

Pratiques de sommeil et mort subite du nourrisson : tour d'horizon

Pourquoi les bébés ne devraient jamais dormir seuls

D'après : Why babies should never sleep alone : a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. JJ McKenna, T McDale. Paediatr Resp Rev 2005 ; 6 : 134-52.

Les recommandations actuelles faites aux parents sont de ne jamais prendre leur enfant dans leur lit, et de toujours le mettre dans un berceau pour dormir, le co-sommeil étant accusé d'être à l'origine d'un certain nombre de cas de mort subite du nourrisson (MSN). Les auteurs passent en revue les divers aspects de cette question, afin d'en évaluer la validité.

Le co-sommeil mère-enfant représente un mode de sommeil biologiquement parfaitement adapté pour les humains, et aussi ancien que l'humanité, en lien avec l'allaitement. C'est d'ailleurs pour cette raison que, avec l'augmentation de la prévalence de l'allaitement, on a constaté dans les pays occidentaux une augmentation de la prévalence du co-sommeil. Les mères qui gardent leur bébé auprès d'elles et qui l'allaitent la nuit constatent que leur bébé dort mieux, qu'elles-mêmes dorment mieux, et que leur sécrétion lactée est plus abondante. Les études polysomnographiques ont permis de constater que, même dans les stades les plus profonds du sommeil, les mères qui dormaient près de leur bébé se réveillaient plus souvent que les mères dont le bébé dormait seul, et que les périodes d'éveil de la mère et du bébé étaient hautement synchronisées. Il semble que la mère qui dort près de son bébé est plus sensible à son état, et peut détecter plus rapidement un problème chez lui. Trois grandes études épidémiologiques ont montré que lorsque la personne prenant soin de l'enfant (habituellement la mère) dormait dans la même pièce (mais pas dans le même lit) que l'enfant, le risque de MSN était 50% plus bas. Cet impact du co-sommeil n'est pas constaté lorsque le bébé dort avec un autre membre de la fratrie. Il semble que cet impact protecteur soit lié à l'investissement de l'adulte auprès de l'enfant avec qui il dort.

La plupart des enfants qui décèdent de MSN dans les pays occidentaux dormaient seuls. De plus, la majorité des décès inexplicables ou des décès par suffocation qui surviennent chez des bébés dormant dans le lit d'un adulte surviennent dans des familles où existent d'autres facteurs de risque : pauvreté, tabagisme, non-allaitement, environnement dangereux (oreillers, matelas mou...), alcool ou drogue, sommeil du bébé près d'autres enfants ou près d'un adulte peu investi dans les soins à l'enfant. Il est important d'être conscient du fait que le co-sommeil recouvre de nombreuses pratiques, et des conditions de sécurité très variables. Or, dans notre contexte culturel, selon lequel le bébé est censé dormir seul très rapidement, les parents ne reçoivent guère les informations nécessaires pour dormir avec leur bébé dans de bonnes conditions de sécurité. Et tout décès d'un enfant dormant dans un lit d'adulte sera attribué au co-sommeil, alors que le berceau ne sera guère mis en cause pour tous les décès de bébés qui y surviennent.

Les premières études sur le sommeil ont été effectuées sur des bébés nourris au biberon, et leurs caractéristiques de sommeil sont devenues le standard de sommeil pour tous les nourrissons. Aucune comparaison n'a été effectuée ni avec les grands primates non humains, ni avec les pratiques de sommeil dans les cultures traditionnelles. Les recommandations actuelles sur le sommeil des enfants sont en fait le reflet de nos convictions culturelles occidentales actuelles sur les conditions dans lesquelles les bébés doivent dormir pour ne pas interférer avec l'intimité et le sommeil des parents, et pour devenir « indépendants ». De ce point de vue, le « bon » bébé est celui qui dort seul toute la nuit. Les pratiques d'alimentation en vigueur depuis les années 1950 (bébés le plus souvent nourris au biberon à heures fixes) ont renforcé la conviction qu'entre les repas l'enfant devait dormir seul dans son berceau. Il n'est pas venu à l'esprit des chercheurs de cette époque que ces pratiques d'alimentation et de sommeil n'étaient pas forcément celles prévues par la physiologie humaine.

La mère est l'environnement normal du petit humain. Si les études sur le sommeil avaient pris pour base les constatations anthropologiques, et non des pré-requis culturels, les chercheurs auraient étudié non pas la dangerosité du co-sommeil, mais au contraire l'éventuel danger lié au sommeil solitaire du bébé. Le petit humain est le plus immature de tous les primates à sa naissance, et celui qui sera le plus longtemps dépendant de sa mère pour la satisfaction de ses besoins. La composition du lait humain, riche en lactose, pauvre en protéines et en graisses, implique que le petit est censé être nourri très souvent. Y compris la nuit. Dans ce contexte, le fait que la mère dorme auprès de son bébé est biologiquement nécessaire. On a constaté que le fait que l'enfant dorme sur le ventre augmentait le risque de MSN. Or, de nombreuses études ont constaté que, spontanément, la plupart des bébés allaités dorment sur le dos près de leur mère. Dans cette position, l'enfant dort moins profondément, se réveille plus souvent, a davantage d'interactions avec sa mère, et peut accéder plus facilement au sein. Il peut contrôler plus facilement son environnement immédiat.

Si les pratiques de co-sommeil varient considérablement d'une culture à l'autre, ce n'est pas le cas de leur impact physiologique et psychologique. Par exemple, la température d'un bébé qui dort près de sa mère est légèrement plus élevée que celle d'un bébé qui dort seul. Les études sur les petits des mammifères (bébé humain compris) montrent qu'ils semblent programmés pour échanger des signaux sensoriels avec leur mère, avec une meilleure régulation du rythme cardiaque et respiratoire, et une moindre fréquence des cris. Et si les experts affirment que le fait de dormir seul permet à l'enfant de devenir rapidement « indépendant », des études montrent que c'est au

contraire la pratique du co-sommeil qui favorise l'indépendance de l'enfant. Les méthodes pour entraîner un bébé à dormir seul toute la nuit ont essentiellement pour objectif l'indépendance des parents, non celle de l'enfant, que l'on conditionne à s'endormir en se passant du contact avec ses parents. Aucune étude n'a jamais recherché quelles conséquences ce type « d'indépendance » chez un bébé de 6 mois avait chez l'enfant 14 ans plus tard.

Le guide sur le sommeil de l'American Academy of Pediatrics dit qu'on ne devrait jamais laisser le bébé s'endormir au sein, alors que, depuis la nuit des temps, c'est de cette façon que les bébés s'endorment. Une étude sur le sommeil effectuée aux USA en 2000 a constaté que 62% des adultes disaient avoir des problèmes de sommeil, et que 60% des jeunes de moins de 18 ans se disaient fatigués. Dans la mesure où la majorité des personnes interrogées avaient très probablement été conditionnées à dormir seules lorsqu'elles étaient bébés, le moins qu'on puisse dire est que la pratique du sommeil solitaire n'a pas donné les résultats escomptés sur le plan de la qualité du sommeil. Nos convictions irréalistes sur ce que doit être le sommeil des bébés et des jeunes enfants sont probablement la cause principale des troubles de sommeil rapportés par de nombreux parents dans les cultures occidentales. Bien souvent, ces troubles du sommeil seront grandement améliorés ou disparaîtront si les parents décident de prendre leur enfant près d'eux. Le Dr Ferber a affirmé que le fait, pour un enfant, de dormir dans le lit de ses parents allait générer chez lui de la confusion et de l'angoisse. Or, il semble que ce soit le fait de dormir seul qui génère ce type de sentiments. Un certain nombre d'études ont constaté que les enfants qui n'avaient jamais dormi dans le lit de leurs parents étaient plus difficiles à contrôler, moins heureux, moins indépendants, plus craintifs, qu'ils appréciaient moins la vie et les contacts avec d'autres personnes (Crawford ; Forbes ; Lewis ; Mosenkis).

Le fait que l'enfant dorme près de sa mère constitue la pratique la plus recommandable (voire même une pratique obligatoire lorsque l'enfant est allaité) pour le sommeil des enfants. Le co-sommeil couvre de nombreuses pratiques. Il n'y a aucune raison d'affirmer que le bébé doit absolument dormir dans le lit parental, comme il n'y a aucune raison d'affirmer qu'il ne doit absolument pas y dormir. Toutefois, le sommeil de l'enfant dans la chambre parentale peut et DOIT être recommandé. Le bébé peut parfaitement dormir près de sa mère, mais sur une surface différente. Et il doit dormir près d'une personne adulte (généralement la mère) motivée pour s'occuper de l'enfant. Une étude effectuée sur les pratiques en vigueur dans 186 cultures a constaté des pratiques très différentes. L'enfant peut dormir tout contre le corps de sa mère, ou sur une surface différente près de la surface de sommeil de sa mère, dans un berceau ou un hamac placé contre le lit maternel. Toutefois, le sommeil contre le corps de la mère sur la même surface est la pratique la plus souvent rencontrée, et elle est probablement la meilleure option lorsque la mère allaite.

Lorsqu'on parle de co-sommeil, il faut donc prendre en compte avec précision les conditions de sommeil de l'enfant : la surface de sommeil, la présence de couvertures et d'oreillers, les vêtements portés par l'enfant, les autres personnes présentes près de l'enfant... De ce point de vue, le co-sommeil pourra avoir des conséquences très différentes suivant que le bébé vit dans une famille défavorisée, dort dans le lit parental dans de mauvaises conditions de sécurité car les parents n'ont pas les moyens d'avoir un berceau, que l'enfant est nourri au lait industriel, ou suivant que le bébé vit dans une famille où le co-sommeil est un choix des parents, qui souhaitent que leur bébé

bénéficie de tous leurs soins, et soit allaité la nuit à la demande. En Alaska (USA), une étude a constaté que 45% des familles

Pratiques de sommeil pendant les 10 premières années

A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. OG Jenni et al. Pediatrics 2005 ; 115(1) : 233-40.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution et l'impact à long terme des pratiques et des problèmes de sommeil chez des enfants suisses. Entre 1974 et 2001, 493 enfants ont été suivis. Les parents ont répondu à un questionnaire sur le sommeil de leur enfant quand il était âgé de 1, 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois, puis tous les ans jusqu'à 10 ans.

Moins de 10% des enfants dormaient près de leur parent pendant leur première année. Le sommeil partagé augmentait par la suite, pour atteindre un pic vers 4 ans, âge auquel 38% des enfants passaient au moins 1 nuit par semaine avec leurs parents. 44% des enfants de 2 à 7 ans passaient au moins une nuit par semaine dans le lit de leurs parents. La fréquence des réveils nocturnes augmentait elle aussi à partir de 6 mois, pour atteindre un maximum vers 4 ans, plus de la moitié des enfants se réveillant la nuit au moins une fois par semaine, 22% des enfants se réveillant toutes les nuits à 3 ans. Moins de 10% des enfants présentaient des problèmes d'endormissement. Le sommeil du bébé dans le lit parental et la fréquence des réveils nocturnes n'étaient pas corrélés au sommeil dans le lit parental ou à la fréquence des réveils nocturnes plus tard dans l'enfance, mais les bambins qui dormaient régulièrement dans le lit de leurs parents et se réveillaient la nuit avaient tendance à le faire pendant toute leur enfance. En revanche, les difficultés d'endormissement étaient rares à tous les âges.

Les auteurs concluent que le sommeil de l'enfant dans le lit parental et les réveils nocturnes sont des pratiques courantes chez les jeunes enfants. Le développement de l'enfant qui lui permet progressivement d'être capable de supporter les séparations, ses capacités cognitives croissantes qui lui permettent de surmonter sa peur, l'amélioration de ses capacités locomotrices, pourraient être des facteurs importants dans l'évolution des pratiques de sommeil des jeunes enfants.

pratiquent le sommeil partagé, et tous les décès rapportés chez des bébés dormant dans le lit parental étaient survenus dans un contexte de toxicomanie ; dans cette même étude, 2 bébés sont décédés de MSN alors qu'ils étaient couchés sur le dos dans leur berceau. Dans 2 études anglaises, les enfants décédés de MSN avaient plus souvent des parents fumeurs, alcooliques ou toxicomanes, les enfants étaient plus souvent prématurés ou hypotrophiques à la naissance, avaient été plus souvent malades, et avaient eu une moins bonne croissance avant leur décès. Il semble donc évident que ce type de facteurs doit être pris en compte quand on parle de décès chez les enfants dormant dans le lit parental.

L'allaitement est une composante importante du co-sommeil. Les études sur le sujet ont montré que les mères allaitantes étaient beaucoup plus nombreuses à prendre leur bébé dans leur lit, et les caractéristiques de sommeil sont différentes chez les mères qui allaitent et celles qui n'allaitent pas. Les bébés des mères qui allaitent se réveillaient plus souvent pour téter lors-

qu'ils étaient près de leur mère (environ toutes les 90 mn, soit la durée d'un cycle de sommeil) que lorsqu'ils dormaient dans une pièce séparée (ils se réveillaient 2 fois moins souvent). La plupart des mères allaitantes plaçaient spontanément leur bébé sur le dos près d'elles, probablement parce que cette position était plus pratique pour les tétées nocturnes. Les mères et leurs bébés restaient l'essentiel de la nuit face à face, passaient beaucoup moins de temps en sommeil profond et davantage de temps en sommeil léger, et il existait de nombreuses interactions (en particulier, la mère surveillait régulièrement son bébé). On a également observé des différences dans les rythmes respiratoire et cardiaque des bébés suivant qu'ils dormaient seuls ou dans le lit de leur mère.

Dans l'ensemble, ce n'est pas le co-sommeil en soi qui présente un risque pour le bébé, mais le co-sommeil dans des circonstances particulières. Rien ne permet de penser que le sommeil de l'enfant dans un lit parental dont le matelas est ferme, et où l'environnement est conçu pour que le bébé ne puisse pas s'étouffer dans une couverture ou un oreiller, présente un danger pour l'enfant si les parents ne fument pas, et n'ont pas consommé d'alcool, de sédatifs ou de drogues. Ce n'est donc pas contre le co-sommeil qu'on devrait émettre des recommandations, mais bien sur les moyens de rendre le co-sommeil plus sûr. Il est intéressant de constater que, chez les personnes originaires d'Asie vivant aux USA, la prévalence de la MSN augmente au fur et à mesure qu'elles adoptent le mode de vie américain (y compris le fait de mettre à dormir les bébés dans un berceau). Il est également intéressant de constater que les études sur lesquelles sont fondées les recommandations contre le co-sommeil comportent une proportion anormalement importante de bébés nés dans des familles afro-américaines de bas niveau socio-économique et vivant en région urbaine, et probablement non allaités dans la mesure où la prévalence de l'allaitement est basse dans cette population, bref une population cumulant les facteurs de risque. Les données sur le décès des enfants sont souvent incomplètes sur le plan de l'environnement dans lequel l'enfant dormait, s'il était allaité ou non, s'il dormait seul sur un lit d'adulte, ou avec d'autres personnes (et lesquelles), si les parents fumaient, consommaient de l'alcool ou des drogues, etc.

En comparaison, la baisse de la prévalence de la MSN a été la plus importante dans les populations d'origine européenne, de bon statut socio-économique, où la prévalence de l'allaitement est la plus élevée, et où le co-sommeil est un choix de parentage. Un taux élevé de co-sommeil et d'allaitement, allié à un taux bas de MSN, a également été constaté au Japon, en Grande Bretagne, en Australie et en Nouvelle Zélande. A Hong Kong, où le sommeil partagé est la norme, le taux de MSN est l'un des plus bas du monde. Dans la plupart des pays asiatiques (Chine, Vietnam, Cambodge, Thaïlande) où le co-sommeil est également la norme, la MSN est virtuellement inconnue. Des disparités aussi importantes suggèrent 3 faits : il est indispensable de prendre en compte tous les facteurs ayant entouré le décès de l'enfant, il est nécessaire de savoir exactement comment est défini le co-sommeil, sur quels critères on décide que le décès de l'enfant est dû à son sommeil dans le lit parental, et enfin que toute recommandation sur le sujet qui ne tient pas compte du contexte est inadéquate.

L'allaitement et le co-sommeil sont des pratiques qui se renforcent mutuellement et constituent un mode de parentage. Le co-sommeil facilite l'allaitement, augmente la fréquence des tétées nocturnes et la durée de l'allaitement, et les mères qui allaitent sont beaucoup plus enclines à pratiquer le co-sommeil. Il est donc particulièrement important de reconnaître le droit des parents à le pratiquer, d'autant que bon nombre d'études sous-

estiment de façon importante la prévalence du co-sommeil. Dans les pays occidentaux, de nombreux parents ne disent pas qu'ils pratiquent le co-sommeil, pour ne pas avoir à affronter les critiques. Les convictions culturelles en vigueur chez nous jouent très probablement un rôle important dans la façon dont sont interprétés les résultats des études sur le sommeil des enfants, surtout quand ces études présentent autant de biais et d'imprécisions. Le premier pas consiste à reconnaître que les études sur lesquelles sont fondées les recommandations actuelles sont biaisées, et que le point de vue actuel selon lequel il ne faut jamais prendre son bébé dans son lit ne peut pas être justifié par les données existantes.

Références

- Anders TF, Eiben LA. *Pediatric sleep disorders : a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1997 ; 36 : 9–20.
- Balarajan R, Raleigh V, Botting B. *Sudden infant death syndrome and postneonatal mortality in immigrants in England and Wales. BMJ* 1989 ; 298 : 716–720.
- Ball H, Hooker E, Kelly P. *Where will baby sleep ? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding cosleeping with their newborns. American Anthropologist* 1999 ; 101 : 41–151.
- Ball HL. *Breastfeeding, bedsharing, and infant sleep. Birth* 2003 ; 30 : 181–188.
- Ball HL. *Reasons to bedshare : why parents sleep with their infants. Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2002 ; 20 : 207–222.
- Blair P, Ball HL. *The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. Archives of Disease in Childhood* 2004 ; 89 : 1106–1110.
- Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. *Babies sleeping with parents : case control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. British Medical Journal* 1999 ; 319 : 1457–1462.
- Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. *Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study. Lancet* 2004 ; 363 : 185–191.
- Carroll-Pankhurst C, Mortimer A. *Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. Pediatrics* 2001 ; 107 : 530–536.
- Chen A, Rogan W. *Breastfeeding and the risk of post-neonatal death in the United States. Pediatrics* 2004 ; 113 : e435–9.
- Crawford M. *Parenting practices in the Basque country : implications of infant and childhood sleeping location for personality development. Ethos* 1994 ; 22 : 42–82.
- Davies DP. *Cot death in Hong Kong : a rare problem ? Lancet* 1985 ; 2 : 1346–1348.
- Drago DA, Dannenberg AL. *Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980–1997. Pediatrics* 1999 ; 103 : e59.
- Elias MF, Nicholson N, Bora C, Johnston J. *Sleep-wake patterns of breast-fed infants in the first two years of life. Pediatrics* 1986 ; 77 : 322–329.
- Ferber R. *Solve Your Child's Sleep Problems. New York : Simon and Schuster, 1985.*
- Fleming P, Blair P, Bacon C et al. *Environment of infants during sleep and the risk of the sudden infant death syndrome : results of 1993–1995 case control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. BMJ* 1996 ; 313 : 191–195.
- Forbes F, Weiss DS, Folen RA. *The cosleeping habits of military children. Military Medicine* 1992 ; 157 : 196–200.

- Fredrickson D, Sorenson J, Biddle A, Kotelchuck M. Relationship of sudden infant death syndrome to breastfeeding duration and intensity. *American Journal of Diseases of Children* 1993 ; 147 : 460.
- Gantley M, Davies D, Murcott A. Sudden infant death syndrome : links with infant care practices. *BMJ* 1993 ; 306 : 16–20.
- Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KA. Association between sudden infant death syndrome and prone sleeping position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics* 2001 ; 108 : 923–7.
- Goto K, Miririan M, Adams M et al. More awakenings and heart rate variability during sleep in preterm infants. *Pediatrics* 1999 ; 10 : 603–9.
- Grether JK, Schulman J, Croen LA. Sudden infant death syndrome among Asians in California. *Pediatrics* 1990 ; 116 : 525–8.
- Hauck FR, Herman SM, Donovan M et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population : The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003 ; 111 : 1207–14.
- Jenni O, O'Connor B. Children's sleep : an interplay between culture and biology. *Pediatrics* 2005 ; 115(Supplement) : 204–16.
- Kemp J, Unger B, Wilkins D et al. Unsafe sleep practices and an analysis of bed sharing among infants dying suddenly and unexpectedly : results of a four year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics* 2000 ; 106 : e41.
- Kibel MA, Davies MF. Should the infant sleep in mother's bed ? In : Sixth SIDS International Meeting. Auckland, New Zealand. February 8-11, 2000. (Abstract).
- Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income women : effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990 ; 86 : 741–6.
- Korner AF, Thoman EB. The relative efficacy of contact and vestibular-proprioceptive stimulation on soothing neonates. *Child Development* 1972 ; 43 : 443–53.
- Latz S, Wolf A, Lozoff B. Cosleeping in context : sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Ped Adolesc Med* 1999 ; 153 : 339–46.
- Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experience regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Archives of Sexual Behavior* 1988 ; 17 : 349–63.
- Maccarin J. Bed sharing and non bed-sharing preschool children and selected emotional variables. PhD thesis : Department of Psychology, New York University, 2000.
- Malloy MH. Changes in the classification of sudden unexpected infant deaths : United States 1992–2001. *Pediatric Res* 2004 ; 55 : 3364.
- McCoy RC, Hunt CL, Lesko SM et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breast feeding. *Develop Behav Pediatrics* 2004 ; 25 : 141–9.
- McCoy RC, Hunt CL, Lesko SM. Population-based study of bedsharing and breastfeeding. *Ped Research* 2000 ; 47 : 154A.
- McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch J. Sleep and arousal patterns among co-sleeping mother-infant pairs : implications for SIDS. *Am J Phys Anthropol* 1991 ; 83 : 331–47.
- McKenna JJ, Mosko S, Richard C et al. Mutual behavioral and physiological influences among solitary and co-sleeping mother-infant pairs ; Implications for SIDS. *Early Hum Develop* 1994 ; 38 : 182–201.
- McKenna JJ, Mosko S. Mother-infant cosleeping : toward a new scientific beginning. In : Byard R, Krous H, eds : *Sudden Infant Death Syndrome : Problems, Puzzles, Possibilities*. New York : Arnold Publishing, 2001. pp. 259–272.
- McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bed sharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997 ; 100 : 214–9.
- McKenna JJ, Thoman E, Anders T, Sadeh A, Schechtman V, Glotzbach S. Infant-parent co-sleeping in evolutionary perspective : implications for understanding infant sleep development and the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Sleep* 1993 ; 16 : 263–282.
- McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby : an internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a Western industrialized context. *Infant and Child Development (in press)*.
- Morelli GA, Rogoff B, Oppenheim D, Goldsmith D. Cultural variation in infants' sleeping arrangements : questions of independence. *Develop Psychol* 1992 ; 28 : 604–13.
- Mosenkis J. The effects of childhood co-sleeping on later life development. MSc thesis : Department of Cultural Psychology, The University of Chicago, 1998.
- Mosko S, McKenna J, Dickel M, Hunt L. Parent-infant cosleeping : the appropriate context for the study of infant sleep and implications for SIDS. *J Behavior Med* 1993 ; 16 : 589–610.
- Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS. *Sleep* 1996 ; 19 : 677–84.
- Mosko S, Richard C, McKenna J. Infant arousals during mother-infant bed sharing : implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997 ; 100 : 841–849.
- Nakamura S, Wind M, Danello M. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr and Adolesc Med* 1999 ; 153 : 1018–23.
- Nelson E, Taylor B, Jenik A et al. International child care practices study : infant sleeping environment. *Early Hum Develop* 2001 ; 62 : 43–55.
- Okami P, Weisner T, Olmstead R. Outcome correlates of parent-child bedsharing : an eighteen-year longitudinal study. *J Develop Behav Ped* 2002 ; 23 : 244–54.
- Owens J (ed.). Cultural issues and children's sleep : international perspectives. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics* 2005 ; 115(Supplement).
- Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night : Behavioral entrainment of breast-fed infants' sleep patterns. *Pediatrics* 1993 ; 91 : 436–44.
- Quillin SIM, Glenn LL. Interaction between feeding method and cosleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2004 ; 33 : 580–88.
- Richard C, Mosko S, McKenna J. Sleeping position, orientation, and proximity in bedsharing infants and mothers. *Sleep* 1998 ; 19 : 667–84.
- Richard C, Mosko SS, McKenna JJ. Apnea and periodic breathing in the bedsharing infant. *J Applied Physiol* 1998 ; 84 : 1374–80.
- Richard CA, Mosko SS. Mother-infant bedsharing is associated with an increase in infant heart rate. *Sleep* 2004 ; 27 : 507–11.
- Rigda RS, McMillen IC, Buckley P. Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth. *J Pediatr Child Health* 2000 ; 36 : 117–21.
- Sadeh A, Anders TF. Infant sleep problems : origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health J* 1993 ; 14 : 17–34.
- Scheers NJ, Rutherford GW, Kemp JS. Where should infants sleep ? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics* 2003 ; 112 : 883–89.
- Tuffnell CS, Peterson SA, Wailoo MP. Higher rectal temperatures in co-sleeping infants. *Arch Dis Child* 1996 ; 75 : 249–50.
- Young J, Fleming PJ. Reducing the risks of SIDS : the role of the pediatrician. *Paediatrics Today* 1998 ; 6 : 41–48.
- Young J. Night-time behavior and interactions between mothers and their infants of low risk for SIDS : a longitudinal study of room sharing and bed sharing. PhD thesis : Institute of Infant and Child Health, University of Bristol, 1999.

Mort subite du nourrisson : facteurs de risque, diagnostic, et controverses

The changing concept of sudden infant death syndrome : diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing the risk. American Academy of Pediatrics, Policy Statement. Pediatrics 2005 ; 116(5) : 1245-55.

La mort subite du nourrisson (MSN) est le décès d'un enfant pour une cause inexpliquée. Elle reste à l'origine d'un nombre significatif de décès pendant la première année, en dépit d'une baisse de sa prévalence enregistrée depuis une dizaine d'années, liée à la promotion active du sommeil sur le dos. Son taux est bas avant 1 mois, il culmine entre 2 et 3 mois, et baisse ensuite progressivement. Les facteurs de risque identifiés sont la position de sommeil sur le ventre, le sommeil sur un matelas mou, le tabagisme maternel pendant la grossesse, l'enfant trop couvert, l'absence de suivi prénatal, un âge plus bas de la mère, un petit poids de naissance, le sexe masculin. Aux USA, le taux de MSN est 2 à 3 fois plus élevée que la moyenne nationale dans les populations d'origine africaine, ainsi que chez les Inuits et les Amérindiens.

Pendant une période, on a recommandé le sommeil de l'enfant sur le dos ou sur le côté. Toutefois, on a constaté que la position sur le côté augmentait, elle aussi, le risque de MSN, et la position sur le dos reste la seule recommandée actuellement. On a également constaté que le risque de MSN était beaucoup plus élevé chez les enfants qui avaient l'habitude de dormir sur le dos lorsqu'ils étaient placés occasionnellement sur le ventre. Il est donc particulièrement important de veiller à toujours coucher le bébé sur le dos. D'autres études ont constaté que les enfants décédés de MSN étaient plus souvent placés sur des matelas mous, contre un oreiller, ou étaient plus souvent retrouvés avec le visage recouvert par les couvertures. Le sommeil de l'enfant dans le lit parental fait l'objet de vives controverses. S'il facilite l'allaitement et le maternage, il pourrait présenter des risques dans certaines conditions. 2 études récentes ont fait état d'un risque plus élevé de MSN chez les bébés de 8 à 11 semaines qui dormaient dans le lit de leur mère, même non fumeuse. Ce risque est également plus élevé lorsque la personne qui dort avec l'enfant a consommé de l'alcool, ou qu'elle est très fatiguée, ou que le bébé dort avec d'autres enfants. En revanche, le fait que le bébé dorme dans un berceau près du lit de sa mère est associé à un risque plus bas de MSN. En conséquence, certains auteurs estiment que le meilleur endroit pour faire dormir un bébé est dans un berceau près du lit de la mère.

Un certain nombre d'études ont constaté que la sucette abaissait le risque de MSN. Cela est probablement en rapport avec un sommeil moins profond. Des études ont fait état d'un impact négatif des sucettes sur l'allaitement, mais le rapport de cause à effet est difficile à établir, et toutes les études ne constatent pas cet impact. La sucette est également impliquée dans la survenue de malocclusion et dans l'augmentation des pathologies ORL, des candidoses et des infections gastro-intestinales.

Les 2/3 des enfants de moins de 12 mois nés aux USA se retrouvent placés dans un système de garde pendant que leurs parents travaillent. Or, bon nombre de MSN surviennent pendant que l'enfant est dans un système de garde. Une étude a constaté que le personnel des crèches était souvent mal informé sur les dangers du sommeil sur le ventre, et qu'il continuait à faire dormir les enfants dans cette position. Il en est probable-

ment de même pour les autres personnes (nounous, baby sitters et autres) susceptibles de garder les jeunes enfants. Pendant longtemps, on a pensé que l'apnée était la première étape de la MSN, et la mise de l'enfant sous monitoring était supposée permettre sa prévention. Or, rien ne permet de penser qu'un tel suivi présente un intérêt pour la prévention de la MSN ; il pourrait en revanche être utile chez les enfants qui ont présenté un malaise grave inopiné (syndrome ALTE : survenue inopinée d'un accès de pâleur, cyanose, apnée, hypo ou hypertonie, suffocation, malaise ayant nécessité ou non des gestes de réanimation, et ayant mis en jeu le pronostic vital de manière immédiate, aux yeux de l'entourage).

On a constaté que les enfants allaités avaient un sommeil moins profond que les enfants nourris au lait industriel, ce qui peut abaisser chez eux le risque de MSN. Toutefois, à l'heure

Sucette et mort subite du nourrisson

Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome ? FR Hauck et al. Pediatrics 2005 ; 116 : e716-23.

Des études ont constaté que la sucette abaissait le risque de mort subite du nourrisson (MSN). Toutefois, elle présente par ailleurs divers inconvénients (impact négatif sur l'allaitement, augmentation du risque de pathologies ORL et dentaires...), et son utilisation n'est pas recommandée dans de nombreux pays. Le but de cette méta-analyse était de quantifier son impact éventuel sur la MSN.

Les auteurs ont passé en revue les études effectuées sur l'utilisation d'une sucette, la MSN, et la morbidité liée à leur utilisation. Il n'existait que des études cas-témoin sur les relations entre la sucette et la MSN. Toutes ces études ont été passées en revue par 2 à 3 personnes selon une grille d'évaluation. 7 études répondaient aux critères définis par les auteurs. A l'analyse univariée, l'utilisation d'une sucette n'avait pas d'impact significatif sur le risque de MSN. Après analyse multivariée (effectuée dans 4 études), elle abaissait significativement ce risque (RR : 0,71). L'impact de la sucette était encore plus important si on prenait en compte uniquement le sommeil en fin de nuit (RR : 0,47 après analyse univariée, et 0,39 après analyse multivariée).

Sur la base de cette analyse, les auteurs estiment qu'un décès par MSN pourrait être prévenu pour chaque tranche de 2733 enfants qui utilisent une sucette toutes les nuits pendant toute la nuit. Ils recommandent le don à l'enfant d'une sucette à l'occasion de chaque période de sommeil, jusqu'à 1 an environ. Lorsque le bébé est allaité, la sucette devrait être introduite lorsque l'allaitement est bien installé.

actuelle, il n'existe pas suffisamment de preuves irréfutables sur le sujet pour affirmer que l'allaitement abaisse le risque de MSN.

Depuis une dizaine d'années, des études ont fait état d'une augmentation importante des plagiocéphalies, qui semble en rapport avec le sommeil de l'enfant sur le dos. La prévalence des plagiocéphalies baisse toutefois de façon importante entre 8 et 24 mois.

Au départ, la consigne de coucher le bébé sur le dos excluait les prématurés. On a constaté par la suite que le risque de MSN était au moins aussi élevé chez les prématurés que chez les enfants nés à terme lorsqu'ils étaient couchés sur le ventre. Toutefois, ces enfants restent encore souvent couchés sur le ventre : c'est habituellement leur position de sommeil dans les services de néonatalogie, et les parents, habitués à voir leur enfant ainsi placé, continuent à le coucher sur le ventre après la sortie du service. Il est donc nécessaire d'informer les équipes soignantes des services de néonatalogie afin qu'ils placent ces enfants sur le dos aussi rapidement que possible, et qu'ils informent à leur tour les parents.

Il est difficile d'évaluer le pourcentage de décès de nourrissons liés à un infanticide. Une étude a calculé que 6 à 10% des MSN seraient des homicides, et que, en cas de second décès pour MSN dans une même famille, un infanticide serait en cause dans 2 à 6% des cas. Il reste toutefois indispensable de pratiquer une autopsie, et d'effectuer une enquête détaillée.

Le comité sur la MSN fait les recommandations suivantes :

- Les bébés devraient être mis à dormir sur le dos.
- Leur surface de sommeil devrait être ferme ; ne pas utiliser d'oreillers, édredons, duvets, animaux en peluche, et tout autre

objet susceptible d'étouffer l'enfant. Si une couverture ou une couette est utilisée pour couvrir l'enfant, elle devrait être fixée de façon à ne jamais recouvrir la tête de l'enfant. L'utilisation d'un pyjama molletonné représente une alternative à recommander.

- Ne pas fumer pendant la grossesse : le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque majeur de la MSN. Le tabagisme après l'accouchement est également un facteur de risque. Ne pas exposer le bébé au tabagisme passif.
- Le risque de MSN est le plus bas lorsque l'enfant dort près de sa mère, mais sur une surface de sommeil différente. Remettre l'enfant sur sa surface de sommeil après chaque tétée nocturne. Ne pas faire dormir un bébé dans le même lit que d'autres enfants. Ne jamais dormir avec un bébé sur un fauteuil ou un canapé.
- Donner une sucette à l'enfant chaque fois qu'on le couche. Ne pas forcer l'enfant s'il n'en veut pas, ne pas mettre de produit sucré sur la sucette, la nettoyer souvent. Si le bébé est allaité, attendre qu'il ait un mois avant de commencer à introduire la sucette.
- Ne pas trop couvrir l'enfant.
- Éviter les appareils censés prévenir la MSN : aucun d'entre eux n'a fait la preuve de son efficacité ni de sa fiabilité. Aucune étude n'a jamais constaté qu'un quelconque monitoring cardiaque ou respiratoire était susceptible de prévenir la MSN.
- Pour éviter l'apparition d'une plagiocéphalie, limiter le temps que passé le bébé couché dans un berceau ou un transat ; veiller à ce qu'il n'ait pas la tête toujours tournée sur le même côté lorsqu'il est couché sur le dos. L'enfant sera adressé à un spécialiste si on suspecte un problème neurologique ou un retard de développement, ou si la situation devient telle qu'un traitement orthopédique devient nécessaire.

Recommandations de l'AAP concernant la prévention de la MSN : pour ou contre l'allaitement ?

American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) statement on SIDS reduction : friend or foe of breastfeeding ? J Heinig, J Bañuelos. J Hum Lact 2006 ; 22(1) : 7-10.

La prévalence mondiale de la mort subite du nourrisson (MSN) a significativement baissé depuis 10 ans. On attribue au couchage des bébés sur le dos l'essentiel de cette baisse. Toutefois, la MSN reste une cause importante de décès chez les bébés des pays industrialisés. En novembre 2005, l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) a publié des recommandations pour la prévention de la MSN, qui ont soulevé d'importantes controverses. En gros, ce texte recommande le don d'une sucette à l'enfant, et déconseille le co-sommeil dans le lit parental. Ces 2 points sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur l'allaitement.

L'AAP recommande donc de donner une sucette aux bébés pendant chacune de leurs périodes de sommeil. Elle précise toutefois, lorsque le bébé est allaité, qu'il est préférable d'attendre que le bébé soit âgé d'un mois avant d'introduire une sucette, et que l'allaitement soit bien mis en route. Même passé 1 mois, l'utilisation d'une sucette est corrélée à un risque plus important de sevrage précoce ; il est cependant difficile de

savoir si la sucette a induit un sevrage précoce, ou si elle n'était qu'un marqueur de problèmes d'allaitement préexistants. L'AAP fournit des références d'études concluant à un impact protecteur de la sucette vis-à-vis de la MSN. On suppose que cet impact de la sucette est lié à un sommeil moins profond de l'enfant, de même que le couchage sur le dos. Mais ce n'est qu'une supposition. Et dans ce cas, les tétées nocturnes auront un impact similaire.

En ce qui concerne le sommeil partagé, l'AAP estime que l'enfant doit dormir près de sa mère, mais dans un berceau, et non dans le lit parental. Elle fonde cette recommandation sur des études indiquant la possibilité d'un risque plus élevé de MSN chez les enfants dormant dans le lit parental, ainsi que sur des études concluant à un risque plus bas de MSN lorsque le bébé dort dans la chambre parentale. Il y a indiscutablement des circonstances dans lesquelles il est déconseillé de prendre son bébé dans son lit (tabagisme, toxicomanie, sédatifs, alcool, literie de mauvaise qualité...). Et nombre des études citées par

l'AAP ne prennent pas en compte les autres facteurs de risque de MSN, et ne donnent aucune précision sur les conditions du co-sommeil. Toutefois, l'AAP estime que recommander le sommeil de l'enfant près de sa mère mais dans un berceau est la meilleure façon de protéger l'enfant tout en facilitant les tétées nocturnes.

Les recommandations de l'AAP sembleront peu satisfaisantes aux professionnels qui soutiennent activement l'allaitement. Toutefois, pour beaucoup de professionnels de santé, le fait de lire des recommandations officielles prônant

d'éviter l'utilisation d'une sucette pendant le premier mois chez les enfants allaités, et recommandant de mettre le berceau de l'enfant dans la chambre parentale, représentera déjà une importante évolution positive par rapport à ce qu'ils pouvaient recommander auparavant. Nous avons besoin d'en savoir davantage sur les facteurs de risque de la MSN, et il est possible que ce que nous découvrirons dans le futur amènera à reconsidérer les recommandations actuelles. En attendant, les personnes qui travaillent auprès des mères allaitantes doivent être capables de soutenir et d'informer celles qui veulent suivre ces recommandations.

LA TRIBUNE DES LECTEURS

Traitement des crevasses par le lait maternel : mise au point

Depuis 3 ans, nous utilisons les compresses de lait maternel pour les soins des crevasses des premiers jours du post-partum. Une seule réaction indésirable avait été observée, 3 heures après la mise en place, avec apparition de papules érythémateuses sur la zone de contact externe de la compresse ; le phénomène a disparu avec l'usage d'une pommade conventionnelle, à la sortie de l'hôpital.

Depuis 2 ans de pratique privée avec des mères après J5, j'ai pu voir d'autres mères atteintes de la même réaction, et j'ai pu cerner plusieurs facteurs favorisants : prise d'antibiotiques par la mère ou l'enfant, antécédents de mycose chez la mère ou l'enfant. J'en ai tiré les conclusions suivantes :

- pas de compresses de lait maternel chez les mères ayant une mycose
- recommandation, pour les mères à domicile, de me contacter dans les 12 heures suivant la mise en place de compresses de lait maternel, ou plus rapidement en cas d'apparition d'une réaction.

Je reste persuadée que le colostrum demeure un premier choix dans les crevasses précoces, mais après J10 je formule les réserves ci-dessus quant à l'usage de compresses de lait maternel, dont la composition est différente de celle du colostrum.

Mme Katia KAUFFMANN
Sage-Femme – Consultante en
lactation IBCLC
Stavelot (Belgique)

Les 10 plus gros mensonges sur l'allaitement

Claude Suzanne Didierjean-Jouveau
Ed Dangles – 16 €

En s'appuyant à la fois sur le vécu des mères allaitantes et sur de nombreuses études scientifiques, ce livre aborde les contre-vérités qui font le plus de mal à l'allaitement, qui sont les principaux responsables des non-allaitements et des sevrages précoces et injustifiés.



Femme afghane âgée faisant une relactation pour un petit bébé, probablement un de ses petits-enfants

Photo de Céline Bizouerne - Psychologue
Action Contre la Faim – Mission en Afghanistan