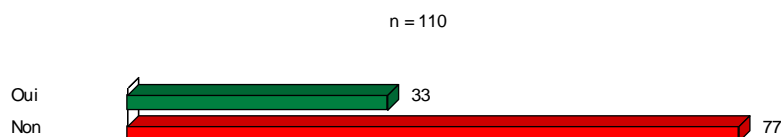


Pour les primipares comme pour les multipares, l'intervenant de prédilection est le professionnel de santé. Arrive ensuite la famille, puis les médias.

L'item « autre » laissait la possibilité aux femmes de préciser leurs réponses, mais aucune n'a précisé sa réponse.

2.5. Information et accompagnement

Question 25 : Avez-vous des informations concernant le sommeil de votre enfant?



70% des accouchées, dont 39 primipares et 38 multipares ont déclaré ne pas avoir eu d'informations concernant le sommeil de leur enfant.

Des questions complémentaires étaient proposées aux personnes ayant répondu oui pour déterminer à quel moment l'information a été transmise et par qui.

Ainsi, sur les 16 primipares déclarant avoir eu des informations, nous précisons que 13 d'entre elles les ont reçues lors du séjour à la maternité, les 3 autres les ayant eu en dehors du contexte de la grossesse.

De même, parmi les 17 multipares déclarant avoir eu des informations, nous pouvons préciser que 5 d'entre elles les ont reçues lors du séjour à la maternité et que les 12 autres ont eu des informations lors de leurs grossesses précédentes.

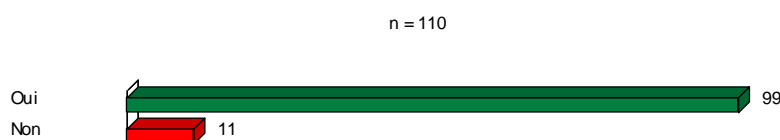
Les informations sont en majorité transmises par les sages-femmes citées à 15 reprises, puis par les articles de presses et les brochures cités 13 fois.

Les auxiliaires de puériculture arrivent à la troisième position, avec internet et totalisent 10 citations.

Les puéricultrices sont citées 8 fois, les pédiatres 4 fois et les gynécologues ainsi que les médecins 2 fois chacun.

Une question complémentaire permettait aux mères d'évaluer les informations obtenues. Les réponses récoltées permettent de dire que les femmes ayant eu des informations les considèrent « justifiées » (avec 25 citations) et « insuffisantes » (avec 27 citations).

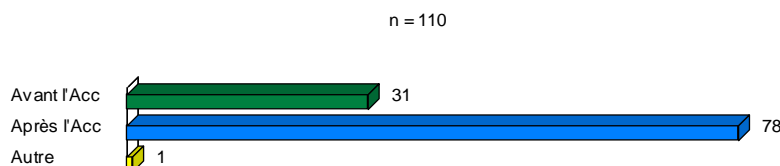
Question 26 : Auriez-vous voulu recevoir des informations concernant le sommeil de votre enfant?



90% des accouchées interrogées ont répondu oui à cette question parmi lesquelles 52 primipares et 47 multipares.

Le taux important de réponses positives reflète l'expression d'un besoin. De plus, cette question met en évidence l'intérêt que portent les mères interrogées au sommeil de leur nouveau-né.

Question 27 : Quel serait, selon vous, le moment le plus propice pour aborder la thématique du sommeil du nouveau-né?



28% des mamans, dont 15 primipares et 16 multipares, estiment que le moment le plus propice pour aborder ce thème serait avant l'accouchement, pendant les séances de préparation à la naissance par exemple.

La majorité des accouchées, soit 39 primipares et 39 multipares, situent ce moment après l'accouchement, lors du séjour à la maternité.

Une primipare pense que ce thème devrait être abordé avant et après l'accouchement.

Évaluation notée du questionnaire.

Afin de mieux objectiver les résultats de l'enquête, nous avons choisi de la noter.

Nous avons appliqué un barème pour 15 questions du questionnaire où des réponses précises étaient attendues selon le cadre de référence, à raison d'un point par bonne réponse. Nous avons obtenu une répartition de la population en fonction d'une note de 15/15.

Ainsi, 62% des personnes interrogées ont eu une note comprise entre 11 et 15 avec une répartition de 33 primipares pour 35 multipares. De plus, nous pouvons dire que 3 femmes dont une primipare et deux multipares ont obtenu le maximum de points.

37% des mères ont eu une note comprise entre 6 et 10, avec une répartition de 21 primipares pour 20 multipares.

Une primipare a eu la moins bonne note, à savoir 4 sur 15. La moyenne pour l'ensemble de la population est de 11/15.

En croisant les notes obtenues avec l'âge maternel, nous nous apercevons que le niveau de connaissance n'est pas influencé par l'âge puisque pour chaque tranche d'âge étudiée, la moyenne des notes obtenues se situe autour de 11.

Nous pouvons donc dire que de façon globale, les mères interrogées possédaient des connaissances sur le sommeil des nouveau-nés. Ces connaissances sont peu influencées par l'âge ou la parité.

Partie 3 : L'interprétation des résultats

1. PRESENTATION DE LA POPULATION

Questions 1 à 4

La population étudiée est composée de 110 accouchées, réparties en nombre égal entre primipares et multipares.

La moyenne d'âge des accouchées est de 28 ans. Nous pouvons constater que les primipares ont en majorité moins de 30 ans.

La question de l'activité professionnelle avait pour but d'évaluer le niveau d'étude et le niveau socio-économique des mères interrogées.

Ainsi, la population active est majoritairement constituée par des femmes employées, ou exerçant des professions intermédiaires et vivant en couple.

Cette enquête, en raison du biais observé à la question de l'activité professionnelle, ne nous permet pas de statuer sur le niveau socio-économique de la population observée.

Nous pouvons toutefois dire que l'ensemble des actifs semble avoir fait des études supérieures.

Ces informations sont importantes afin de repérer les mères qui auraient besoin d'un accompagnement plus important, d'une écoute plus attentive.

En effet, nous savons que des facteurs familiaux tels que des conditions socio-économiques défavorables et environnementales comme le tabagisme passif constituent des facteurs de risques épidémiologiques de la mort subite du nourrisson.

Enfin ces informations vont permettre aux professionnels de santé d'individualiser la prise en charge de ces mères en donnant des conseils et de recommandations ciblées, en rapport avec leurs conditions de vie.

2. CONNAISSANCES SUR LE SOMMEIL

Questions 5 à 11.

Hormis la question 11 [Quels sont les signes annonciateurs de la fatigue?], ce groupe de questions ne comportait qu'une réponse « idéale » retrouvée dans le cadre de référence.

Nous constatons que sur ce groupe de 6 questions, 5 ont obtenu une majorité de réponses exactes.

Nous pouvons donc dire que la population étudiée possédait des connaissances suffisantes en ce qui concerne le temps de sommeil nécessaire à un nouveau-né, l'âge moyen à partir duquel un nourrisson peut faire ses nuits, l'importance des siestes et du sommeil diurne, et l'importance du sommeil dans la croissance de l'enfant.

La question concernant les phases de sommeil des nouveau-nés semble avoir posé plus de difficultés aux mères interrogées comme en témoigne le peu de réponses exactes données. Nous avons vu que le sommeil du nouveau-né se compose de cycles de 50 à 60 minutes divisés en deux phases de sommeil appelées sommeil calme et sommeil agité. La phase de sommeil calme va augmenter en durée et se diviser au fur et à mesure que l'enfant grandit pour ressembler au sommeil de l'adulte vers l'âge de 6 ans. Comprendre le fonctionnement du sommeil de l'enfant me paraît très important afin de répondre de façon optimale à ses besoins, de plus cela contribue à la diminution d'apparition de troubles de sommeil.

Enfin, la compréhension de l'organisation du sommeil du nouveau-né va permettre aux parents de mieux répondre aux besoins de l'enfant, ce qui va leur permettre de se rassurer dans leurs fonctions parentales et ainsi renforcer les liens psycho-affectifs qui vont les unir.

L'organisation du sommeil du nouveau-né peut être expliquée aux mères de façon très simple grâce au « train du sommeil » que nous pourrions retrouver en annexe.

Cet outil est un support très adapté qui peut-être, à mon sens, utilisé par tous les professionnels autour de la naissance.

La dernière question de ce groupe traitait des signes évocateurs de la fatigue. Il s'agissait d'identifier les signes précurseurs du sommeil. Si toutes les réponses pouvaient être citées, nous avons constaté que seul 30% des femmes interrogées avaient coché les trois propositions. Les signes les plus évocateurs pour cette population étant l'énerverment, l'agitation le bâillement et les yeux qui piquent. Nous savons que beaucoup d'autres signes existent pour annoncer la venue du sommeil, et il est important que les parents y soient attentifs pour ne pas les laisser passer sous peine de devoir attendre le cycle de sommeil suivant pour pouvoir endormir leur enfant.

Pour ce groupe de questions, même si les primipares ont sensiblement donné autant de réponses correctes que les multipares, nous pouvons trouver un peu plus de bonnes réponses chez les multipares que chez les primipares.

Cet élément, loin d'être surprenant, est probablement liée au fait que les multipares possèdent l'expérience liée à leurs expériences précédentes. De plus, elles ont pu avoir des informations au cours des grossesses précédentes.

Nous dirons donc que la parité influence le niveau de connaissances des mères pour ce groupe de questions, à la faveur des multipares.

Au regard de cette analyse, nous voyons apparaître deux éléments du sommeil du nouveau-né sur lesquels une information complémentaire aurait été utile pour la population interrogée, à savoir les cycles et les phases du sommeil du nouveau-né, ainsi que les signes évocateurs du sommeil.

3. HYGIENE DU SOMMEIL

Questions 12 à 19

Les trois premières questions faisaient référence aux trois principes de la prévention de la mort subite du nourrisson, à savoir coucher le nouveau-né sur le dos, dans une literie sécurisée et dans une pièce chauffée entre 18 et 20°C .

Au vue des réponses, les mères interrogées possédaient des connaissances suffisantes concernant la température idéale de la pièce où dort l'enfant.

Cependant, la position de coucher ne fait pas l'unanimité. La position latérale reste citée à plus de 10% par 6 primipares et 8 multipares.

Nous pouvons penser que les multipares ont cité la position latérale en raison des recommandations diffusées jusqu'en 1997 qui encourageaient les parents à faire dormir leurs enfants en position latérale plutôt qu'en position ventrale.

Concernant les primipares qui ont cité la position latérale, il est possible qu'elles aient eu cette information de leur entourage. Ce choix de position de couchage peut également être en relation avec certaines « idées reçues » visant à dire que la position latérale est recommandée en cas de régurgitation, pour éviter l'étouffement.

Or, comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, en position latérale l'enfant peut facilement basculer et se retrouver en position ventrale, augmentant le risque de mort subite du nouveau-né. Aujourd'hui, la position latérale doit faire l'objet d'une indication médicale spécifique, et il est préférable de conseiller aux parents de faire dormir leurs enfants sur le dos.

Enfin, concernant la literie, la majorité de la population interrogée a estimé qu'un lit à barreau ou un berceau dans une chambre individuelle était plus adapté au sommeil de l'enfant de moins de 6 mois. Le cadre de référence stipule que la literie doit être sécurisée afin de diminuer les risques d'accidents tels que les chutes ou la mort subite du nourrisson.

Ainsi nous pouvons dire, que les informations essentielles à la réduction de la mort subite du nourrisson sont à renforcer, à soutenir et à diffuser largement.

La majorité de la population observée avait des connaissances suffisantes concernant la notion du rituel d'endormissement. La prédominance de réponses exactes

chez les multipares à cette question est certainement en relation avec l'expérience issue des enfants précédents. De plus, au cours de mes stages, lors d'échanges avec les mères, j'ai constaté que pour beaucoup de primipares, le rituel d'endormissement consistait à raconter une histoire ou lire un livre, et donc ne concernait pas le nouveau-né.

Or nous savons que le rituel d'endormissement peut se décliner sous bien d'autres formes et va évoluer avec l'enfant en fonction de ses compétences et de ses besoins. S'il peut se limiter à un câlin, du peau à peau ou une petite chanson durant les premières semaines, il va changer au fur et à mesure que l'enfant grandit et se construit.

Ce temps de détente contribue à diminuer l'angoisse de l'enfant liée à la séparation du sommeil, favorise le sommeil de l'enfant tout en renforçant le lien mère-enfant.

Il me semble donc important, de considérer le rituel d'endormissement comme une composante du sommeil, s'inscrivant dans les soins nécessaires au bien être des nouveau-nés, au même titre que le change, le bain ou l'alimentation.

La question 16 [Il grogne, s'agite, fait du bruit, pleure un peu au milieu de la nuit. Que faire?] concernait le respect du sommeil de l'enfant et faisait référence aux micro-éveils qui existent entre deux cycles de sommeil chez les nouveau-nés.

Lors des ses éveils, l'enfant continue de dormir, et ce malgré les apparences. Une intervention des parents à ce moment n'aura pour effet que de stimuler l'enfant et le sortir réellement de son cycle de sommeil. Il est donc préférable de laisser l'enfant se rendormir seul, sans intervention. Bien sûr, si l'enfant pleure trop longtemps, ou si les parents ont l'impression que les pleurs s'accroissent, c'est que l'enfant aura besoin d'être alimenté, changé ou juste rassuré, et dans ce cas l'intervention des parents est vivement conseillée.

Au regard du peu de réponses correctes, nous pouvons dire que la population interrogée ne possède pas les connaissances suffisantes concernant les cycles de sommeil des nouveau-nés.

Les questions 17 et 18 traitaient également du respect du sommeil de l'enfant.

L'ensemble des mères interrogées a conscience que le temps de sommeil n'est pas directement lié à l'heure de coucher, mais principalement aux besoins en sommeil et aux synchroniseurs extérieurs tel que la lumière.

De plus, la majorité du panel observé pense qu'il est préférable de respecter le sommeil d'un nouveau-né, même s'il dort encore au moment d'une tétée, ce qui correspond aux informations que nous diffusons aux mères actuellement lors des suites de couches.

En effet, nous recommandons aujourd'hui d'alimenter les bébés à la demande, afin de mieux respecter le sommeil et les besoins de l'enfant. Il sera parfois nécessaire de stimuler un enfant pour l'alimenter, s'il a du mal à reprendre du poids ou s'il avait un faible poids de naissance. Mais cette pratique ne doit pas être systématique et doit faire l'objet d'une indication médicale.

Sur cet ensemble de questions, le nombre de réponses exactes chez les primipares est à peu près identique à celui des multipares avec, encore une fois un nombre de réponses exactes légèrement plus important chez les multipares.

Nous pouvons également mettre ce fait en rapport avec l'expérience que les multipares ont pu acquérir antérieurement.

La dernière question posée ici visait à savoir où les mères allaient faire dormir leur nouveau-né.

Nous constatons que 52% des femmes interrogées ont déclaré qu'elles pratiqueraient le sommeil partagé une fois de retour à domicile.

Cette pratique, plus répandue ici chez les multipares que chez les primipares doit s'accompagner de mesures de précautions spécifiques, afin d'éviter les risques de mort subite du nourrisson. Aujourd'hui, le sommeil partagé est de plus en plus répandu, et même recommandé en cas d'allaitement maternel. En tant que professionnel de santé, nous devons accompagner ces mères dans leurs choix tout en garantissant le bien-être et la sécurité de l'enfant et des parents.

Nous constatons ainsi que les informations transmises aux mères sur le sommeil de leur enfant doivent être adaptées en fonction des attentes des mères, et de ce qu'elles envisagent lors du retour à domicile.

4. DIFFICULTES ET TROUBLES DU SOMMEIL

Questions 20 à 24

La question 20 [Quels sont les troubles du sommeil que vous connaissez?] laissait la possibilité aux femmes interrogées de rédiger leurs réponses.

Nous pouvons constater que la majorité des troubles cités ne concernent pas le nouveau-né, mais constituent des troubles pouvant apparaître dans l'enfance et retrouvés chez l'adulte. C'est le cas pour l'insomnie, la narcolepsie et le somnambulisme. Les autres troubles cités, comme les cauchemars, les terreurs nocturnes et les apnées du sommeil intéressent plus spécifiquement l'enfant.

Au vue des réponses, nous pouvons dire que les mères savent faire la distinction entre troubles du sommeil et difficultés liées au sommeil. En effet, aucune difficulté n'aura été citée à cette question.

Nous avons ensuite constaté, grâce à la question suivante que 45% des mères observées exprimaient des difficultés ou des craintes vis à vis du sommeil de leur enfant.

Je pense que le peu de réponses positives est en lien avec le séjour relativement court à la maternité. En effet, de nos jours le séjour à la maternité est d'environ 4 jours pour une primipare, souvent moins pour une multipare. De plus, lors de son séjour à la maternité, les femmes ont la possibilité de laisser leurs enfants à la pouponnière pour la nuit. Certes, cette pratique s'avère utile pour que la mère puisse se reposer correctement, récupérer et reprendre des forces, afin de s'occuper de son enfant de manière plus optimale par la suite. Toutefois elle contribue, à mon sens, à repousser la découverte mutuelle de la mère et de son enfant.

Par ailleurs, nous savons que les difficultés et les troubles du sommeil n'apparaissent pas dans les premiers jours de la vie. Ce qui peut expliquer également le peu de réponses à cette question.

Il est possible de supposer que si cette même question avait été posée plus tard (un mois ou deux après la sortie de la maternité par exemple), les réponses obtenues auraient été très différentes.

Les femmes éprouvant des difficultés ou des craintes avaient la possibilité de les exprimer sur papier par le biais d'une question complémentaire.

Nous constaterons que toutes les femmes déclarant avoir des difficultés ne se sont pas exprimées. Nous avons mis en évidence les difficultés rencontrées ou imaginées par les mères les plus citées à savoir la confusion jour/nuit, les problèmes de régurgitations, la peur que le nouveau-né ne fasse pas ses nuits, et les difficultés d'endormissement.

Ces craintes ou difficultés correspondent aux principales questions que les parents ont pu me poser lors de mes stages. C'est également les principales préoccupations des parents retrouvées dans la littérature.

Nous avons vu, dans le cadre de référence, que ces troubles évoqués avaient des solutions simples.

Ainsi, par rapport aux confusions entre le jour et la nuit, nous pouvons conseiller aux parents d'accentuer le contraste jour/nuit en prodiguant des soins de façon différente le jour et la nuit.

Les régurgitations sont fréquentes chez le nouveau-né. Des parents non ou mal informés vont avoir peur que leur enfant s'étouffe en régurgitant durant son sommeil. Nous pouvons leur rappeler que la position dorsale permet de réduire les régurgitations, tout en assurant la sécurité de l'enfant. Elle est donc recommandée même en cas de régurgitation.

Concernant la peur exprimée par certaines femmes, liée au fait que leur enfant ne fasse pas ses nuits, nous pouvons réduire leurs angoisses en rappelant l'âge moyen où l'enfant va pouvoir faire ses nuits, qui se situe aux alentours de 3 mois.

Enfin, nous pouvons expliquer aux parents que les difficultés d'endormissement sont essentiellement dues à une angoisse de séparation. Il leur faudra apprendre à rassurer l'enfant, apaiser ses angoisses, se montrer tolérant sans tomber dans l'excès consistant à accepter tous ses caprices car si les enfants ont besoin d'amour, ils ont également besoin de limites pour se construire.

La question 22 et la question 23 ne semblent pas avoir posé de problèmes aux mères qui savaient, pour la majorité que les bébés pouvaient faire des cauchemars, et que le ronflement chronique constituait un élément du diagnostic d'un trouble appelé syndrome des apnées obstructives du sommeil.

Nous pouvons estimer comme suffisantes les connaissances des mères concernant les troubles possibles du sommeil. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'expliquer aux mères les différents types de troubles que son enfant pourrait rencontrer. Par contre, il me semble nécessaire d'expliquer aux accouchées que des troubles existent et peuvent apparaître, et les encourager à consulter un spécialiste tel qu'un médecin généraliste ou un pédiatre ou dans un centre dès l'apparition d'un trouble.

Nous pouvons également dire aux vues des réponses de la question 24 que l'intervenant de prédilection des mères face à une difficulté liée au sommeil de leurs enfants est le professionnel de santé, très majoritairement cité.

Cela laisse penser qu'en tant que futurs sages-femmes, nous serons largement sollicités par les mères autour de cette thématique. Il me paraît donc primordial d'uniformiser les informations et les connaissances qui seront transmises.

Pour ce groupe de questions, nous constatons que ce sont les primipares qui ont le plus exprimées de craintes et de difficultés. Ce qui semble logique : nous pouvons considérer que la peur de mal faire, associée à la méconnaissance soient à l'origine de craintes que n'ont pas (ou plus) les multipares.

5. INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT

La majorité de la population interrogée (70%) a déclaré ne pas avoir eu d'informations concernant le sommeil de leur enfant. Pourtant, nous avons vu que le taux global de réponses exactes est satisfaisant. Nous pouvons donc dire que même si les mères pensent ne pas avoir eu d'informations, elles possèdent quand même des connaissances sur le sommeil des nouveau-nés.

En raison du biais explicité plus haut, nous ne pouvons pas statuer sur l'origine de ce manque d'informations exprimé par la population. Il aurait fallu, pour cela, questionner les professionnels sur leurs pratiques. Nous pouvons supposer que des informations sont transmises ponctuellement aux mères durant la grossesse et lors du séjour à la maternité. L'enquête met en relief les différentes sources d'informations à la disposition des parents. Au cours de la grossesse, une femme peut être amenée à rencontrer divers professionnels de santé, pouvant tous transmettre des informations relatives au sommeil.

Les professionnels cités sont :

Les sages-femmes, qui vont pouvoir intervenir avant l'accouchement, lors du suivi de grossesse, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; pendant l'accouchement, même si nous conviendrons que ce n'est pas le lieu ni le moment le plus propice pour aborder cette thématique, j'ai souvent été amené à discuter avec les mères lors d'un travail un peu long et je pense qu'à ce moment quelques informations peuvent être transmises, mais devront être renforcées par la suite ; et après l'accouchement, lors du séjour à la maternité.

Les auxiliaires de puériculture, exerçant principalement en suite de couches, vont pouvoir transmettre des informations lors du séjour à la maternité.

Les pédiatres, vont pouvoir donner des informations lors de la visite de sortie de la maternité, ou lors des consultations post-natales.

Les gynécologues et les médecins généralistes vont également pouvoir intervenir sur le sujet, notamment lors du suivi de grossesse, et lors des visites post-natales.

Les puéricultrices vont pouvoir informer également dans le post-partum à l'occasion des visites prodiguées par la PMI.

Enfin, les mères peuvent également avoir accès à des informations par le biais de brochures, de livres et d'internet. Il existe des supports, tels que des plaquettes informatives très bien construites pour prévenir des risques de MSN (Annexe IV), pour prévenir des risques du sommeil partagé (Annexe V), ou rassemblant des conseils afin de favoriser le sommeil de l'enfant (Annexe VII).

Nous pouvons mettre en regard le taux de remplissage des questionnaires important (92%) avec le taux de femmes qui auraient souhaité avoir des informations pour dire que le thème du sommeil du nouveau-né intéresse fortement les mères.

Le métier de sage-femme implique d'accompagner des couples dans leurs projets de parentalité, prendre en charge des mères et des nouveau-nés, et donner aux mères les moyens et les informations qui leurs permettront de répondre de façon adaptée aux besoins de leurs enfants. Ainsi, je pense que le sommeil doit s'inscrire dans l'ensemble des soins que la mère va devoir apprendre avec son enfant.

La période post-natale semble être plus propice pour aborder cette thématique selon la population interrogée, même si nous savons que le séjour à la maternité n'est pas toujours de tout repos.

Synthèse

Cette étude réalisée auprès des accouchées nous a permis de vérifier les quatre hypothèses:

- Les mères ont des connaissances générales sur le sommeil des nouveau-nés mais ignorent les informations essentielles tels que l'organisation des rythmes de vie, l'organisation du sommeil ou le rituel d'endormissement.

- Les mères expriment des craintes ou des difficultés vis à vis du sommeil de leur enfant.

- La thématique du sommeil des nouveau-nés suscite de l'intérêt chez les parents.

- La parité n'intervient que très faiblement dans le niveau de connaissances des mères.

Cela m'a amené à réfléchir sur des pistes de travail afin d'améliorer nos pratiques, que je développerai dans la dernière partie.

6. PISTES A AMELIORER

Grâce à cette étude, nous savons que le sommeil du nouveau-né est un thème qui intéresse beaucoup les mères. Si elles possèdent des connaissances sur le sujet, ces connaissances peuvent s'avérer obsolètes, fausses, ou incomplètes.

Nous savons que le manque d'information peut concourir à l'apparition de troubles du sommeil chez l'enfant. Ces troubles vont perturber l'équilibre de toute la famille, augmenter la fatigue des parents, ce qui aura pour conséquence de diminuer leur vigilance et donc augmenter le risque d'accidents (domestiques, de la route...); l'autre conséquence est une augmentation de la nervosité et de l'irritabilité parentale qui pourra être à l'origine de drames comme les bébés secoués.

De plus, la compréhension de l'organisation du sommeil des nouveau-nés par leurs parents, va leur permettre de répondre de façon plus adaptée aux besoins de leurs enfants. Ce fait va les valoriser dans leur fonction parentale ce qui ne peut que renforcer le lien mère-enfant.

Ces deux éléments mettent en relief l'importance de la diffusion des informations.

Quelles informations donner?

Nous pouvons diviser les informations sur le sommeil en 2 types : les informations « essentielles » et les informations « complémentaires ».

Les informations « essentielles » vont regrouper

- les notions de couchage relatives à la prévention de la mort subite du nourrisson,

- les notions relatives aux rythmes de vie des nouveau-nés (rythme veille/sommeil, organisation du sommeil chez le nouveau-né, importance du sommeil dans la croissance de l'enfant)

- les notions relatives au rituel d'endormissement

Ces informations devront être claires, simples et largement diffusées auprès de toutes les accouchées. Si nous pouvons penser qu'une multipare aura moins besoin d'être accompagnée vis à vis de sommeil de son enfant, nous devons nous assurer qu'elle a bien connaissance de ces informations de base.

Les informations « complémentaires » traiteront

- des notions visant à favoriser le sommeil de l'enfant
- des notions destinées à prendre en charge les troubles passagers du sommeil tels que les troubles de l'endormissement ou les terreurs nocturnes.

Ces informations ne seront pas données en systématique mais au cas par cas, en tenant compte de l'histoire personnelle de la mère (culture, niveau de connaissances, parité, difficultés rencontrées antérieurement).

Quand donner les informations?

Si la période post-natale semble plus adaptée pour dispenser des informations, je pense que la question du sommeil de l'enfant doit s'aborder avant l'accouchement, en raison du nombre important de parents qui pratiquent ou qui ont l'intention de pratiquer le sommeil partagé. Si ce mode de sommeil peut perturber certains professionnels, c'est avant tout une question de culture. Cette étude prouve que ce mode de sommeil tend à se généraliser et nous ne pouvons pas nous permettre de dénigrer cette pratique sous prétexte qu'elle ne nous convient pas à nous personnellement. Notre rôle, en tant que professionnels de santé est d'accompagner les couples dans leur choix et de les sensibiliser sur les risques éventuels.

La pratique du sommeil partagé est bénéfique pour l'allaitement maternel, et ne comporte aucun risque si les principes de sécurité sont respectés. Les accidents liés au sommeil partagé décrits dans la littérature ont lieu lors du sommeil partagé occasionnel. (quand les enfants dorment dans le lit parental de façon exceptionnelle).

Je ne pense pas qu'il faille recommander le sommeil partagé à toutes les mères. Il est important cependant de savoir où va dormir l'enfant au retour à domicile afin de donner les conseils les plus adaptés. Le but n'est pas de faire de la sur-information, mais de donner une information ciblée et individuelle pour répondre aux attentes précises des mères.

Ainsi il ne sera pas utile de parler des bienfaits du sommeil partagé devant une femme nous ayant dit qu'elle fera dormir son enfant dans une chambre seule. Par contre, nous pourrions l'informer des risques du sommeil partagé occasionnel.

Si la question du couchage de l'enfant (sommeil partagé ou non) doit être abordée durant la période anténatale, le reste des informations sera transmis durant les suites de couches.

Les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture, principales intervenantes de cette période auront pour mission d'évaluer les connaissances des mères sur le sujet afin d'identifier leurs besoins, leurs parcours et leurs attentes. Ce faisant elles pourront apporter aux femmes des informations ciblées et individuelles tenant compte de la femme dans sa globalité.

Comment transmettre l'information?

L'information sera essentiellement transmise à l'oral, mais également par écrit. Nous pouvons, en tant que professionnels de santé, nous servir de plaquettes informatives (comme celles référencées dans les annexes VI-V-VIII) comme support, et/ou complément de l'information que nous allons donner.

Le séjour à la maternité n'est pas toujours de tout repos. En effet, mon expérience me permet de dire que les suites de couches peuvent avoir un rythme de fonctionnement intense : entre le petit-déjeuner, l'examen clinique, le bain et les tétées de l'enfant, la réfection de la chambre et du lit et la visite du pédiatre, les matinées des mamans (et du personnel) sont bien remplies. Les après-midi ponctuées des visites de la famille laissent également peu de place pour établir des moments d'échanges. Toutefois, les suites de couches représentent un moment privilégié pour dialoguer.

L'une des solutions envisageable serait de préparer le retour à domicile d'une autre façon. A mon sens, le retour à domicile devrait être envisagé directement après l'accouchement, et la thématique du sommeil de l'enfant intégrée à l'ensemble des soins au même titre que l'alimentation ou le bain. Ainsi, nous pourrions répartir les informations à transmettre aux parents sur l'ensemble du séjour à la maternité et non pas la veille ou le jour de la sortie. Il nous appartient de repenser l'organisation de nos services afin de laisser place à des moments d'échanges et ainsi optimiser la préparation à la sortie.

Je pense que la soirée peut s'avérer propice pour ces moments d'échanges. Les soins et les visites étant terminés, il sera plus aisé pour le professionnel de santé de proposer un temps d'échange individuel ou collectif.

A ce titre, nous pourrions mettre en place des réunions pré-sortie, en petit groupes de 3 ou 4 mamans si possible de parité différente. Ainsi, nous pourrions lors de ses réunions répondre aux questions diverses des mamans, et transmettre des informations spécifiques à leurs attentes. Ces réunions serviraient également de temps d'échange entre les mamans qui pourraient ainsi partager leurs expériences.

Enfin, avant la sortie de la maternité, il sera important de donner aux mères des pistes pour trouver des ressources en dehors de la maternité. Je pense notamment aux sages-femmes libérales, à la PMI, aux pédiatres, aux médecins généralistes, et également à des sites internet très bien construits, et dont les sources médicales sont fiables, fondées et vérifiables. (voir références bibliographiques [21-28-30-34]).

Conclusion

Comme nous l'avons vu, le sommeil des nouveau-nés représente un besoin essentiel.

Dans les premiers jours après la naissance, il occupe une place prépondérante dans l'organisation de la journée du nouveau-né, soit environ 16 heures par jour. L'alternance des tétées et des siestes rythment ainsi la vie du nouveau-né. Un bébé qui dort bien est généralement un bébé qui tète bien et réciproquement. D'où l'importance capitale du sommeil dans le bon équilibre du nouveau-né et de la vie de toute la famille.

L'enquête réalisée nous a permis de mettre en évidence que les mères possèdent des connaissances globales concernant le sommeil de leurs enfants certains aspects essentiels tels que l'organisation des rythmes de vie, l'organisation du sommeil ou le rituel d'endormissement méritent un approfondissement.

Comme nous l'avons envisagé, ces axes doivent être l'objet d'un échange au cours du séjour à la maternité car les connaissances permettent de diminuer l'incidence des troubles.

Nous avons également constaté une évolution des modes de couchage à la faveur du sommeil partagé. La thématique du sommeil de l'enfant intéresse fortement les mères, aussi bien les primipares que les multipares, qui manifestent une demande d'information ainsi que des craintes ou des difficultés dès la période des suites de couches.

Si l'allaitement maternel est aujourd'hui bien soutenu et encadré par les professionnels de santé lors du séjour à la maternité, le thème du sommeil reste à conforter dans l'accompagnement réalisé.

Il serait donc intéressant d'intégrer le sommeil, tout comme l'est l'allaitement, au centre des priorités des suites de couches. Par les informations et les conseils donnés aux parents, les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans la prévention des troubles du sommeil de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ASSATHIANY A - Prévention et prise en charge des troubles du sommeil.

4° Journée AREPEGE Médecine et enfance. Septembre 2003.

[2] BENOIT O, GOLDENBERG F - Exploration du sommeil et de la vigilance chez l'adulte

Paris. EM Inter. 1997

[3] BILLIARD M - le sommeil

Le cavalier bleu. 2002

[4] BOIGE N - Reflux ou refus de sommeil.

4° Journée AREPEGE Médecine et enfance. Septembre 2003.

[5] BOUTON J, DOLTO-TOLITCH C - Vive le sommeil.

Édition Hatier, Collection grain de sel.

[6] BOUTON J - Bon et mauvais dormeur

Edition Gamma, Collection les Enfants et nous.

[7] BRACONNIER A, MAZET P - Le Sommeil de l'enfant et ses troubles.

Presses universitaires de France. Paris. 1986

[8] CHALLAMEL MJ - Place du sommeil dans la mort subite du nourrisson.

Progrès en pédiatrie Mort subite du nourrisson. Paris(Doin). 1989. p.51-68

[9] CHALLAMEL MJ, THIRION M - Le sommeil, le rêve et l'enfant de la naissance à l'adolescence.

Edition Albin Michel. Septembre 2002.

[10] CHALLAMEL MJ, THIRION M - Mon enfant dort mal

Edition Pocket. Décembre 2005.

[11] CHOQUET M, DAVIDSON F - Les facteurs favorisant l'administration de sédatifs chez le nourrisson et leur signification.

Pédiatrie préventive et sociale 1978

[12] **CENTRE DU SOMMEIL DE METZ** – Clinique Claude Bernard
Pathologies de veille et de sommeil.

Rue Claude Bernard 57070 METZ

[13] **CODODO** – Dormir avec son bébé

Consulté sur <http://cododo.free.fr/>

[14] **DEBRE R, DOUMIC A** – Le sommeil de l'enfant

Edition Presses universitaires de France, Collection Sup.

[15] **DE LEERSNYDER H** – Mise en place des rythmes du sommeil.

4° Journée AREPEGE Médecine et enfance. Septembre 2003.

[16] **DEPINOY M, DELORMAS F** – Le sommeil : une nouvelle priorité
de santé publique?

La santé de l'Homme N°388. Éduquer au sommeil.

Consulté sur <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/388/01.htm>

[17] **ENCYCLOPEDIE LE CORPS HUMAIN** – Le sommeil du nouveau-
né.

Édition Atlas. Consulté sur <http://www.lecorpshumain.fr>

[18] **EVRARD F** – Le sommeil de l'enfant

Cahier de la puéricultrice. Mai 2008. N°217. p.9-25.

[19] **FERBER R, NAVELET Y, et al.** - Protégez le sommeil de votre enfant.

Édition ESF éditeur. 1990

[20] **HUBERT J** – Les troubles du sommeil

Cours théorique délivré à l'école de puériculture de METZ en 2008.

[21] **INSV** – Institut National du Sommeil et de la Vigilance.

Consulté sur <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/>

[22] **LEGER D** – Troubles du sommeil

Paris. Doin. 2001.

[23] **KAHN A** – Le sommeil de votre enfant

Paris, Édition Odile Jacob. 1998

[24] **MORO M.R** – Dormir...Mille et une manières.

4° Journée AREPEGE Médecine et enfance. Septembre 2003.

[25] **MULLENS E** – A quoi sert le sommeil?

La Santé de l'Homme N°388. Éduquer au sommeil.

Consulté sur <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/388/02.htm>

[26] **NEMET-PIER L** – Moi la nuit je fais jamais dodo...

Edition Fleurus. 2000

[27] **PARRAT S, DAYAN** – Bébés, berceaux et berceuses.

Journal de pédiatrie et de puériculture. 1991. N°4

[28] **PROSOM** – Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil.

Consulté sur <http://www.prosom.org/>

[29] **RENAUD A** – Les différentes étapes du sommeil

Soins Gyn. Obst. Puer. Ped. Novembre 1988. N°90

[30] **RESEAU MORPHE** – Réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil.

Consulté sur <http://www.reseau-morphee.fr/>

[31] **STORK E** – Les rituels de coucher de l'enfant.

Édition ESF éditeur, Collection La vie de l'enfant.

[32] **THIRION M** – Les compétences du nouveau-né.

Nouvelle édition. Édition Albin Michel, Collection Bibliothèque de la famille.

[33] **TREVAL P, VERDEAUX R** – Le Sommeil et l'Enfant.

Compte rendu de la séance du 08/06/1999.

Consulté sur <http://www.sftg.net/CR%20Escoletta/Sommeilesc.htm>

[34] **TRANSLER S** – Conseils pour favoriser le sommeil de son bébé.

Consulté sur <http://www.mustela.fr/>

[35] VALTAX JL - Troubles du sommeil : Insomnies et Hypersomnies.

La Santé de l'Homme N°330 (1997).

[36] WIKIPEDIA - L'encyclopédie libre

Consulté sur <http://fr.wikipedia.org/>

ANNEXES

ANNEXE I : Hypnogramme de l'adulte.

ANNEXE II : Train du sommeil.

ANNEXE III : Tableau comparatif du sommeil du nouveau-né et de l'adulte.

ANNEXE IV : Plaquette informative prévention de la mort subite du nourrisson.

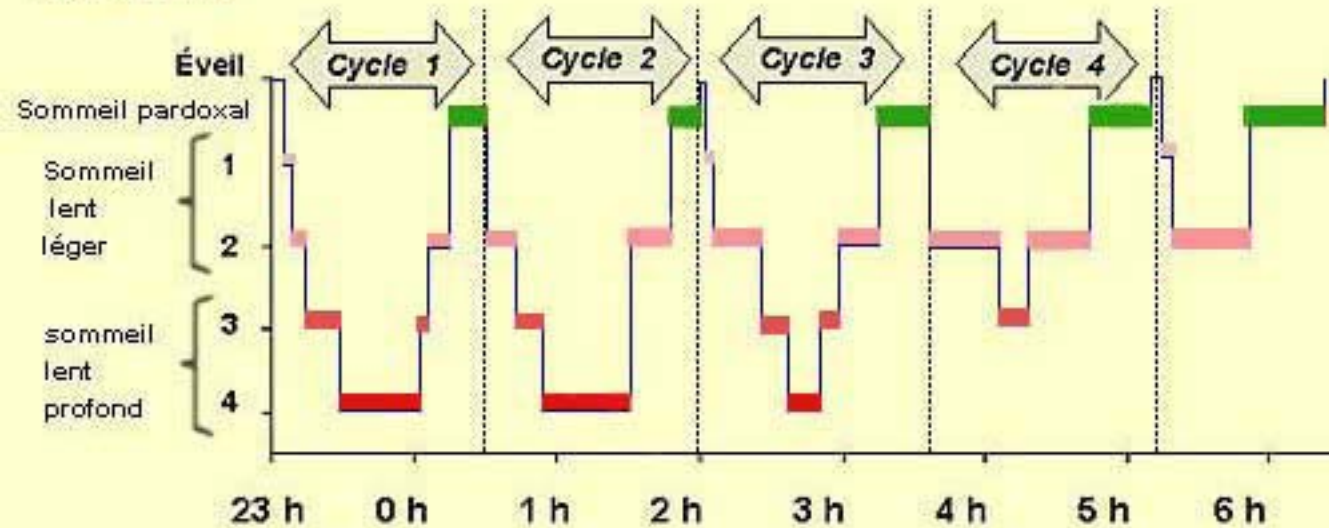
ANNEXE V : Plaquette informative sur le sommeil partagé.

ANNEXE VI : Outil de recherche

ANNEXE VII : Illustrations de sommeil partagé

ANNEXE VIII : Plaquette informative sur le sommeil

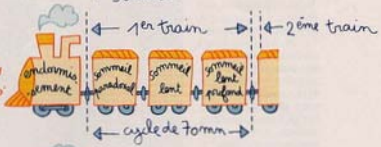
Hypnogramme



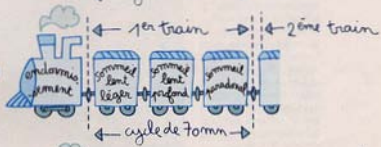
de 0 mois à 2 mois



de 2 mois à 6/9 mois



de 9 mois à 3 ans



de 3 ans à 6 ans



de 6 ans à 9 dulle



ANNEXE III : Les différences entre le sommeil de l'adulte et celui de l'enfant

	Nouveau-né	Adulte
Durée moyenne	16 à 20 heures	8 heures
Durée des cycles	60 minutes	90 minutes
Sommeil agité (ou paradoxal)	50-60 %	25 %
Sommeil calme (ou lent)	40 %	20 %
Endormissement	En sommeil agité	En sommeil calme stade I

Tableau 1 : Comparatif du sommeil du nouveau-né et de l'adulte

Que faire de plus ?

Apprenez à comprendre ses messages :

- Apprenez lui à jouer sur le ventre lorsqu'il est réveillé.
- Ne secouez pas votre bébé, même pour jouer, sa tête et son cou sont fragiles.
- Gardez votre bébé en position verticale un quart d'heure après le biberon.
- Pleurs, refus du biberon, vomissements, rejets abondants, fièvre, etc. C'est sa façon de dire que quelque chose ne va pas.

Consultez votre médecin :

- Si votre bébé régurgite beaucoup ou vomit.
- S'il est gêné pour respirer, même sans fièvre.
- S'il a de la fièvre (plus de 38°), s'il devient très pâle ou bleu.
- Si son comportement n'est pas comme d'habitude (pleurs très importants, grosse somnolence).
- Il ne peut être couché sur le ventre qu'en cas de raison médicale particulière.

Ne donnez aucun médicament à votre bébé sans l'avis de votre médecin

Pourquoi tous ces changements dans nos attitudes ?

- La mort subite du nourrisson n'est pas due qu'à une seule cause. On sait maintenant que l'environnement de l'enfant joue un rôle important.
 - Grâce à la modification des pratiques de couchage de nos bébés, le nombre de morts subites du nourrisson a chuté de 75 % depuis 1992.
- Des gestes simples permettent d'éliminer les principaux risques.**

Que fait-on dans les autres pays ?

Ces conseils ont été diffusés depuis :

- 1987 en Hollande
- 1991 en Australie et Grande-Bretagne
- 1992 aux Etats-Unis
- 1993 en Allemagne, Autriche et Suède.

Ils sont également recommandés par les autorités sanitaires françaises.

Dans tous ces pays, les habitudes de couchage des bébés se sont modifiées : le nombre de morts subites du nourrisson a diminué de **+ de 75 %.**

Qui contacter ?



NAÎTRE ET VIVRE

Reconnue d'utilité publique, l'association Naître et Vivre a pour but l'étude des problèmes liés à la mort subite du nourrisson, l'accueil et l'accompagnement des parents en deuil d'un tout petit, et l'aide à la recherche médicale.

Naître et vivre - 5, rue La Pérouse - 75116 Paris

Tél. : ligne administrative 01 47 23 98 22 - <http://www.naitre-et-vivre.org>

Tél. : ligne écouteurs 01 47 23 05 08 - contact@naitre-et-vivre.org

les Centres Régionaux de Référence

Le Ministère de la Santé a créé en 1986 des Centres de Référence pour l'Etude et la Prévention des morts subites du nourrisson chargés de :

- Diffuser toute information
- Prendre en charge les enfants décédés et leur famille
- Organiser la recherche sur la mort subite du nourrisson.

En téléphonant au numéro 15, vous obtiendrez le numéro de téléphone du centre correspondant à votre région.

Dossier réalisé en collaboration avec le Dr Elisabeth Briand-Huchet, pédiatre, Hôpital Antoine-Béclère (Clamart).



Les assureurs s'engagent dans la prévention

Créée en 1982 par les sociétés d'assurance, cette association a pour objet de promouvoir toute action de prévention sanitaire.

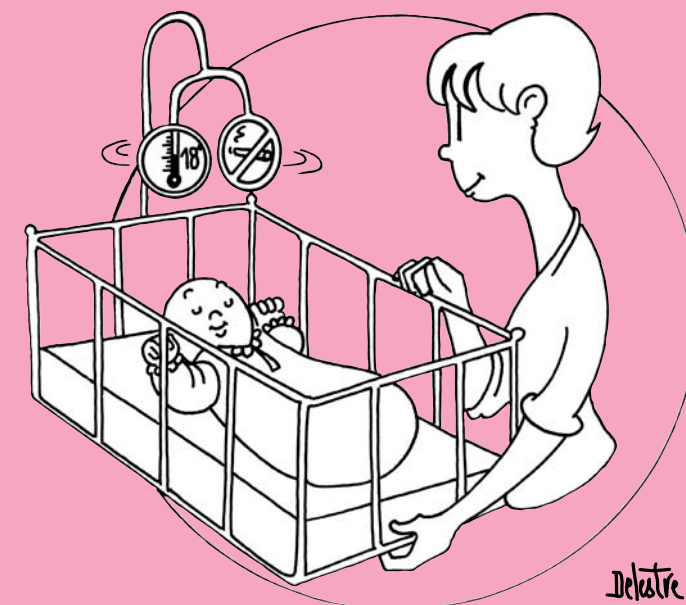
Ses missions : ● Développer la prévention en matière de santé ● Promouvoir et encourager les travaux scientifiques orientés vers la recherche d'une meilleure prévention

Ses actions : ● Edition de documents de conseils pratiques sur des thèmes de prévention santé, sous l'autorité d'un comité médical présidé par le Pr P. Morel ● Organisation de campagnes de prévention

APS - 26, Bd Haussmann, 75311 Paris cedex 09
Pour télécharger d'autres documents : www.ffsa.fr

Prévenir...

la mort subite du nourrisson



Delastre

16



Les assureurs s'engagent dans la prévention

Dans quelle position coucher votre bébé?

Dès mes premiers jours de vie et pendant ma première année :

Je fais dodo sur le dos

- Son visage reste dégagé, il respire à l'air libre.
- Il peut mieux lutter contre la fièvre.
- Il ne risque pas de s'enfouir.
- Ne l'installez pas sur le côté.
- Ne vous endormez pas avec lui dans votre lit.



Respectez le sommeil de votre bébé : un bébé privé de sommeil est plus fragile et plus vulnérable.

Dans quelle literie?

- Dans un lit rigide à barreaux,
- Sur un matelas ferme, bien adapté aux dimensions du lit,
- Sans oreiller, ni coussin
- Sans couverture, ni couette
- Sans cale-bébé
- Ne rajoutez jamais de matelas dans un lit pliant type parapluie



Vous éviterez ainsi le risque que votre bébé :

- Se glisse sous la couette,
 - s'enfouisse le nez dans l'oreiller,
 - se coince entre matelas et paroi du lit,
- car les conséquences peuvent être fatales.**

En modifiant nos habitudes, nous pouvons éviter de nombreux cas de morts subites du nourrisson.

Préférez l'allaitement maternel dans la mesure du possible.

Quelle température dans sa chambre?

18 à 20°

C'est suffisant.

- Un surpyjama, une gigoteuse, ou une turbulette dont l'épaisseur variera avec la saison convient très bien.
- Ne couvrez pas trop votre bébé, surtout :
 - Si vous mettez le chauffage en voiture,
 - les jours de grosse chaleur.
- En cas de fièvre, pensez à le découvrir.



La fumée de cigarette est mauvaise pour la santé de votre bébé.

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent



UK BABY FRIENDLY INITIATIVE

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



Sharing a bed with your baby. French



Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent

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

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

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

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

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

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

Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Votre position pour dormir

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

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

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le



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

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

UNICEF et l'Initiative Amis des Bébés

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

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



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

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

To make a credit card donation to UNICEF, call
08457 312 312
(Charged at local rate. Lines open 24 hours. Please quote 'BFI')

Foundation for the Study of Infant Deaths

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

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

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

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

www.babyfriendly.org.uk

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

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







En moyenne, le nouveau-né dort de 16 à 17 heures par jour, l'enfant de 3 ans 12 heures, celui de 6 ans 10 heures et l'adolescent de 12 ans, 9 heures.

Le sommeil est un besoin qui varie d'un enfant à l'autre, parfois d'un jour à l'autre.

Le meilleur repère d'un bon sommeil, c'est un enfant en forme dans la journée.

Un enfant qui ne dort pas assez est difficile à réveiller le matin, fatigué, somnolent et irritable. Il fait des fautes inhabituelles à l'école et n'est pas attentif.

Le cerveau a besoin de sommeil.

Le réveil du bon pied

Le réveil ne doit pas être brutal mais progressif. Favorisez si possible le réveil spontané de votre enfant en laissant parvenir les bruits assourdis de la maison et pénétrer la lumière dans la chambre. Un bon moyen est aussi de le coucher et de le réveiller presque toujours à la même heure.

Prévoyez aussi le temps de prendre un petit déjeuner complet !

Le sommeil dans la journée



Une sieste est souvent nécessaire pour compléter la nuit de l'enfant.

- **Jusqu'à 6 mois**, l'enfant a souvent besoin de trois siestes : une en fin de matinée et deux dans l'après-midi ; de 9 à 12 mois, la sieste de fin d'après-midi est inutile et de 15 à 18 mois, il ne fait souvent plus qu'une sieste, en début d'après-midi.
- **À partir de 2 ans**, il existe une relation inverse entre temps de sommeil de jour et temps de sommeil nocturne. Plus l'enfant dort pendant la journée, moins il dort la nuit. Une sieste de 2 à 2 heures 30 maximum est alors recommandée.
- **Jusqu'à 4 ans**, la sieste est un besoin physiologique.
- **De 4 à 6 ans**, certains en ont besoin, d'autres pas. Proposez-la avec conviction, mais ne l'imposez pas.
Dans tous les cas, la durée de la sieste dépend du besoin de récupération. L'idéal est de laisser l'enfant se réveiller tout seul ou de l'aider par des bruits ambiants légers.
- **À partir de 6 ans**, les enfants ont plus besoin de temps libre actif que de sieste. Si un enfant de plus de 6 ans recommence à faire la sieste tous les jours, ce n'est pas normal. Il faut alors s'assurer que son temps de sommeil est suffisant et de qualité pour qu'il puisse récupérer de sa fatigue journalière.



DORMIR

c'est vivre aussi...

Le sommeil, c'est la santé !



Ref. 413-07463-DE - Illustrations : Emilienne - Maquette : Scriptoria

Conseils aux parents de jeunes enfants (0-6 ans)

LE SOMMEIL, c'est la santé !

Le sommeil est constructif.

Le corps récupère, « regonfle ses batteries » et se régénère.

Dormir aide à grandir, à mémoriser ce qu'on apprend et à développer le cerveau.



S'endormir

Ne laissez pas passer les signes de l'endormissement : quand votre enfant bâille, se frotte les yeux, pleurniche sans motif, il a besoin de dormir.

Préparez son sommeil par des jeux calmes, éventuellement un bain, un petit rituel : une histoire lue, racontée, chantée, un câlin, etc.

Adoucissez la séparation du coucher en réduisant pour un temps le bruit de la maison. Acceptez ce qui apaise l'enfant comme le pouce, le nounours, la veilleuse, le drap sucé ou la tétine.

Ensuite, laissez-le s'endormir seul.

Pas de mise au lit punition. Pas de sirop sédatif sans avis médical.



La nuit

Une chambre calme autant que possible, une température modérée (de 18 à 20° C) favorisent une bonne nuit.

L'enfant construit son sommeil de nuit progressivement. Ses rythmes ne sont pas ceux de l'adulte. L'une des particularités du sommeil du petit enfant est la présence de micro-éveils physiologiques d'une durée de 1 à 10 minutes après chaque cycle de sommeil. Ainsi, un nourrisson de moins d'1 an peut réveiller ses parents huit fois par nuit. Pendant ces micro-éveils, il pleure, grogne, puis se rendort seul. Si vous intervenez par des bercements ou un biberon, votre enfant aura besoin de vous pour se rendormir à chaque fois.

Des difficultés transitoires peuvent apparaître : endormissements difficiles, réveils ou terreurs nocturnes, insomnies, pipis au lit... Il faut les comprendre, les accepter et ne pas trop s'en inquiéter. Essayez d'éviter ce qui peut les favoriser dans la vie de votre enfant et au moment de l'endormissement (environnement agité, tension excessive avant le coucher, etc.).

Limitez le temps passé devant un écran (films, télé, ordinateurs, jeux vidéo trop tardifs ou violents, etc.).



DES QUESTIONS que vous vous posez peut-être sur le sommeil de votre enfant



Chambre, à part ou commune ?

Faire dormir l'enfant dans la chambre des parents (mais pas dans leur lit) peut être pratique jusqu'à 6 mois, surtout pour les mamans qui allaitent. Puis chacun doit, si possible, retrouver son espace. À partir de 6 mois, votre rôle est de lui apprendre à s'endormir seul. ★

Le médicament pour dormir, à interdire absolument ?

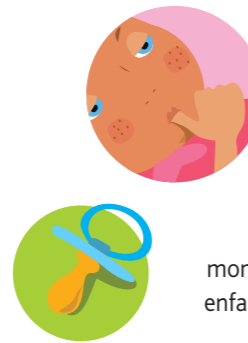


Contre-indiqué avant 1 an, il est souvent inutile et inefficace chez l'enfant plus grand et doit, dans tous les cas, n'être utilisé qu'exceptionnellement sur des périodes brèves (moins de dix jours) et sur prescription médicale. ★

Faut-il le coucher à heure fixe ?



La régularité des heures de coucher et de lever est importante pour l'équilibre de votre enfant. Déterminez son heure spontanée d'endormissement et adaptez ainsi l'heure du coucher, en tenant compte de son âge et de ses besoins de sommeil dans la journée. Il est possible de maintenir des horaires réguliers, sans variations trop importantes, tout en conservant une certaine flexibilité les soirs de fête, de réunions familiales, etc. ★



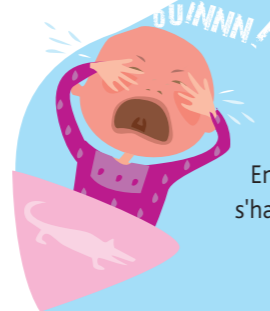
Pouce, tétine... ou pas ?

Sucer son pouce est un comportement d'autosatisfaction qui permet à l'enfant de s'apaiser. Cette pratique facilite la transition de la veille au sommeil. De plus, s'il souffre de régurgitations, le fait de téter et de saliver limitera l'irritation de son œsophage et le soulagera. Laissez-le faire ! La tétine a le même rôle et peut être proposée au moment de l'endormissement jusqu'à 6 mois. À partir de cet âge, aidez votre enfant à s'en passer ou à la gérer seul. ★

La sieste, peut-elle l'empêcher de s'endormir le soir ?

Oui, si elle est trop tardive et trop longue ; mais une sieste faite par un enfant qui en a besoin, en tout début d'après-midi, et qui ne se prolonge pas trop, a un effet bénéfique sur son humeur et son comportement. Elle évite un état d'irritabilité ou une fatigue excessive en fin d'après-midi qui peut amener une opposition au coucher. Elle lui permettra de s'endormir, parfois un peu plus tard, mais plus calmement le soir. ★

Votre bébé pleure... que faire ?



Attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort et qu'il peut se rendormir par lui-même. Évitez de le sortir de son berceau.

Entre 3 et 6 mois, un enfant n'a plus besoin de nourriture la nuit et il doit s'habituer à ne plus être alimenté pendant ce temps. Vous devez éviter de répondre systématiquement à ses appels nocturnes par des interventions alimentaires, sauf indication médicale. ★

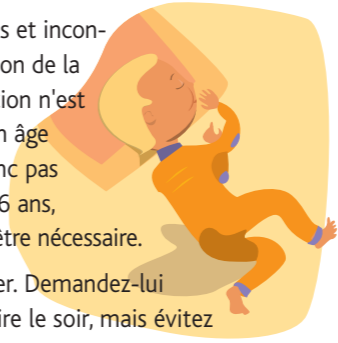
Il crie la nuit... faut-il le réveiller ?



Votre enfant peut avoir des terreurs nocturnes ou faire des cauchemars. Les terreurs surviennent en première partie de nuit et peuvent être impressionnantes : l'enfant hurle, transpire, a l'air terrorisé. Il n'est pas réveillé. Ne le réveillez pas, intervenez le moins possible. Si un cauchemar le réveille, c'est en seconde partie de nuit. Parfaitement conscient mais très apeuré, l'enfant est alors capable de raconter son cauchemar. Rassurez-le, restez auprès de lui tant qu'il n'a pas retrouvé son calme et laissez-le se rendormir seul. ★

Jusqu'à quel âge les pipis au lit sont-ils normaux ?

Les émissions d'urine involontaires et inconscientes dépendent de la maturation de la commande de la vessie. Cette fonction n'est pas immédiate et elle est acquise à un âge différent selon l'enfant. On ne parle donc pas d'énurésie avant l'âge de 5 ans. Si le problème persiste au-delà de 6 ans, une éducation spécifique faite sous le contrôle d'un médecin peut être nécessaire.



En principe, si votre enfant fait pipi la nuit, il ne faut pas le réveiller. Demandez-lui d'aller aux toilettes avant de se coucher, ne l'empêchez pas de boire le soir, mais évitez les excès de liquide après le dîner. Apprenez-lui dès l'âge de 5 ou 6 mois à dissocier comportement alimentaire et sommeil : pas de biberon d'eau, de lait, de soda... au lit. Régularisez ses heures de lever et de coucher et ne le privez pas de sommeil. ★



Comment savoir si son sommeil est de bonne qualité ?

Si votre enfant s'endort seul, avec des horaires de sommeil réguliers et adaptés à son âge, s'il se réveille de bonne humeur et prêt à attaquer une nouvelle journée, son sommeil a été de bonne qualité. ★

Comment concilier son sommeil avec les rythmes scolaires ?

En respectant ses besoins de sommeil. Assurez des horaires de coucher et surtout de lever réguliers. Ne le couchez pas trop tard, ne le réveillez pas au dernier moment, permettez-lui de prendre son petit déjeuner tranquillement. La sieste est pratiquement un besoin physiologique jusqu'à 4 ans. ★



L'alimentation

peut-elle influencer son sommeil ?

Parfois, des difficultés de sommeil peuvent être dues à une alimentation insuffisante ou mal équilibrée. À 6 mois, un nourrisson en bonne santé n'a pas besoin d'être nourri la nuit. Un biberon pris pour s'endormir ou proposé à chaque réveil nocturne va rendre l'enfant incapable de s'endormir sans. Il faut donc lui apprendre très tôt à dissocier comportement alimentaire et comportement de sommeil. ★



Quelle est sa durée idéale de sommeil ?



Les besoins de sommeil sont très variables d'un enfant à l'autre, avec des écarts importants (jusqu'à 3 heures) entre grands et petits dormeurs. La meilleure façon de savoir si votre enfant a suffisamment dormi est d'observer comment il se comporte dans la journée. Si, après une nuit que vous estimez trop courte ou après la suppression de la sieste, il reste calme, attentif, de bonne humeur entre 16 et 20 heures, c'est qu'il a sans doute assez dormi. En revanche, s'il est agité, irritable ou qu'il ne tolère pas la moindre frustration, c'est probablement qu'il manque de sommeil. ★



S'il ne s'endort pas, que faire ?

Il est bon d'instituer un rituel du coucher avec l'enfant, comme raconter une histoire ou parler, dire « bonne nuit, à demain matin », mais il faut éviter de rester dans sa chambre jusqu'à ce qu'il s'endorme. Si l'opposition est trop forte, repérez l'heure d'endormissement et faites, dans un premier temps, coïncider l'heure du coucher avec celle-ci. Les jours suivants, essayez de le coucher à une heure plus normale, plus compatible avec ses besoins de sommeil. ★

Le ronflement chronique est-il normal chez un enfant ?

Si votre enfant est enrhumé, il peut lui arriver de ronfler. Si vous remarquez qu'il ronfle toutes les nuits, parlez-en à votre médecin : votre enfant a peut-être de trop grosses amygdales et végétations – les tissus qui protègent des infections ORL – qui peuvent entraîner des difficultés pour respirer la nuit et même provoquer des micro-éveils et empêcher une bonne récupération. ★

