

Protocole clinique de l'ABM #37 : Soins physiologiques de l'enfant – Gérer les tétées nocturnes chez les jeunes enfants

ABM Clinical Protocol #37 : Physiological infant care – Managing nighttime breastfeeding in young infants. Deena Zimmerman¹, Melissa Bartick^{2,3}, Lori Feldman-Winter⁴, and Helen L. Ball⁵ ; and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2023 ; 18(3) : 159-68.

Résumé

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) est le développement de protocoles cliniques portant sur la gestion de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient. L'ABM encourage les professionnels de santé à fournir des soins sûrs, inclusifs et centrés sur les besoins de chaque patient. Les personnes enceintes et allaitantes peuvent s'identifier selon une large gamme de genres, de pronoms et de termes pour l'alimentation et le parentage. Il existe deux raisons pour lesquelles l'utilisation d'un langage inclusif pour le genre par l'ABM puisse être transitionnelle ou irrégulière. Tout d'abord, le langage inclusif pour le genre est nuancé et en évolution dans les diverses langues, cultures et pays. Ensuite, la recherche fondamentale n'a pas décrit de façon adéquate l'expérience des individus de genres variés. En conséquence, l'Academy of Breastfeeding Medicine plaide pour et s'efforcera d'utiliser un langage aussi inclusif et précis que possible dans ce cadre. Pour davantage d'explications, veuillez lire le document « Déclaration de principe et recommandations de l'Academy of Breastfeeding Medicine : genre et vocabulaire en rapport avec l'alimentation infantile et la lactation » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2202-declaration-de-principe-et-recommandations-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine-sur-genre-et-vocabulaire>), ainsi que « L'allaitement en tant que droit humain de base » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2262-l-allaitement-en-tant-que-droit-humain-de-base>).

Mots-clés : allaitement, soins aux enfants, nouveau-né, bébé, privation de sommeil, mort subite du nourrisson.

Introduction

Avoir un nouveau-né peut être une charge écrasante même pour des parents expérimentés. Nourrir l'enfant et obtenir suffisamment de sommeil sont parmi les principales préoccupations des parents. Les petits bébés ont besoin de repas fréquents jour et nuit, en particulier lorsqu'ils sont allaités. Cela peut être un défi pour les parents qui ont d'autres responsabilités telles qu'une activité salariée hors de leur domicile, les soins aux enfants plus âgés et les responsabilités quotidiennes liées au domicile. L'objectif de ce protocole est d'aborder la gestion de ces difficultés dans le cadre de la physiologie normale de la dyade allaitante. Le protocole #6 de l'ABM (Recommandations sur le sommeil partagé et l'allaitement, 1) constitue un appoint important pour ce protocole.

Informations clés

Physiologie maternelle-infantile normale

Comportement alimentaire infantile normal

Un nouveau-né tétera 8 à 12 fois par 24 heures, mais pas forcément à intervalles réguliers. Les nouveau-nés ont besoin d'être nourris en fonction de leurs manifestations de faim. Comme indiqué dans le point 8 des Conditions révisées de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, « L'allaitement implique de connaître et de répondre aux manifestations infantiles de faim et aux indices alimentaires indiquant que l'enfant est prêt à être nourri, dans le cadre d'une relation harmonieuse entre la mère et l'enfant ».

1. Maternal-Child and Adolescent Division, Public Health Service, Israel Ministry of Health, Jerusalem, Israel.

2. Department of Medicine, Mount Auburn Hospital, Cambridge, Massachusetts, USA.

3. Department of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

4. Department of Pediatrics, Cooper Medical School of Rowan University, Camden, New Jersey, USA.

5. Durham Infancy and Sleep Centre, Department of Anthropology, Durham University, Durham, United Kingdom.

Un allaitement réactif (aussi appelé allaitement à la demande ou géré par le bébé) ne met aucune restriction sur la fréquence ou la durée des tétées, et on conseille aux mères de mettre l'enfant au sein dès qu'il semble avoir faim ou aussi souvent qu'il le souhaite, en reconnaissant le fait qu'un bébé en bonne santé régule de lui-même ses apports en combinant succion nutritive et succion non-nutritive (2). Nourrir le bébé en fonction de ses signaux aide à faire en sorte qu'il reçoive tout ce dont il a quotidiennement besoin en matière de nutrition (3) tant que le nombre minimum de 8 tétées par 24 heures est atteint.

Lorsque les aliments de sevrage sont introduits à 6 mois, le bébé pourra être capable de téter moins souvent pendant la nuit. Toutefois, quand la mère travaille ailleurs qu'à son domicile et qu'elle tire son lait pendant qu'elle est éloignée de son bébé, certaines dyades pourront s'engager dans un cycle inversé, l'enfant voulant prendre directement le sein plus souvent pendant la nuit pour compenser l'absence de sa mère pendant la journée. La stimulation directe des seins par l'enfant favorise le maintien de la production lactée. Limiter intentionnellement les tétées nocturnes est corrélé à un arrêt plus précoce de l'allaitement exclusif (4). L'expression du lait est moins efficace que l'allaitement directement au sein, même avec les tire-lait les plus performants (5). Les tétées directement au sein plus fréquentes la nuit pourraient aider au maintien de la production lactée après la reprise du travail.

Rythmes normaux de sommeil du bébé

Les nouveau-nés naissent sans que leur horloge circadienne soit fonctionnelle (6). La mélatonine est sécrétée dans le lait maternel et consommée par l'enfant selon un rythme circadien, ce qui aide l'enfant à établir un rythme circadien (7). Être exposé aux activités quotidiennes habituelles, qui sont différentes des activités nocturnes, aide également l'enfant à établir un rythme circadien et peut augmenter la durée de ses périodes de sommeil nocturnes. Cela inclut des siestes pendant la journée sans obscurcir la pièce ni diminuer significativement le bruit ambiant.

La proximité continue et le peau à peau avec la mère ou un autre adulte aident l'enfant à s'adapter progressivement à la vie extra-utérine. Le bébé s'appuie sur la proximité et le contact peau à peau avec sa mère pour réguler sa respiration, sa température et son rythme cardiaque pendant les premières semaines et les premiers mois de vie (8-10). Le contact physique mère-enfant dans les dyades allaitantes (partage du lit et port du bébé) est corrélé à la sensibilité maternelle aux manifestations de faim du bébé, mais ce n'est pas le cas de la proximité sans contact physique (11). Une alimentation sensible aux besoins de l'enfant est à son tour associée à une durée plus longue d'allaitement exclusif (11).

Une séparation nocturne entre la mère et son enfant, même âgé de 10 mois, peut induire un stress chez l'enfant et augmenter son taux circulant de cortisol, même si l'enfant ne semble pas particulièrement stressé (12). De plus, même si une séparation nocturne pendant les 4 premiers mois peut être associée à des durées plus longues de sommeil consolidé chez le bébé (13) et diminuer les réveils nocturnes (14), cela peut ne pas être physiologique ni sans risque, et pourrait expliquer partiellement pourquoi le sommeil à proximité de la mère est associé à une baisse du risque de mort subite inattendue du nourrisson (MSIN – 15).

Les rythmes de sommeil peuvent différer en fonction de l'origine raciale/ethnique, du niveau maternel de scolarité et des revenus de la famille. Des chercheurs ont examiné les rythmes de sommeil en fonction de l'origine raciale/ethnique et d'autres variables sociodémographiques afin de tenter de comprendre les disparités dans les risques de MSIN entre certaines populations des États-Unis. Leurs résultats indiquaient que ce n'était pas l'origine raciale/ethnique qui étaient associée à une durée plus basse de sommeil chez les dyades, mais des revenus et un niveau de scolarité plus bas (16). Ces facteurs pourraient être des marqueurs de stress, qui auraient un impact négatif sur la physiologie du sommeil.

Après 12 à 16 semaines, le bébé aura des plages d'éveil plus longues, car le noyau suprachiasmatique commencera à mettre en place un rythme circadien à partir des signaux externes (17). Le bébé sera capable d'espacer davantage ses repas et sera capable de se sentir bien même s'il n'est pas en contact physique immédiat avec sa mère. Toutefois, les bébés pourront ne pas avoir de périodes de sommeil nocturne vraiment plus longues entre 3 et 12 mois, qu'ils dorment dans la chambre parentale ou seuls dans leur chambre (18). La mère pourra compenser la baisse de sa propre durée de sommeil nocturne en faisant des siestes pendant la journée (19). Toutefois, ces siestes pourront ne pas avoir la même valeur sur le plan du repos que le sommeil nocturne (20).

Il sera bon également pour les bébés d'être portés même en dehors des repas. Une étude randomisée menée dans un pays occidental développé a montré qu'une durée plus importante de portage des bébés dans les bras ou dans un porte-bébé avec un contact corporel était corrélée à une baisse de 43 % du temps passé par le bébé à s'agiter et à pleurer à 6 semaines (21). Un portage dans de bonnes conditions de sécurité (voir informations – 22) permet à la mère d'effectuer d'autres tâches. Les bébés qui passent la majeure partie de leur journée à être portés peuvent bénéficier de périodes de mise sur le ventre sous surveillance, qui les aideront à se développer sur le plan moteur (23).

Difficultés des soins physiologiques du bébé

Les attentes concernant les nuits entières de sommeil

Dans les pays industrialisés occidentaux, on s'attend à ce que « le bon bébé » soit capable très jeune de dormir de longues périodes pendant la nuit (7). La recommandation d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois est souvent une attente sociale, mais elle est incompatible avec l'attente du « bon bébé ».

Les données scientifiques montrent que les attentes concernant de longues périodes de sommeil sont irréalistes. Le sommeil de l'enfant, mesuré par actigraphie (avec des détecteurs de mouvements), est similaire chez les enfants entre 4 et 16 semaines quel que soit leur mode d'alimentation ou le lieu où l'enfant dort par rapport à sa mère. Toutefois, les mères occidentales qui donnent exclusivement un lait industriel peuvent penser que leur bébé dort plus longtemps, ce qui reflète et renforce le mythe selon lequel il est « normal » pour les bébés de dormir profondément pendant de longues périodes (25). Les parents des sociétés occidentales pourront se sentir angoissés et pris au dépourvu lorsque leurs bébés ne font pas ce à quoi ils s'attendent, à savoir s'endormir seuls facilement et rester endormis pendant longtemps très tôt (26).

Les discordances entre les attentes culturelles occidentales en matière de sommeil et les réalités biologiques des bébés humains sapent la résilience parentale et compromettent le bien-être de la famille (7). Une étude a montré que les mères japonaises, au contraire des mères occidentales, ne percevaient pas leur sommeil comme étant perturbé en dépit des mesures objectives montrant des interruptions du sommeil similaires à celles constatées dans une étude américaine menée auprès de femmes en post-partum qui rapportaient des troubles du sommeil (27).

Des études ont documenté que le rythme de sommeil infantile, bien que fragmenté, n'était pas corrélé à la durée maternelle de sommeil après 6 semaines (28). Les bébés allaités dorment aussi bien, voire mieux que les bébés nourris au lait industriel (19). Une revue systématique avec méta-analyse a démontré que l'allaitement peut être associé à une durée plus longue de sommeil nocturne en post-partum, et que le partage du lit parental était associé à une plus longue durée de sommeil chez les mères allaitantes par rapport aux mères non allaitantes (29).

Les attentes concernant le sommeil solitaire

Dans les pays développés occidentaux, le fait que l'enfant dorme seul dans sa chambre est considéré comme souhaitable et étant la norme. Le sommeil de l'enfant dans le lit parental a été stigmatisé et unanimement considéré comme dangereux, même pour les dyades allaitantes sans facteurs de risque de décès subit du nourrisson. Dans la majorité des pays occidentaux, les parents ont été mis en garde contre le fait de prendre leur bébé dans leur lit depuis environ 2004-2005 (30), on leur a fortement déconseillé cette pratique depuis ~2010, et nombre de ces pays occidentaux continuent à la déconseiller encore actuellement. D'autres pays ont commencé à supprimer cette recommandation après environ 2014-2015 (31, 32). En Angleterre par exemple, le National Institute for Health and Care Excellence reconnaît que les données sont insuffisantes pour affirmer sans ambiguïté que le sommeil partagé induit des MSIN.

En Espagne et en 2016, PrevInfad a édité une recommandation de niveau 1 selon laquelle il n'y a pas suffisamment de preuves fiables montrant que le sommeil dans le lit parental est associé à un risque plus élevé de MSIN chez les enfants allaités en l'absence d'autres facteurs de risque (33). En 2019, on a supprimé en Grande-Bretagne le conseil donné en routine de ne pas prendre le bébé dans le lit parental quelle que soit la méthode d'alimentation (34-36). L'Australie a adopté une stratégie de minimisation du risque en 2018, qui reconnaît que de nombreux parents prennent leur bébé dans leur lit (37), et certaines autorités régionales de santé du Canada ont commencé à mieux accepter le partage du lit parental après ~2017 (38, 38).

Le fait de déconseiller tout sommeil de l'enfant dans le lit parental reste encore très courant aux États-Unis et dans d'autres pays, et cela continue à être la position de l'Académie Américaine de Pédiatrie (40). Une célèbre campagne publicitaire menée aux États-Unis en 2011, souvent citée, remplaçait la mère allaitante par un hachoir à viande. Dans certaines juridictions des États-Unis, les mères qui prennent leur bébé dans leur lit peuvent être accusées de maltraitance ou de négligence sur leur enfant (41). En d'autres mots, le comportement normal de sommeil et d'alimentation du bébé est souvent perçu comme aberrant, indésirable ou pathologique (6, 7).

Les données scientifiques montrent que le sommeil de l'enfant dans le lit parental est associé à une durée plus longue d'allaitement et d'allaitement exclusif (42-44). Le lieu de sommeil est vital pour la fréquence des tétées (7). Un nombre croissant de recherches anthropologiques fournit des preuves sur le fait que le sommeil de l'enfant près de sa mère, combiné à l'allaitement du bébé couché contre sa mère (« breastsleeping » - dorm'allaitement - 45), constitue la norme évolutionnaire chez les humains (7). Le partage du lit parental est associé à une meilleure qualité de l'attachement à l'enfant, et il est apaisant pour la mère et l'enfant (46). Le partage du lit parental est courant chez les bébés américains (47) ainsi que chez les bébés turcs allaités (48).

Certains facteurs liés au partage du lit parental peuvent protéger vis-à-vis des décès infantiles liés au sommeil. La proximité mère-enfant pendant le sommeil permet à la mère de répondre immédiatement aux signaux de son bébé, comme constaté dans des études physiologiques (19, 49). Les mères et leurs enfants s'éveillent plus facilement (49, 50), la mère forme un cercle protecteur autour de son bébé avec ses bras et ses jambes, et son bras maintient l'oreiller loin du bébé (connu comme la position en C ou « cuddle-curl ») (51). La tête du bébé est contre le sein maternel, et après avoir tété, le bébé roule sur le dos, car le bébé qui dort dans le lit parental ne dort pas naturellement sur le ventre (52).

En revanche, les données vidéographiques montrent que les mères qui nourrissent leur bébé au biberon peuvent avoir des pratiques risquées telles que mettre leur bébé à dormir sur des oreillers (53). De plus, dans la mesure où le partage du lit parental est si courant pour les dyades allaitantes, il peut être difficile, voire impossible, de différencier l'impact protecteur possible du partage du lit parental de l'impact protecteur de l'allaitement. En d'autres mots, l'impact protecteur du partage du lit parental sur la MSIN se confond avec celui de l'allaitement, et il pourrait être responsable en partie de la baisse du risque de MSIN attribuée à l'allaitement, en l'absence d'autres facteurs de risque (54).

Les tétées nocturnes directement au sein ont d'importantes fonctions physiologiques. Outre le rôle de la mélatonine, les enfants qui dorment dans le lit parental tètent plus souvent que ceux qui dorment seuls (55). Des tétées nocturnes plus fréquentes peuvent aider à maintenir la production lactée et sont importantes pour le maintien de l'aménorrhée lactationnelle (56). Le fait que le bébé dorme toute la nuit est associé à un taux beaucoup plus bas d'allaitement (57).

Le partage du lit parental affecte le sommeil maternel et infantile. Les mères qui dorment avec leur bébé se réveillent souvent pour l'allaiter, restent éveillées pendant des périodes plus courtes et se rendorment plus vite que les mères qui ne dorment pas avec leur bébé (49). Dans une étude menée en laboratoire auprès de mères allaitantes, 94 % des mères qui prenaient régulièrement leur bébé dans leur lait disaient qu'elles obtenaient « suffisamment » de sommeil en dormant avec leur bébé, contre 80 % des mères dont le bébé dormait régulièrement seul (49).

Les mères dont le bébé dormait régulièrement seul faisaient également état d'un sommeil de moins bonne qualité que celles qui dormaient avec leur bébé (49). Le sommeil de l'enfant dans le lit parental favorise également les réveils du bébé (50), ce qui peut le protéger vis-à-vis de la MSIN. Les mères allaitantes dorment ~ 40-45 minutes de plus que les mères qui donnent un lait industriel (19), et les pères d'enfants allaités dorment plus longtemps que les pères d'enfants nourris au lait industriel (58).

Dans les sociétés qui respectent cette norme physiologique, un comportement nocturne typique est que les mères et les bébés dorment ensemble, avec des tétées fréquentes, souvent avec une mère partiellement réveillée, et le matin, la mère ne peut pas dire combien de fois son bébé a pris le sein (7, 59). Les bébés et les mères se rendorment immédiatement après les tétées. À noter que les bébés ainsi allaités ne font pas de rot après la tétée ; le rot est rarement nécessaire chez les enfants nourris directement au sein car ils n'avalent généralement pas d'air pendant les tétées. À noter également que les enfants ne sont pas réveillés pour un changement de couche après chaque selle nocturne. Des données suggèrent que l'allaitement est corrélé à un risque plus bas de dermatite du siège (60, 61), bien que cela ne soit pas rapporté par toutes les études (62). L'application d'une crème barrière sur les fesses du bébé aide à prévenir la dermatite du siège (63).

Le protocole #6 de l'ABM aborde les données actuelles montrant que le sommeil de l'enfant dans le lit parental n'induit pas de MSIN en l'absence d'autres facteurs de risque (1, 64), en dépit de son association au risque de MSIN, conformément à d'autres recommandations nationales (34). Une étude cas-témoin de bonne qualité constatait que le partage du lit parental en l'absence de facteurs de risque avait un impact protecteur chez les enfants de plus de 3 mois (64). L'ABM recommande une approche de l'allaitement et du partage du lit parental minimisant le risque (1). Les facteurs de risque incluent, par ordre d'importance : le sommeil partagé sur un canapé, le sommeil avec un parent dont la vigilance est affectée par de l'alcool ou des drogues, le sommeil à côté d'un fumeur, le sommeil de l'enfant à plat ventre, le fait de n'avoir jamais allaité directement au sein, le sommeil avec un adulte sur une chaise, le sommeil sur un matelas mou, ou le sommeil avec un bébé prématuré ou de faible poids de naissance.

À noter que la majorité de ces circonstances dépendent du contrôle parental. Toutefois, dans certains cas, le partage du lit parental peut être imprévu, et dans ce cas il présentera davantage de risques que lorsqu'il est planifié (65). En cas d'existence de facteurs de risque, des alternatives telles qu'un lit « side-car » peuvent être une option pour certaines familles (1). Le risque du partage du lit parental est inconnu lorsque le bébé est exclusivement tire-allaité, dans la mesure où la position du bébé allaité dans le lit parental est corrélée d'une façon spécifique aux demandes anatomiques liées à l'allaitement directement au sein, et que les bras et les jambes de la mère constituent un environnement sûr pour le bébé (1).

Les craintes concernant le fait que les réveils nocturnes pour les tétées puissent contribuer à la dépression maternelle

Certains ont soulevé l'hypothèse selon laquelle les interruptions du sommeil pour les tétées contribueraient à la survenue et à l'aggravation des symptômes de dépression maternelle (66). Toutefois, on ne sait pas exactement si les problèmes de sommeil en post-partum et les troubles de l'humeur peuvent être attribués au sommeil de l'enfant et à son alimentation, dans la mesure où ils existaient souvent pendant la grossesse. De plus, les problèmes maternels de sommeil peuvent être causés par l'anxiété et la dépression. Des recherches ont montré que bien qu'il existe des corrélations significatives entre le sommeil maternel, les réveils fréquents, la fatigue et la dépression à 32 semaines post-partum, cela n'était pas corrélé aux pratiques de sommeil infantile chez les mères occidentales (67). Une mauvaise continuité du sommeil, mesurée par un actigraphe au poignet, est davantage corrélée au risque maternel de dépression que la durée maternelle de sommeil (66).

Une mauvaise qualité du sommeil est également associée à une aggravation de la dépression post-partum et de l'anxiété chez les mères occidentales (68). Plus que la qualité objective du sommeil, sa perception subjective est associée aux troubles de l'humeur en post-partum immédiat et plus tardif (20, 66). Dans une étude longitudinale menée auprès de mères occidentales, la préexistence d'un sommeil de mauvaise qualité, d'une dépression et de troubles de l'alimentation pendant la grossesse était corrélée à un moins bon déroulement de l'allaitement, ce qui amenait les auteurs à conclure que des troubles préexistants du sommeil et de l'humeur étaient des facteurs de risque de problèmes d'allaitement et d'interruption du sommeil en post-partum, mais que ce n'était pas en soi les problèmes d'allaitement qui induisaient le sommeil interrompu et les troubles de l'humeur en post-partum (69).

Un score maternel plus élevé pour la dépression et l'anxiété est également corrélé à une baisse de l'efficacité du sommeil maternel. En d'autres mots, la dépression et l'anxiété maternelles ne sont pas associées à la durée des périodes de sommeil auto-régulé du bébé, mais plutôt à des problèmes d'efficacité du sommeil maternel, ou à des difficultés maternelles d'endormissement ou pour se rendormir (70). L'efficacité du sommeil est corrélée à l'anxiété et à une augmentation du tonus sympathique, pas au nombre de fois où la mère se réveille pour nourrir son bébé (70).

Toutefois, une étude auprès de mères occidentales a montré une augmentation des repas nocturnes, et un sommeil infantile plus perturbé était corrélé à un risque plus élevé de dépression maternelle (28). Une étude auprès de mères japonaises suggérait que la fréquence des tétées, la fatigue subjective et une baisse objective de la durée totale de sommeil pendant les premiers jours post-partum pouvaient être corrélées à un score plus élevé aux échelles d'évaluation de la dépression (71). À noter qu'une revue extensive avec méta-analyse constatait une baisse du risque de dépression du post-partum associée à l'allaitement (72).

Stratégies de gestion non physiologiques

Les variations par rapport à la physiologie de la proximité mère-enfant autour du sommeil et de l'allaitement ont le potentiel de saper le bien-être maternel. Les mères allaitantes peuvent utiliser diverses stratégies pour maximiser leur sommeil et leur bien-être en évitant le partage du lit parental. Ces stratégies peuvent inclure l'expression nocturne du lait, le bébé recevant du lait maternel exprimé la nuit au biberon, l'entraînement au sommeil du bébé, le don de lait industriel ou l'introduction précoce des solides, et l'utilisation d'applications de surveillance du bébé, toutes options ayant des inconvénients potentiels. Souvent, ces stratégies impliquent d'allumer la lumière, ce qui perturbe significativement les rythmes circadiens de toute la famille (73).

L'expression nocturne du lait.

Les sessions nocturnes d'expression du lait, le lait exprimé étant donné par la suite au biberon, sont susceptibles de perturber fortement le sommeil maternel. De plus, donner du lait exprimé à une autre heure de la journée pourrait ne pas apporter un taux adéquat de mélatonine. Le rythme circadien sera non seulement interrompu par l'allumage de la lumière, mais également par le fait de s'asseoir et d'effectuer une activité physique (74).

Après la prise d'un biberon, le bébé pourra avoir besoin de faire un rot. Si le bébé ne dort pas près du parent, cela pourra induire une disruption supplémentaire du sommeil des parents et du bébé, car l'enfant pourra ne pas se rendormir facilement s'il est seul, et le calmer et le bercer pourra prendre du temps. Le tire-allaitement exclusif est également associé à une durée plus courte d'allaitement et à une introduction plus précoce d'un lait industriel par rapport à l'allaitement directement au sein avec ou sans expression du lait (75).

L'entraînement au sommeil

Diverses techniques ont été décrites pour conditionner les bébés et les bambins à dormir de plus longues périodes pendant la nuit (76). Elles sont fondées sur la réduction des attentes du bébé concernant un comportement spécifique associé à l'induction du sommeil, et sur le conditionnement de l'enfant à se « reconforter lui-même » pour se rendormir sans intervention de l'adulte à l'occasion de son cycle normal de sommeil et de réveil (76-77). Entraîner un petit bébé à dormir seul dans un berceau à l'écart en ne répondant pas à ses pleurs induit un stress important, ce qui se traduit par une augmentation du taux de cortisol, qui persiste pendant la nuit lorsque le bébé ne pleure plus (12). Les parents ressentent souvent de la détresse lorsqu'ils ne répondent pas aux pleurs de leur bébé (78, 79), et ils trouvent souvent que l'entraînement au sommeil n'est pas efficace (79).

Les mesures objectives du déroulement du sommeil du bébé n'ont pas constaté que ces méthodes « amélioraient » le sommeil des enfants ainsi entraînés. Les bébés arrêtaient de montrer leur détresse à leurs parents, mais ils n'arrêtaient pas de se réveiller ou de rester éveillés, et donc ils n'arrivaient pas à se calmer et à se rendormir d'eux-mêmes (80, 81). L'entraînement au sommeil de bébés de moins de 6 mois peut avoir un impact sur le succès de l'allaitement en raison de la séparation d'avec la mère et de la réduction des tétées nocturnes (80). En outre, le fait que le bébé dorme dans une pièce séparée dans le cadre de l'entraînement au sommeil peut être associé à une augmentation du risque de MSIN (70).

Toutefois, certaines études ont montré que l'entraînement au sommeil dans des conditions expérimentales peut être efficace lorsqu'on en évalue l'impact à partir de ce que dit la mère sur le déroulement du sommeil, les réveils de son bébé, ou sur sa santé mentale (82). Une étude randomisée menée auprès de 14 enfants (76) n'a constaté aucune relation entre des interventions progressives concernant le sommeil et le risque de problèmes émotionnels ou comportementaux 12 mois plus tard, mais le nombre d'enfants est trop petit pour que les résultats soient généralisables.

Le don d'autre chose que le lait maternel

Dans leur quête pour obtenir que leur bébé dorme davantage, certaines mères donnent des suppléments de lait industriel ou passent à l'alimentation avec un lait industriel pour tenter d'obtenir davantage de sommeil (83, 84). Toutefois, l'actigraphie au poignet montre que les parents des enfants qui sont allaités pendant la nuit dorment en moyenne 40-50 minutes de plus que les parents qui donnent un lait industriel (19). L'actigraphie au poignet montrait également que les parents qui donnaient un lait industriel à leur bébé faisaient état de davantage de perturbations du sommeil que les parents de bébés exclusivement allaités (19). Les données concernant l'introduction précoce des solides donnent des résultats mitigés. Une étude randomisée sur l'introduction précoce des céréales à 3 mois versus l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois montrait que les bébés recevant des solides dormaient en moyenne 17 minutes de plus par nuit et se réveillaient moins souvent (86).

Toutefois, une autre étude ne constatait aucune amélioration du sommeil à 1 an (87). La possibilité d'une petite augmentation du temps de sommeil doit être mise en balance avec la possibilité que l'introduction précoce des solides puisse interférer avec les mécanismes protecteurs permettant de prévenir la MISN et induire un surpoids (88, 89) et un sevrage précoce.

Allumer la lumière la nuit

Allumer la lumière la nuit perturbe le sommeil et les rythmes circadiens (90). La lumière bleue des appareils numériques (qui a une courte longueur d'onde) supprime la sécrétion de mélatonine et perturbe le sommeil (91). En conséquence, les activités nocturnes nécessitant d'allumer la lumière, comme tirer le lait ou changer la couche du bébé, doivent être limitées. Une lumière rouge (qui a une longueur d'onde longue) de faible intensité a un impact minimal sur le cycle éveil-sommeil chez la souris (92), et ce type de lumière pourrait être utile dans les circonstances nécessitant de la lumière.

Utilisation d'applications de surveillance du bébé et de technologies digitales

Bien que les fabricants des applications de surveillance utilisées pour surveiller l'alimentation et le sommeil du bébé affirment dans leurs publicités que cela abaisse le niveau parental d'anxiété, ces produits augmentent paradoxalement l'anxiété et limitent les interactions parent-enfant lorsque l'observation directe du bébé est remplacée par la vérification de l'application (93). Les applications et technologies qui permettent aux parents de suivre le sommeil de leur bébé en étant loin de lui normalisent la séparation parent-enfant et impliquent que certains aspects fondamentaux des soins au bébé peuvent être pris en charge par la technologie (93).

Favoriser des soins physiologiques à l'enfant

Pratiques favorisant des soins physiologiques au bébé

Des approches telles que le Possums Sleep Program (Programme de Sommeil Koalas), fondées sur la physiologie normale, peuvent aider à soutenir les parents (94, 95). Ce type d'approche est un programme centré sur les manifestations du bébé, qui peut induire un sommeil mieux consolidé lorsqu'il est utilisé chez les bébés de plus de 6 mois, et qui n'a pas d'impact négatif sur l'allaitement (96). Le marketing agressif des laits industriels n'a pas sa place dans le domaine des soins de santé, et il peut ébranler la confiance en elle de la mère (97, 98). Encourager la famille à obtenir une aide-ménagère d'une façon adaptée à leur culture s'est avéré avoir un impact positif pour la prévention de la détresse psychologique en post-partum (99).

Pratiques sociales favorisant des soins physiologiques

Des soins physiologiques au bébé sont optimalement encouragés lorsque les mères sont capables de prendre un congé de maternité suffisamment long après l'accouchement pour se rétablir, mettre en place l'allaitement et créer un lien avec leur bébé. Un congé de maternité payé d'au moins 12 semaines est associé à une meilleure santé maternelle et infantile, à une baisse des violences infligées par le partenaire, à un meilleur attachement du bébé, à un meilleur développement de l'enfant, à une baisse du risque de réhospitalisation maternelle et infantile, et à une augmentation du taux de démarrage et de la durée de l'allaitement (100). Des horaires de travail flexibles sont importants pour les familles ayant des bébés. Des soins physiologiques à l'enfant sont également encouragés lorsque les compagnons peuvent prendre un congé parental pour soutenir la mère et créer un lien avec leur bébé.

Recommandations

Pour chaque recommandation, la qualité des preuves (niveau de preuve 1, 2 et 3) et la force de la recommandation (A, B et C) sont notées selon les critères de la force de la taxonomie des recommandations (101).

1. Aider les parents à comprendre la physiologie normale et à comprendre comment s'occuper de leur bébé en répondant à ses besoins. Il est important pour les professionnels de santé de comprendre les attentes physiologiques normales, et d'informer les parents en conséquence. Les organisations professionnelles devraient agir pour minimiser l'impact de la publicité qui fait la promotion de pratiques non physiologiques.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

2. En l'absence d'autres facteurs de risque, le sommeil des mères à proximité de leurs bébés est recommandé. L'allaitement avec sommeil à proximité de son bébé en l'absence de facteurs de risque peut permettre à la mère de maximiser son repos et son bien-être si la privation de sommeil est un problème. L'allaitement avec sommeil à proximité du bébé peut protéger le bébé vis-à-vis d'un décès en rapport avec le sommeil, est associé à une alimentation du bébé en réponse à ses besoins, et à une durée plus longue d'allaitement et d'allaitement exclusif.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

3. Limiter les risques potentiels du sommeil de l'enfant dans le lit parental en permettant au bébé de dormir à proximité de bras. Un lit d'enfant maintenu contre le lit parental peut être utilisé en cas de facteurs de risque, ou si ce type de facteur survient parfois (par exemple si les parents consomment occasionnellement de l'alcool ou des sédatifs).

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

4. Limiter les risques potentiels du partage du lit parental en informant les parents sur les conditions sûres de sommeil dans ces conditions. En l'absence de données concernant les dyades pratiquant exclusivement le tire-allaitement, on ne sait pas si cette pratique représente un facteur de risque pour le sommeil du bébé dans le lit parental. La position en C (cuddle curl) devrait être présentée aux parents qui tirent-allaitent exclusivement, sachant que le partage du lit parental est courant et qu'il peut survenir involontairement.

Niveau de preuve : 3. Force de la recommandation : C.

5. Éviter les interruptions de sommeil non physiologiques pendant le sommeil nocturne maternel et infantile afin d'améliorer le bien-être parental. Cela inclut l'expression nocturne du lait, le don nocturne de biberons, et le sommeil de l'enfant hors d'atteinte des parents. Envisager une lampe rouge de faible puissance au cas où il serait nécessaire d'avoir de la lumière.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

6. Encourager la mère et son enfant à se rendormir sans interruption après une tétée nocturne pendant le sommeil dans le lit parental. Éviter de faire faire un rot au bébé après la tétée et éviter de changer sa couche

inutilement pendant la nuit. Une crème barrière appliquée au niveau du siège peut aider à prévenir une dermatite du siège.

Niveau de preuve : 2-3. Force de la recommandation : C.

7. L'entraînement au sommeil pendant environ les 6 premiers mois de vie est contre-indiqué, et cet entraînement pendant la première année n'est pas recommandé. Un programme centré sur les signaux de l'enfant pour son sommeil peut être une alternative fondée sur la physiologie pour les parents qui souhaitent faire une intervention sur le sommeil.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

8. Encourager la mère à dormir pendant que son bébé dort quand c'est possible, et rappeler aux parents que tout leur temps de sommeil ne doit pas obligatoirement survenir pendant les heures de la nuit.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

9. Encourager les mères à obtenir de l'aide pour les autres tâches ménagères, afin qu'elles puissent se focaliser sur l'allaitement et les soins à leur bébé.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

10. Encourager l'utilisation correcte d'un porte-bébé pendant la journée pour favoriser le contact physique avec le bébé. Le portage du bébé peut aider les mères à gérer les tâches ménagères en gardant leur bébé calme.

Niveau de preuve : 1. Force de la recommandation : A.

11. Inclure quelques moments de placement du bébé sur le ventre sous surveillance pourra être important pour les étapes de son développement moteur.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

12. Éviter l'introduction précoce des solides ou des substituts du lait maternel tels que les laits industriels comme stratégie pour améliorer le sommeil du bébé ou de la mère. Éviter l'exposition au matériel publicitaire des fabricants de lait maternel dans les hôpitaux et les centres médicaux.

Niveau de preuve : 2. Force de la recommandation : B.

13. Encourager les parents à suivre en direct l'alimentation et le sommeil de leur bébé, et décourager l'utilisation des applications et appareils de surveillance pour l'alimentation et le sommeil du bébé.

Niveau de preuve : 2,3. Force de la recommandation : C.

14. Militer pour au moins 12 semaines de congés payés de maternité dans les pays où ils ne sont pas accordés.

Niveau de preuve : 1. Force de la recommandation : A.

En conclusion

En comparaison de nombre des stratégies utilisées par les mères pour gérer les demandes du parentage nocturne, les mises au sein du bébé couché contre sa mère et le sommeil proximal peuvent être l'une des stratégies les plus sûres pour le bien-être de la mère et de l'enfant en l'absence de facteurs de risque. Les recherches sur la physiologie suggèrent que cela peut avoir un impact protecteur pour le bébé (12, 49, 50, 52), et que cette protection est perdue si la physiologie naturelle du sommeil proximal est perturbée. Les décès par suffocation accidentelle sont extrêmement rares chez les enfants allaités dormant dans le lit parental en l'absence de facteurs de risque (1). Les autres stratégies de gestion peuvent avoir davantage d'effets néfastes pour la mère et le bébé.

Domaines pour les futures recherches

Davantage de recherches sont nécessaires sur les soins physiologiques du bébé, en particulier dans le contexte de diverses croyances et valeurs culturelles. Des recherches sont nécessaires pour savoir si les sucettes peuvent jouer un rôle dans les soins physiologiques du bébé. Il serait utile de poursuivre les recherches sur la durée optimale d'un congé payé pour les mères et les pères. D'autres preuves sont nécessaires sur les bénéfices du sommeil du bébé dans le lit parental et le dorm'allaitement. On sait que l'allaitement est corrélé à un risque plus bas de MSIN (15), mais si c'est une relation de cause à effet, on ne sait pas vraiment quels aspects de l'allaitement sont protecteurs. Il est probable que cet impact protecteur est au moins partiellement comportemental et non uniquement lié au lait maternel en soi, et dans ce cas, le partage du lit parental pourrait y contribuer et être l'une des variables confondantes de l'impact protecteur de l'allaitement vis-à-vis de la MSIN.

D'avantage de données sur le partage du lit parental sont nécessaires chez les dyades qui tire-allaitent exclusivement, afin d'évaluer le risque de décès en rapport avec le sommeil chez leurs bébés. D'avantage de données épidémiologiques et vidéographiques seraient utiles concernant diverses méthodes d'alimentation infantile, incluant les parents transgenres. Enfin, il est d'une importance vitale de collecter systématiquement les données sur l'alimentation du bébé dans tous les cas de décès en rapport avec le sommeil.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conception et à l'écriture de cet article.

Déclaration de conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

Informations sur le financement

Aucun financement n'a été reçu pour ce protocole.

Références

1. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, et al. Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med* 2020;15(1):5-16.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1023-6-recommandation-sur-le-sommeil-partage-et-lallaitement>
2. World Health Organization. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative: Implementation Guidance. World Health Organization and UNICEF: Geneva; 2018.
3. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117(3):e387-e395.
4. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:175.
5. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36(7):493-499.
6. Ball HL. The mother-infant sleep nexus: Night-time experiences in early infancy and later outcomes. In: Gowland R, Halcrow S, eds. *The mother-infant nexus in anthropology: Small beginnings, significant outcomes*. Springer: Cham, Switzerland; 2020.
7. Ball HL, Tomori C, McKenna JJ. Toward an integrated anthropology of infant sleep. *Am Anthropol* 2019;21(3):595-612.
8. Small MF. *Our Babies Ourselves: How Biology and Culture Shape the Way We Parent*. Doubleday Dell Publishing Group: New York, NY, USA; 1998.
9. Hrdy SB. *Mother Nature: A History of Mothers, Infants, and Natural Selection*. Ballantine: New York, NY, USA; 1998.
10. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
11. Little EE, Legare CH, Carver LJ. Mother-infant physical contact predicts responsive feeding among U.S. breastfeeding mothers. *Nutrients* 2018;10(9):1251.
12. Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, et al. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Hum Dev* 2012;88(4):227-232.
13. Paul IM, Hohman EE, Loken E, et al. Mother-infant room-sharing and sleep outcomes in the INSIGHT study. *Pediatrics* 2017;140(1):e20170122.
14. Messayke S, Franco P, Forhan A, et al. Sleep habits and sleep characteristics at age one year in the ELFE birth cohort study. *Sleep Med* 2020;67:200-206.
15. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140(5):e20171324.

16. Yu X, Quante M, Rueschman M, et al. Emergence of racial/ethnic and socioeconomic differences in objectively measured sleep-wake patterns in early infancy: Results of the Rise & SHINE study. *Sleep* 2021;44(3):zsaal93.
17. Walker M. *Why We Sleep: Unlocking the Power of Sleep and Dreams*. Scribner: New York, NY, USA; 2017.
18. Volkovich E, Ben-Zion H, Karny D, et al. Sleep patterns of co-sleeping and solitary sleeping infants and mothers: A longitudinal study. *Sleep Med* 2015;16(11):1305-1312.
19. Doan T, Gardiner A, Gay CL, et al. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21(3):200-206.
20. Bei B, Milgrom J, Ericksen J, et al. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep* 2010;33(4):531-538.
21. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77(5):641-648.
22. American Academy of Pediatrics. *Baby Carriers: Back-packs, Front Pback, and Slings*. 2021. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Baby-Carriers.aspx> [Last accessed: September 11, 2022].
23. Hewitt L, Kerr E, Stanley RM, et al. Tummy time and infant health outcomes: A systematic review. *Pediatrics* 2020;145(6).
24. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding*. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [Last accessed: June 8, 2022].
25. Rudzik AEF, Ball HL. Biologically normal sleep in the mother-infant dyad. *Am J Hum Biol* 2021;33(5):e23589.
26. Tomori C. *Nighttime Breastfeeding: An American Cultural Dilemma*. Berghahn Books, New York, NY, USA; 2014.
27. Nishihara K, Horiuchi S. Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: Relationships to their infants' movements. *Percept Mot Skills* 1998;87(3 Pt 1):1043-1056.
28. Sharkey KM, Iko IN, Machan JT, et al. Infant sleep and feeding patterns are associated with maternal sleep, stress, and depressed mood in women with a history of major depressive disorder (MDD). *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):209-218.
29. Srimoragot M, Hershberger PE, Park C, et al. Infant feeding type and maternal sleep during the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res* 2022:e13625.
30. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116(5):1245-1255.
31. NICE (National Institute for Health Care Excellence). Addendum to Clinical Guideline 37, Postnatal Care. *Routine Postnatal Care of Women and Their Babies*. NICE: London; 2014.
32. Ball HL. Empowering families to make informed choices about sleep safety. *Br J Midwifery* 2015;23(3):164-165.
33. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Grupo PrevInfad/PAPPS. *Sudden Infant Death Syndrome [in Spanish]*. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Madrid; 2016.
34. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). *Postnatal Care [M] Benefits and Harms of Bed Sharing: NICE Guideline NG194*. NICE: London, United Kingdom; 2021.
35. Lullaby Trust, Baby Sleep Info Source (Basis), Public Health England, UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. *Safer Sleep for Babies: A Guide for Parents*. London; 2019.
36. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. *Caring for Your Baby at Night*. UNICEF UK: London, United Kingdom; 2022.
37. Red Nose National Scientific Advisory Group. Information statement: Sharing a sleep surface with a baby. Available from: <https://rednose.org.au/article/sharing-a-sleep-surface-with-a-baby>. [Last accessed: September 13, 2019].
38. Perinatal Services BC. *Safer Sleep for My Baby: Helping Parents and Caregivers Create a Safer Sleep Plan*. British Columbia Ministry of Health: Victoria; 2017.
39. Winnipeg Regional Health Authority. *Safer Bed-Sharing*. Available from: <https://healthyparentingwinnipeg.ca/safer-bed-sharing/> [Last accessed: September 7, 2022].
40. Moon RY, Carlin RF, Hand I; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, the Committee on Fetus and Newborn. Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057990.
41. Editorial Board. Editorials: Infant death and DCFS: Is unsafe sleep abusive? *Tribune Publishing, Chicago Tribune*. 2017. Available from: <https://www.chicagotribune.com/opinion/editorials/ct-edit-cosleep-dcfs-child-abuse-20171116-story.html>. [Last accessed: June 8, 2022].
42. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bed-sharing activity on breastfeeding duration among US

- mothers. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1038-1044.
43. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105(6):628-634.
44. Bovbjerg ML, Hill JA, Uphoff AE, et al. Women who bedshare more frequently at 14 weeks postpartum subsequently report longer durations of breastfeeding. *J Midwifery Womens Health* 2018;63(4):418-424.
45. McKenna JJ, Gettler LT. There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatr* 2015;105(1):17-21.
46. Barry ES, McKenna JJ. Reasons mothers bedshare: A review of its effects on infant behavior and development. *Infant Behav Dev* 2022;66:101684.
47. Colson ER, Willinger M, Rybin D, et al. Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1032-1037.
48. Kural B, Gokcay G. Association between infant sleep location and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2022;17(4):305-310.
49. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20(2):142-150.
50. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100(5):841-849.
51. Weissinger D, West D, Smith LJ, et al. *Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family*. Ballantine Books: New York, NY, USA;2014.
52. Baddock SA, Purnell MT, Blair PS, et al. The influence of bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2019;43:106-117.
53. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* 2013;79:92-100.
54. Bartick M, Young M, Louis-Jacques A, et al. Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Front Pediatr* 2022;10:1081028.
55. McKenna JJ, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214-219.
56. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327-336.
57. Pennestri MH, Laganieri C, Bouvette-Turcot AA, et al. Uninterrupted infant sleep, development, and maternal mood. *Pediatrics* 2018;142(6).
58. Doan T, Gay CL, Kennedy HP, et al. Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *J Clin Sleep Med* 2014;10(3):313-319.
59. Tomori C. Breastsleeping in four cultures: Comparative analysis of a biocultural body technique. In: *Breastfeeding: New Anthropological Approaches*. (Tomori C, Palmquist AE, Quinn E, eds.) Routledge: Abington, NY, USA; 2017:55-68.
60. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, et al. Diaper dermatitis: Frequency and severity among a general infant population. *Pediatr Dermatol* 1986;3(3):198-207.
61. Ersoy-Evans S, Akinci H, Dogan S, et al. Diaper dermatitis: A review of 63 children. *Pediatr Dermatol* 2016;33(3):332-336.
62. Li CH, Zhu ZH, Dai YH. Diaper dermatitis: A survey of risk factors for children aged 1-24 months in China. *J Int Med Res* 2012;40(5):1752-1760.
63. Stamatias GN, Tierney NK. Diaper dermatitis: Etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatr Dermatol* 2014;31(1):1-7.
64. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One* 2014;9(9):e107799.
65. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: Can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160(1):44-48.e42.
66. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch Womens Ment Health* 2013;16(6):539-547.
67. Thomas KA, Spieker S. Sleep, depression, and fatigue in late postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016;41(2):104-109.
68. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, et al. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med* 2018;41(5):703-710.
69. Stuebe AM, Meltzer-Brody S, Propper C, et al. The Mood, Mother, and Infant Study: Associations between maternal mood in pregnancy and breastfeeding outcome. *Breastfeed Med* 2019;14(8):551-559.
70. Douglas PS, Hill PS. Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: A systematic review. *J Dev Behav Pediatr* 2013;34(7):497-507.

71. Kawashima A, Detsuka N, Yano R. Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding. *J Rural Med* 2022;17(1):40-49.
72. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, et al. The association of breastfeeding with a reduced risk of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med* 2022;17(4):290-296.
73. Fisk AS, Tam SKE, Brown LA, et al. Light and cognition: Roles for circadian rhythms, sleep, and arousal. *Front Neurol* 2018;9:56.
74. Ortiz-Tudela E, Martinez-Nicolas A, Campos M, et al. A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Comput Biol* 2010;6(11):e1000996.
75. Keim SA, Boone KM, Oza-Frank R, et al. Pumping milk without ever feeding at the breast in the Moms2Moms study. *Breastfeed Med* 2017;12(7):422-429.
76. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, et al. Behavioral interventions for infant sleep problems: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2016;137(6):e20151486.
77. Liu A. Sleep training. *Pediatr Ann* 2020;49(3):e101-e105.
78. Davis AMB, Kramer RSS. Commentary: Does 'cry it out' really have no adverse effects on attachment? Reflections on Bilgin and Wolke (2020). *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62(12):1488-1490.
79. Loutzenhiser L, Hoffman J, Beach J. Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *J Reprod Infant Psychol* 2014;32(3):282-291.
80. Cassels T, Rosier J. The effectiveness of sleep training: Fact or fiction. *Clin Lactation* 2021;13(2):366-371.
81. D'Souza L, Cassels T. Contextual considerations in infant sleep: Offering alternative interventions to families. *Sleep Health* 2022;S2352-7218(22)00077-8.
82. Hohman EE, Savage JS, Marini ME, et al. Effect of the INSIGHT firstborn parenting intervention on secondborn sleep. *Pediatrics* 2022;150(1):e202105244.
83. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30(3):181-188.
84. Rudzik AEF, Ball HL. Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: A qualitative focus group study. *Matern Child Health J* 2016;20(1):33-40.
85. Macknin ML, Medendorp SV, Maier MC. Infant sleep and bedtime cereal. *Am J Dis Child* 1989;143(9):1066-1068.
86. Perkin MR, Bahnson HT, Logan K, et al. Association of early introduction of solids with infant sleep: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018;172(8):e180739.
87. Messayke S, Davis-Paturet C, Nicklaus S, et al. Infant feeding practices and sleep at 1 year of age in the nationwide ELFE cohort. *Matern Child Nutr* 2021;17(1):e13072.
88. Almquist-Tangen G, Dahlgren J, Roswall J, et al. Milk cereal drink increases BMI risk at 12 and 18 months, but formula does not. *Acta Paediatr* 2013;102(12):1174-1179.
89. Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, et al. Risk factors for childhood obesity in the first 1,000 days: A systematic review. *Am J Prev Med* 2016;50(6):761-779.
90. Figueiro MG. Disruption of circadian rhythms by light during day and night. *Curr Sleep Med Rep* 2017;3(2):76-84.
91. Heo JY, Kim K, Fava M, et al. Effects of smartphone use with and without blue light at night in healthy adults: A randomized, double-blind, cross-over, placebo-controlled comparison. *J Psychiatr Res* 2017;87:61-70.
92. Zhang Z, Wang HJ, Wang DR, et al. Red light at intensities above 10 lx alters sleep-wake behavior in mice. *Light Sci Appl* 2017;6(5):e16231.
93. Ball HL, Keegan AA. Digital health tools to support parents with parent-infant sleep and mental well-being. *NPJ Digit Med* 2022;5(1):185.
94. Whittingham K, Douglas P. Optimizing parent-infant sleep from birth to 6 months: A new paradigm. *Infant Ment Health J* 2014;35(6):614-623.
95. Ball HL, Taylor CE, Thomas V, et al. Development and evaluation of 'Sleep, Baby & You'-An approach to supporting parental well-being and responsive infant care-giving. *PLoS One* 2020;15(8):e0237240.
96. Ozturk M, Boran P, Ersu R, et al. Possums-based parental education for infant sleep: Cued care resulting in sustained breastfeeding. *Eur J Pediatr* 2021;180(6):1769-1776.
97. World Health Organization. Scope and Impact of Digital Marketing Strategies for Promoting Breast Milk Substitutes. WHO, Geneva; 2022.
98. World Health Organization. How the Marketing of Formula Milk Influences our Decisions on Infant Feeding. WHO, Geneva; 2022.
99. Gildner TE, Uwizeye G, Milner RL, et al. Associations between postpartum depression and assistance with household tasks and childcare during the COVID-19 pandemic: Evidence from American mothers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):828.

100. Van Niel MS, Bhatia R, Riano NS, et al. The impact of paid maternity leave on the mental and physical health of mothers and children: A review of the literature and policy implications. *Harv Rev Psychiatry* 2020;28(2):113-126.
101. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(1):59-67.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Le contenu de ce protocole est à jour au moment de sa publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Auteurs

Deena Zimmerman, MD, MPH, Auteur principal
Melissa Bartick, MD, MS, MPH, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM
Helen L. Ball, PhD, Auteur principal

Membres du comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Elizabeth Stehel, MD, Chair
Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair
Melissa C. Bartick, MD, MS, MPH, FABM
Maria Enrica Bettinelli, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM
Laura Kair, MD, MAS, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Susan Rothenberg, MD, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Heidi Szugye, DO
Gina Weissman, DMD
Nancy Wight, MD, FABM
Michal Young, MD, FABM
Gina Weissman, DMD
Deena Zimmerman, MD, MPH, FABM

Correspondance : abm@bfmed.org

Soins physiologiques aux bébés

Soutenir l'allaitement, le sommeil, et le bien-être

Accueillir un nouveau bébé peut être exigeant. L'allaitement la nuit stimule la production lactée. Les tétées nocturnes aident votre bébé à grandir.

La nuit :



Dormez près de votre bébé

Vous et votre bébé vous endormirez plus facilement. Envisagez d'utiliser un berceau attaché à votre lit (lit side-car). Allaitez couchée sur le côté.

Évitez de vous lever la nuit.

Vous asseoir et sortir du lit va perturber votre sommeil. Évitez de changer la couche de bébé la nuit. Protégez les fesses de votre bébé avec une crème barrière. Les bébés allaités n'ont habituellement pas besoin de faire un rôt.

Laissez les lumières éteintes la nuit.

Allumer la lumière perturbe le sommeil de votre famille. Évitez les activités nocturnes qui nécessitent d'allumer la lumière, ou utiliser une veilleuse rouge. Éteindre les appareils électroniques.

Allaiter la nuit plutôt que de tirer votre lait ou de donner des biberons si vous le pouvez.

La nuit, votre lait contient de la mélatonine. La mélatonine aide votre bébé à dormir et donner un biberon perturbe le sommeil.

Éviter de donner des solides ou du lait industriel pour améliorer le sommeil de votre bébé.

Les parents des bébés nourris au lait industriel peuvent expérimenter davantage de perturbations de leur sommeil que les parents de bébés allaités. Donner des solides ou du lait industriel avant 6 mois peut abaisser la production lactée.

Ne faites pas d'entraînement au sommeil pendant les 6 premiers mois. Ce n'est pas recommandé pendant la 1^{re} année. À la place, un programme de sommeil infantile fondé sur les signes du bébé peut aider les parents à gérer les nuits.

La sécurité du sommeil dans le lit parental est très importante.

Le partage du lit parental est souvent non planifié. Tout le monde peut rendre son lit plus sûr pour son bébé. Voir le protocole de l'ABM sur le partage du lit parental et l'allaitement.

Ces informations constituent un guide général pour discuter avec votre médecin. Elles peuvent ne pas être applicables à votre famille ou à votre situation.



Allaiter avec le sein le plus bas. Vous pouvez soutenir le sein avec le coude plié si vous le souhaitez.



Pendant la journée :

Portez votre bébé dans une écharpe ou un porte-bébé.

Porter votre bébé lui permet de rester calme. Vos mains sont libres pour faire d'autres choses. Assurez-vous que le dos de votre bébé est soutenu et que votre bébé est fermement maintenu contre votre corps. Le visage de votre bébé doit être dégagé.

Les activités diurnes peuvent aider votre bébé à mieux dormir la nuit.

Exposez votre bébé à la lumière et aux bruits diurnes normaux. Inclure des périodes pendant lesquelles votre bébé est sur le ventre sous votre surveillance.

Faites la sieste en même temps que votre bébé si vous le pouvez.

Focalisez-vous sur les signes comportementaux de votre bébé.

Les applications de surveillance ne sont pas nécessaires.

Demandez de l'aide.

D'autres personnes peuvent changer, baigner et habiller votre bébé. Ils peuvent aussi aider pour la cuisine, le ménage et les enfants plus âgés.



Allaiter avec le sein le plus haut implique que vous n'avez pas besoin de vous retourner pour donner les deux seins