

## Référentiel “Sommeil partagé chez la femme allaitante”

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	23/01/2024	Création

**Indexation** : 2024\_REF\_SOMMEIL\_PARTAGE. Référentiel accessible sur [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr)

Seule la version informatique fait foi

Périodicité de révision : 5 ans

### Animation

- Mme Jessica COQUENAS, sage-femme, RPO

### Rédaction

- Dr Anne-Flore BRUNI- BIZET, pédiatre, Nîmes
- Mme Paméla DIDIER, psychologue, Montpellier
- Mme Emilie HERVE- ANDRE, sage-femme enseignante, Montpellier
- Mme Séverine LACROIX, sage-femme, CH Rodez
- Dr Evelyne MAZURIER, pédiatre, RPO
- Mme Fabienne SEIGNARD-GERDE, puéricultrice
- Dr Isabelle SOUKSI, pédiatre, RPO

**Validation** : Référentiel validé lors du conseil scientifique du RPO le 23/01/2024

<b>Objet</b>	Ce référentiel est un document d'aide et d'accompagnement des professionnels de santé dans le choix du sommeil partagé
<b>Domaine d'application</b>	Ce référentiel s'adresse aux professionnels de santé du territoire d'Occitanie. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
	1. Streicher M. Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. Archives de Pédiatrie 2004 ;11(6):739–72.

	<p>2. Riquet S, Roussel M, Vigie M, Zakarian C, Hassler P. Le sommeil partagé : parental proximal pour l'enfant dans ses 1 000 premiers jours. <i>Rech Soins Infirm.</i> 2021;145(2):79-90.</p> <p>3. Moon RY, Carlin RF, Hand I, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME and THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. <i>Pediatrics.</i> 1 juill 2022;150(1): e2022057991.</p> <p>4. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. <i>PLoS ONE.</i> 19 sept 2014;9(9): e107799.</p> <p>5. Pease A, Turner N, Ingram J, Fleming P, Patrick K, Williams T, et al. Changes in background characteristics and risk factors among SIDS infants in England: cohort comparisons from 1993 to 2020. <i>BMJ Open.</i> 13 oct 2023 ;13(10) : e076751.</p> <p>6. Haute Autorité de Santé [Internet]. [Cité 19 déc 2023]. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson. Disponible sur : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson</a></p> <p>7. <a href="http://www.ancremin.net/Facteurs_de_protection%2%A0recommandations_actualis%C3%A9es">http://www.ancremin.net/Facteurs_de_protection%2%A0recommandations_actualis%C3%A9es</a> [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <a href="http://www.ancremin.net/">http://www.ancremin.net/</a></p> <p>8. Zimmerman D, Bartick M, Feldman-Winter L, Ball HL, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #37: Physiological Infant Care-Managing Nighttime Breastfeeding in Young Infants. <i>Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.</i> Mars 2023 ;18(3) :159-68.</p> <p>9. Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? <i>Rev Médecine Périnatale.</i> Mars 2011 ;3(1):25-33.</p> <p>10. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, Blair PS. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. <i>J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.</i> août 2019;35(3):510-20.</p> <p>11. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, et al. Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. <i>Pediatrics.</i> Nov 2017 ;140(5):e20171324.</p> <p>12. Weiss S. Recommandations pour la pratique clinique : `` Interventions pendant la période périnatale ``. Chapitre 9 : Prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN).</p> <p>13. Branger B, Cebon M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. <i>Arch Pédiatrie.</i> 1 mai 1998;5(5):489-96.</p> <p>14. Ball HL, Howel D, Bryant A, Best E, Russell C, Ward-Platt M. Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the</p>
--	---

	<p>relationship with breastfeeding duration? Acta Paediatr Oslo nor 1992. juin 2016;105(6):628-34.</p> <p>15. Koksal I, Acikgoz A, Cakirli M. The Effect of a Father's Support on Breastfeeding: A Systematic Review. Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med. sept 2022;17(9):711-22.</p> <p>16. Lavollay B. Les Vrais besoins de votre bébé. Groupe Margot; 2018. 214 p.</p> <p>17. Brand S, Furlano R, Sidler M, Schulz J, Holsboer-Trachsler E. Associations between infants' crying, sleep and cortisol secretion and mother's sleep and well-being. Neuropsychobiology. 2014;69(1):39-51.</p> <p>18. Feldman R, Gordon I, Schneiderman I, Weisman O, Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. Psychoneuroendocrinology. sept 2010;35(8):1133-41.</p> <p>19. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. BMJ Open. 28 mai 2013 ;3(5) : e002299.</p> <p>20. Vinay A, Jayle S. Faire fratrie : réflexions autour du lien fraternel. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. oct 2011;59(6):342-7.</p> <p>21. Kozłowska K, Hanney L. The network perspective: an integration of attachment and family systems theories. Fam Process. 2002 ;41(3) :285-312.</p>
<p><b>Abréviations</b></p>	<p>MIN : mort inattendue du nourrisson                  MSN : mort subite du nourrisson</p>

# Référentiel

## Sommaire référentiel

I.	Introduction.....	4
II.	PARTIE 1 : le dialogue patient-professionnel .....	5
III.	PARTIE 2 : rappel des recommandations de couchage.....	5
IV.	Vignettes cliniques, questions fréquentes .....	7

## I. Introduction

En tant que professionnel de santé, nous avons constaté une pratique fréquente et parfois non assumée du sommeil partagé, sous différentes formes (dans le même lit, canapé, fauteuil, ...). Cette pratique est souvent cachée car elle va à l'encontre des recommandations en vigueur sur les conseils de couchage (1). De plus, certains parents peuvent être amenés à pratiquer ponctuellement accidentellement le sommeil partagé lorsqu'ils se sentent épuisés (ce constat vaut aussi pour les enfants non allaités).

Ces deux situations nécessitent une information auprès des parents et professionnels pour assurer la sécurité du nouveau-né car le risque d'accident est augmenté.

En 2005, Streicher et al. (1) constatent en effet que 32 % des nourrissons de moins de six mois en France se retrouvent ponctuellement dans le lit parental.

Nous nous posons la question en tant que professionnels de santé, des conditions de sécurité d'un tel couchage partagé.

Notre document suit l'approche de diminution des risques et non pas l'approche d'élimination des risques qui dans sa réalisation pratique n'a pas montré l'efficacité attendue (2).

Dans les messages d'élimination du risque il n'est pas pris en compte que les parents qui partagent une surface de sommeil n'ont pas initialement l'intention de la faire et le font dans des conditions de stress car ils n'arrivent pas à apaiser leur enfant. Par ailleurs cette approche ne tient pas compte de la culture et des croyances des populations ciblées.

Les approches de minimisation des risques se sont montrées plus efficaces pour réduire les décès infantiles évitables<sup>3</sup>. Cette approche n'empêche pas d'informer clairement factuellement les parents, de leur fournir des informations sur les circonstances de partage de surface de sommeil recommandées et celles qui sont à éviter.

Nous n'utiliserons pas le terme de "cododo" qui prête à confusion. Et qui dérive d'une traduction du terme anglais "Co sleeping" (sommeil avec, sommeil partagé). Le terme anglais de sommeil partagé englobe 3 situations selon les surfaces où dorment parents et enfant :

- Partage de la chambre ou room sharing
- Partage du lit parental ou bed sharing (dans bed sharing les Américains incluent aussi partage du canapé, fauteuil, du sofa)
- Lit de l'enfant à côté du lit parental en « side-car »

Lorsque qu'on se limite au terme lit, on méconnaît le risque de s'endormir dans un fauteuil, sofa, canapé qui sont des situations encore plus à risque que le partage du lit pendant le sommeil (de 22 à 67 fois)(3,4).

Notre propos concerne le couchage partagé **sur la même surface de sommeil chez la mère allaitante**.

Nous aborderons dans un premier temps le dialogue entre les parents et le professionnel vis-à-vis du sommeil partagé sur la même surface de sommeil.

Secondairement, nous rappellerons les recommandations de couchage en proposant des conseils en cas d'allaitement maternel exclusif.

Enfin, sur la base de questions de parents, nous proposerons des pistes de réponse pour les professionnels.

## II. PARTIE 1 : le dialogue patient-professionnel

Les études actuelles (2) insistent sur le fait qu'engager les professionnels dans des conversations réfléchies et respectueuses avec les familles sur le sommeil sûr est important pour améliorer la compréhension des stratégies les plus efficaces et promouvoir l'adoption de pratiques de sommeil sûres pour les diverses populations.

Ceux-ci sont encouragés à avoir des conversations ouvertes, avec des règles de sécurité prouvées scientifiquement, et sans jugement avec les familles et les autres personnes qui s'occupent des nourrissons. Les conditions médicales individuelles peuvent justifier qu'un clinicien, **après avoir exposé et discuté avec les parents** des risques et des avantages, **en arrive avec eux à la solution la plus sûre pour eux dans leur situation** (5).

Nous devons, en tant que professionnels, accompagner la décision des parents sans chercher à convaincre mais en abordant avec eux les recommandations professionnelles.

« La question que vous vous posez est importante et témoigne de votre préoccupation de la sécurité de votre enfant. Et vous-même, qu'en pensez-vous ? »

Mère : « je crois qu'il n'y a pas de risque mais je n'en suis pas très sûre »

Professionnel : « effectivement votre doute est justifié. Si vous le voulez bien je vais vous détailler ce que l'on connaît sur la question, vous pourrez ainsi vous faire un avis plus clair. Et si vous le souhaitez nous pourrions voir ensemble comment dans votre situation sont possibles des aménagements pour réduire ce risque. »

« Voulez-vous que l'on discute des possibilités d'aménagement dans votre situation ? »

## III. PARTIE 2 : rappel des recommandations de couchage

Les recommandations internationales de la prévention de la MIN sont les suivantes :(1,6,7)

« Pour dormir en toute sécurité, bébé dort dès sa naissance :

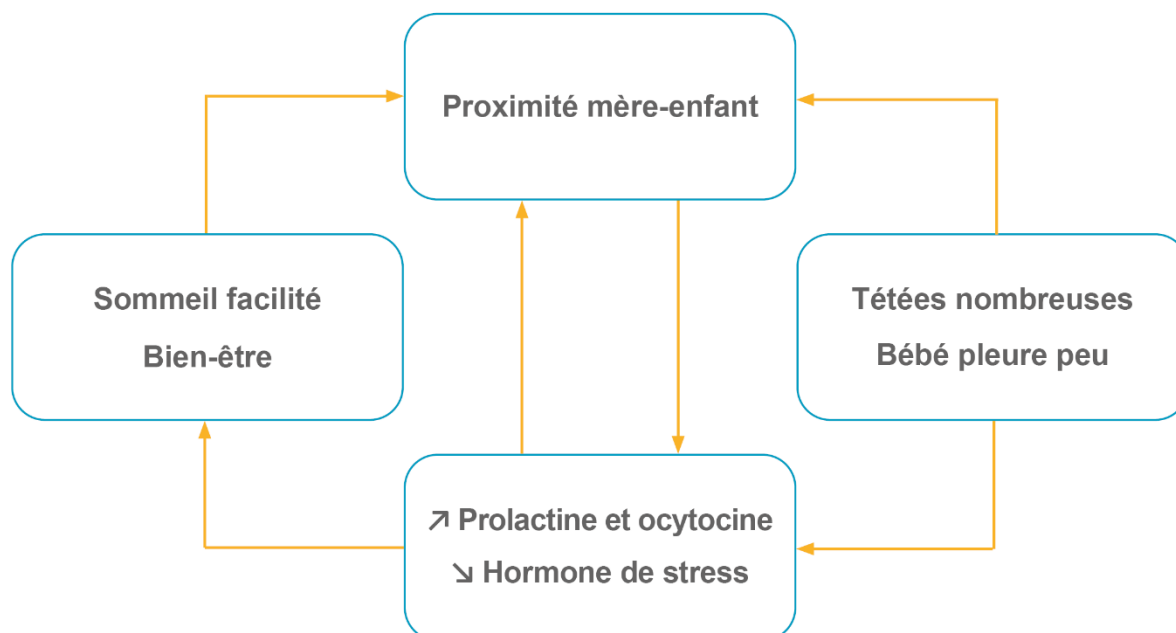
- Sur le dos à plat
- Dans une turbulette adaptée à sa taille, sans bonnet (sauf cas particuliers)
- Dans son propre lit
- Dans la chambre des parents la première année
- Dans une pièce entre 18 et 20°
- Sans exposition au tabac
- Utiliser un lit à barreau avec un matelas ferme
- Ne pas utiliser de tour de lit, oreiller, couverture, couette
- Veiller à ce que le lit soit vide et aéré »

Nous proposons d'ajuster ces recommandations chez la femme allaitante, lorsque la question d'un couchage partagé se pose par choix de la mère et/ou du couple, en étant le plus sécuritaire possible et en réduisant les risques au maximum.

Dans un rythme alimentaire physiologique, un nouveau-né tète le sein au minimum entre 8 à 12 fois / 24h, à intervalles irréguliers. Ainsi la grande majorité des nouveau-nés vont téter la nuit

Le contact corporel entre la mère et le nourrisson lors de l'allaitement lors d'un partage du lit en sécurité, ou d'un portage du bébé en sécurité permet une plus grande réactivité aux signaux du nourrisson, alors que la proximité sans contact ne le fait pas. (8)

De plus, dans le cadre d'un allaitement maternel, le sommeil de la femme est « modifié » avec un réveil instantané et une capacité à s'endormir directement en sommeil profond ce qui lui donne une plus grande capacité de récupération (9).



Ce sont ces modifications de comportement dans ce cadre-là qui nous permettent d'ajuster certaines recommandations de couchage pour prévenir la MIN **chez la femme allaitante.**

**Règles de sécurité concernant le couchage partagé du nouveau-né allaité (en plus des recommandations internationales citées plus haut) :**

Concernant le bébé :

- Nourrisson du côté de la mère allaitante, et non entre les parents.
- Si le bébé est né prématurément, ou avec un petit poids de naissance par rapport à l'âge gestationnel, avant l'âge de 2 ou 3 mois (selon son état général), opter pour un lit séparé ou un lit en side-car.
- S'il est fébrile, opter pour un lit séparé ou un lit en side-car pour ne pas majorer la fièvre.

Concernant le(s) parent(s) :

- Le coparent est prévenu que l'enfant dort dans le lit parental.
- Parents non-fumeurs (tabac, cannabis, CBD, vapoteuse).
- Bonne vigilance des parents (pas d'alcool, de somnifères et de médicaments qui altèrent la vigilance).

Concernant la sécurisation de l'environnement :

- Parents installés avec l'enfant dans un lit avec un matelas ferme dédié au sommeil.
- Matelas ferme collé au bord du lit ou matelas à même le sol.
- Lit parental sans animaux ou autres enfants.
- Enfant dans sa propre gigoteuse et pas dans la couette, couverture, draps des parents.
- Enfant toujours accompagné dans un grand lit.

Pour rappel, le sommeil partagé de l'enfant et son parent dans un canapé, un sofa, un fauteuil sont à éviter à tout prix car ce n'est absolument pas sécuritaire, risques sont surmultipliés par plus de 10. (3,4).

Au-delà du respect de toutes ces conditions de sécurité, c'est la régularité de la pratique du sommeil partagé dans les règles de sécurités énoncées ci-dessus qui est un facteur de protection contre les risques accidentels liés à cette pratique. **Réaliser un couchage partagé de manière accidentelle, ponctuelle même en allaitant et sans fumer reste un risque aggravant (4). Dans ce cas il est primordial d'éviter de le faire.**

## IV. Vignettes cliniques, questions fréquentes

### 1. J'allaite, on m'a dit qu'il ne fallait pas dormir avec mon bébé dans le même lit parce que ça augmentait le risque de mort subite du nourrisson, c'est vrai ? Qu'en pensez-vous ?

Allaiter son enfant dans la chambre des parents au moins les 6 premiers mois est un facteur de prévention de la MIN. « Il est recommandé que les nourrissons dorment dans la chambre des parents, près du lit des parents, sur une surface séparée conçue pour les nourrissons, idéalement au moins pendant les 6 premiers mois ». (6,10)  
Des règles de sécurité s'imposent si vous souhaitez dormir sur une surface de sommeil partagée : (cf *paragraphe III : rappel des recommandations de couchage page 6*)

### 2. Pour éviter de m'endormir dans le lit, je me lève la nuit pour le faire téter au sein sur le canapé, et il m'arrive parfois de m'endormir avec. Est-ce que je fais bien ?

Les données actuelles épidémiologiques sont très claires : l'allaitement maternel protège contre la MIN. L'allaitement maternel d'au moins deux mois exclusif ou non est associé à un risque réduit de moitié de mort inattendue. (11)

Les données montrent également qu'il est beaucoup plus dangereux de s'endormir avec son enfant dans un sofa, un canapé, un fauteuil ou tout autre surface molle que dans le lit parental ferme. Les risques sont multipliés de plus de 10 fois voire de 22 à 67 fois selon les études (3,10–12).

En résumé selon les auteurs des recommandations américaines, le risque de MIN est augmenté de plus de 10 fois, lorsque :

- Le partage de la même surface de couchage et sommeil a lieu avec une personne dont la vigilance ou la capacité à se réveiller en raison de l'utilisation de médicaments sédatifs, d'alcool, drogues, ou de fatigue excessive.
- Le partage de la surface de couchage et de sommeil a lieu sur une surface molle comme un fauteuil, un canapé, un sofa, un vieux matelas.
- Le partage du lit a lieu avec une personne qui fume ou une femme ayant fumé pendant la grossesse (tabagisme passif ou actif)

### 3. J'allaite, mon bébé fait du bruit la nuit, donc je l'ai mis dans sa chambre, qu'en pensez-vous ?

Il est vrai que les bébés peuvent faire de nombreux petits bruits durant leur sommeil. Certains parents peuvent être dérangés par ces bruits et préférer mettre le bébé dans une chambre séparée. Pour autant, sachez que le partage de la chambre parentale réduit le taux de MIN. La surveillance du nourrisson, son réconfort mais également son alimentation sont facilités lorsque le nouveau-né est à proximité immédiate dans la chambre parentale.

Au-delà de la diminution du taux de MIN, il est démontré que garder votre enfant près de vous dans votre chambre (13,9,14,15,8) :

- Augmente la durée d'un allaitement exclusif.
- Augmente la durée totale de l'allaitement (exclusif et partiel).
- Favorise l'attachement mère enfant : la relation s'établit plus facilement, la réponse à ses besoins physiologiques est plus adaptée.
- Renforce l'attachement co-parent à son enfant et à sa compagne.

### 4. J'allaite mon bébé, je suis épuisée, la nuit dès que je le pose dans le berceau, il se met à pleurer, même dans son lit à côté, qu'est-ce que je peux faire ? Si je le prends avec moi dans le lit, est-ce que mon bébé va s'habituer ? Vais-je le rendre capricieux ?

Prendre un bébé dans ses bras à chaque fois qu'il en a besoin ne va pas le rendre capricieux, il ne va pas « s'habituer », il va juste découvrir et apprendre qu'il peut être apaisé car il y a toujours quelqu'un pour l'aider et le consoler en cas de nécessité. **Tout nourrisson est vulnérable et dépend pour sa survie d'adultes qui s'occupent de lui, en général ses parents. Les anglo-saxons désignent cela par le « care », cette manière de prendre soin de manière ajustée aux besoins physiologiques de l'enfant est une base du processus du processus d'attachement** (16).

De façon générale, on peut également rappeler que la détresse, peur, ressenties par l'enfant lors de la séparation du coucher, va entraîner un fort taux de cortisol néfaste au développement cortical de l'enfant. Plus un enfant est laissé seul face à son stress, plus il pleure et plus ce taux de cortisol va augmenter, alors que les câlins, l'accompagnement au sommeil, le peau à peau etc. vont au contraire libérer de l'ocytocine et des opioïdes dans son cerveau qui vont aider au bien-être, à l'apaisement et l'endormissement (17,18).

Les tétées nocturnes répondent aux besoins nutritionnels et affectifs du bébé qui peut s'endormir très rapidement en tétant. Plus le bébé est près de vous, moins vous serez fatiguée, car le fait de se lever diminue la qualité de sommeil. Il est possible d'allaiter dans un demi-sommeil et les bébés tètent sans se réveiller (9). Dans un rythme alimentaire physiologique, un nouveau-né tète le sein au minimum 8 à 12 fois / 24h, à intervalles irréguliers. On comprend donc que la grande majorité des nouveau-nés vont téter la nuit. (8)

### 5. J'allaite, je suis épuisée, le coparent prend le bébé à côté de lui pour que je puisse me reposer entre deux tétées

Le risque d'accident est moins élevé si la mère allaitante s'endort auprès de son bébé plutôt que le coparent. En effet la mère allaitante adopte une position de sommeil adaptée si elle est allongée sur un lit, face à son bébé, l'empêchant de basculer à plat ventre et elle peut se réveiller à tout moment si besoin. Le sommeil de la mère est modifié pendant l'allaitement, avec une vigilance accrue aux signaux de son bébé (9).

Si vous êtes à ce point fatiguée, il est préférable que votre nouveau-né soit replacé dans son berceau ou dans son propre lit placé en side-car après la tétée pour que vous puissiez récupérer.

### 6. Est-ce que je peux fabriquer un lit "co-dodo" car je n'ai pas les moyens d'en acheter un, même d'occasion ?

C'est important que vous vous posiez cette question. Il est vrai que les berceaux de "co-dodo" peuvent être assez chers, on peut en trouver d'occasion, mais si cela reste difficile pour vous, je vous propose quelques alternatives.

Quelle que soit la méthode choisie, le matelas des parents et celui du bébé doivent être à la même hauteur, et fixés.

Il est conseillé qu'il n'y ait pas d'espace entre les deux matelas (pour que le bébé ne se retrouve pas coincé), les matelas doivent être fermes (6).

Une solution peut être de poser un ou deux matelas au sol, loin des murs.



Si d'autres enfants dorment avec vous, il est recommandé qu'ils dorment de l'autre côté du lit, à l'opposé du bébé.

**7. Dans mon pays, on a l'habitude de dormir avec les bébés, est-ce que je dois changer cette habitude ?**

Dormir avec son bébé ou son enfant est une pratique fréquente dans de nombreux pays du monde, pour des raisons culturelles mais aussi du fait des conditions de vie et d'hébergement (habitat de petite superficie, cohabitation de plusieurs générations, hébergements précaires par exemple).

Pouvoir maintenir vos habitudes et traditions culturelles loin de votre pays est sans doute important pour vous, et je vous encouragerai surtout à respecter les conditions de sécurité suivantes si vous souhaitez dormir sur une surface de sommeil partagée (cf. paragraphe 3) (6).

**8. Je suis très angoissée, je crains de l'écraser, j'ai peur de l'étouffer...**

J'entends votre angoisse et je la comprends. Vous savez, vous pouvez très bien mettre le lit de votre enfant dans votre chambre. C'est ce qu'on appelle le partage de chambre. Dès la naissance, vous pouvez installer votre bébé dans son propre lit à barreau à côté de votre lit en respectant les recommandations de couchage usuelles pour tous les enfants allaités ou non (2,6).

Vous aurez les mêmes bénéfices lors du partage de la chambre parentale sur le taux de MIN qu'avec un lit en side-car(8). La surveillance du nourrisson, son réconfort mais également son alimentation sont facilités lorsque le nouveau-né est à proximité immédiate dans la chambre parentale.

Si d'autres enfants dorment avec vous, il est recommandé qu'ils dorment de l'autre côté du lit, à l'opposé du bébé (8,9,19).

**9. Si je dors avec mon bébé dans la même chambre, mon/ma plus grande va se sentir délaissée car il ou elle n'a pas le droit de dormir avec nous.**

Avec l'arrivée d'un bébé, les autres enfants du foyer recherchent l'attention ou l'intérêt des parents. C'est assez classique et votre enfant va peut-être jaloux que le bébé dorme dans votre chambre. Vous pouvez lui expliquer que lui aussi a dormi avec vous lorsqu'il était bébé. Il est vrai qu'un bébé demande beaucoup d'attention mais il ne faut pas non plus oublier de construire une relation particulière avec chacun des enfants. Vous pouvez faire une liste de choses que seul l'ainé peut faire et valoriser ainsi la place de chacun dans la fratrie et/ou proposer une activité qui sera faite uniquement avec l'ainé (20,21).

## V. ANNEXE DEFINITIONS

**MIN : Mort inattendue du nourrisson** La mort inattendue d'un nourrisson est définie par le décès d'un nourrisson, jusque-là considéré comme bien portant, alors que rien dans son histoire ne permettait de l'anticiper. Le décès survient le plus souvent durant le sommeil. C'est la première circonstance de décès des nourrissons avant l'âge d'un an.

La mort inattendue d'un nourrisson est définie par le décès d'un nourrisson, jusque-là considéré comme bien portant, alors que rien dans son histoire ne permettait de l'anticiper. Le décès survient le plus souvent durant le sommeil. C'est la première circonstance de décès des nourrissons avant l'âge d'un an.

« Décès survenant brutalement chez un nourrisson de moins de deux ans, alors que rien dans ses antécédents connus ne pouvait le laisser prévoir » <https://www.omin.fr/> Le décès survient le plus souvent durant le sommeil. C'est la première circonstance de décès des nourrissons avant l'âge d'un an. Cette définition est un terme générique qui englobe les décès inexplicables et les décès expliqués. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson>

Dernière consultation le 8 janvier 2024

**Mort subite du nourrisson MSN ou encore MSIN Mort subite inexpliquée du nourrisson** « Tout décès soudain d'un enfant de moins d'un an, inattendu par son histoire et non expliqué malgré les examens réalisés après la mort » Cette appellation n'est utilisée qu'après une enquête fouillée et approfondie avec l'accord des parents : examens biologiques complets (prise de sang, recueil d'urines, de liquide céphalo rachidien..., radiographies, IRM corps entier et ou autopsie ainsi qu'un entretien parental de l'environnement de l'enfant. <https://www.omin.fr/>

En anglais, l'équivalent de MIN est « SUDI : sudden unexpected infant death ». L'équivalent de mort subite ou mort subite inexpliquée du nourrisson est « SIDS : sudden infant death syndrom » (réf AAP 2022)