

## Recommandations sur le sommeil partagé et l'allaitement

Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, revision 2019. Peter S. Blair<sup>1</sup>, Helen L. Ball<sup>2</sup>, James J. McKenna<sup>3,4</sup>, Lori Feldman-Winter<sup>5</sup>, Kathleen A. Marinelli<sup>6,7</sup>, Melissa C. Bartick<sup>8</sup>, and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2020; 15(1):

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi 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.

### Objectif

Le partage du lit parental favorise le démarrage de l'allaitement (1), augmente sa durée (2-7) et son exclusivité (7, 8). Les organisations médicales et de santé publique de certains pays déconseillent le partage du lit parental en raison d'une augmentation du risque de décès de l'enfant (9, 10). Toutefois, ce partage pourrait augmenter le risque uniquement dans certaines circonstances, comme cela a été constaté par une étude épidémiologique (11, Table 1). Notre objectif est de faire le point sur les données disponibles sur les bénéfices et les risques du partage du lit parental, et de proposer des recommandations scientifiquement fondées qui favorisent la santé maternelle et infantile via une augmentation de la durée de l'allaitement (12). Les recommandations de ce protocole s'appliquent aux dyades mère-enfant qui ont commencé l'allaitement, dans le cadre du domicile parental, et ne s'appliquent pas aux services hospitaliers ou aux centres de naissance.

### Sommaire

Le niveau des preuves (1-5) d'après le Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (13) est donné entre parenthèses et il est fondé sur les citations qui sont données plus bas dans le matériel de soutien. Voir cette rubrique pour les définitions des concepts de « sommeil dans le lit parental », « MSIN » et « sommeil séparé » utilisées dans ce protocole, ainsi que la définition pour le « dorm'allaitement ».

Globalement, les études menées sur le partage du lit parental et l'allaitement montrent que la proximité nocturne favorise une plus longue durée d'allaitement exclusif et une plus longue durée totale d'allaitement (2, 4, 14 ; niveau 2-3). Des informations sur le partage du lit parental dans de bonnes conditions de sécurité devraient être incluses dans les recommandations pour le suivi de la grossesse et du post-partum (15-19). Les données existantes ne permettent pas de conclure que le partage du lit parental par les enfants allaités (le dorm'allaitement) favorise la mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN) en l'absence d'autres facteurs de risque connus (11 ; niveau 3 ; voir Table 1). Des études plus vastes incluant un groupe témoin adéquat sont nécessaires pour mieux comprendre les relations entre le partage du lit parental et les décès infantiles en l'absence d'autres facteurs de risque à différents âges (20 ; niveau 2-3), et il est nécessaire de peser ces risques par rapport aux conséquences du sommeil séparé. Ce dernier présente en effet des risques (y compris en cas de sommeil dans la chambre parentale) qui incluent le risque d'un sevrage précoce, le risque d'une baisse de la production lactée en raison des tétées moins fréquentes pendant la nuit, et un partage du lit parental non intentionnel (5, 21, 22 ; niveau 1-3). Les recommandations concernant le partage du lit parental doivent prendre en compte les connaissances, convictions et préférences de la mère, et reconnaître tant ses bénéfices que ses risques (23, 24 ; niveau 5).

### Recommandations

*Toutes les familles devraient être informées sur les pratiques sûres de sommeil.*

La Table 2 résume les conseils en la matière par ordre d'importance à partir du degré de fiabilité des preuves. De plus, nous faisons les recommandations suivantes :

**TABLE 1. FACTEURS ET CIRCONSTANCES A RISQUE PENDANT LE PARTAGE DU LIT PARENTAL**

Ce sont des facteurs qui augmentent le risque de MSIN et d'accidents fatals pendant le sommeil, soit seuls, soit combinés avec le partage du lit parental (11, 26, 41, 42).

- Sommeil sur un canapé avec un adulte qui dort (partage d'un canapé)
- Enfant dormant près d'un adulte dont l'état est altéré par l'alcool<sup>a</sup> ou les drogues
- Enfant dormant près d'un adulte qui fume
- Enfant placé pour dormir sur le ventre
- Enfant n'ayant jamais été allaité
- Partage d'un fauteuil avec un adulte endormi
- Sommeil sur un lit mou
- Enfant prématuré ou de petit poids de naissance

<sup>a</sup> Le volume d'alcool induisant une altération de l'état est abordé dans le texte.  
MSIN : mort subite inexpliquée du nourrisson

lit avec vous ?

3. Rechercher les familles à risque de MSIN pendant le partage du lit parental : prématurés (26, 27 ; niveau 2 et 3), enfants exposés au tabagisme maternel pendant la grossesse (28, 29, 30 ; niveau 1, 4 et 5), autre personne fumeuse au domicile (28, 11, 31, 32 ; niveau 1, 3, 4 et 4), consommation d'alcool (11, niveau 3) ou de drogues par une personne vivant avec l'enfant, qui pourra donc avoir à s'en occuper et qui pourra s'endormir avec lui.
4. Des informations et des conseils sur le partage du lit parental devraient être données même aux parents chez qui cette pratique doit être déconseillée (familles dans lesquelles elle est à risque) car il faut partir du principe que les parents pourront s'endormir avec leur enfant dans leur lit, même de façon non intentionnelle (33 ; niveau 1). Voir la Table 3 pour les stratégies permettant de limiter les risques.
  - a. Ces discussions peuvent inclure les moyens de rendre la zone de sommeil aussi sûre que possible et montrer comment limiter l'impact des facteurs de risque même si cela ne les élimine pas (voir Table 2).
  - b. Par exemple, si un des parents est fumeur, on pourra discuter de l'allaitement, de la position de sommeil, de la surface de sommeil, du matériel de couchage et de l'endroit où le bébé fait ses siestes seul.

**TABLE 2. CONSEILS POUR DES PRATIQUES SURES DE PARTAGE DU LIT PARENTAL PAR ORDRE D'IMPORTANCE**

1. Ne jamais dormir avec un bébé sur un canapé, un fauteuil ou une surface non adaptée, incluant des coussins (11, niveau 3).
2. Mettre les bébés à dormir loin d'une personne dont l'état d'éveil est altéré par l'alcool ou la drogue (11, niveau 3).
3. Mettre l'enfant à dormir sur le dos (11, 43, 44, niveau 3, 4 et 5).
4. Mettre l'enfant à dormir loin d'une exposition au tabagisme passif et loin d'une personne qui est fumeuse (28, niveau 1) ou de vêtements ou d'objets qui sentent le tabac (exposition tertiaire, 45, niveau 5 - À noter que cela ne sera pas possible si la mère est fumeuse).
5. Le lit devrait être éloigné du mur et des meubles afin d'éviter que la tête ou le corps de l'enfant se retrouve coincé (46, niveau 1).
6. La surface du lit devrait être ferme, comme celle d'un berceau (41, niveau 3), sans couverture épaisse (couette ou duvet), oreiller ou autre objet susceptible de recouvrir la tête du bébé et de l'asphyxier.
7. L'enfant ne devrait pas être laissé seul sur un lit d'adulte (47, niveau 1).
8. La position en C (mère enroulée autour de son bébé), la tête de l'enfant étant au niveau des seins de l'adulte, les jambes et les bras de l'adulte autour de l'enfant, l'enfant étant sur le dos loin de l'oreiller, est la position optimale de sommeil (Fig. 1, 48, 49, niveau 4).
9. Les données sont insuffisantes pour émettre des recommandations concernant le partage du lit avec plusieurs personnes, ou la position de l'enfant dans le lit par rapport aux 2 parents en l'absence d'autres facteurs de risque (50, 51). Il faudra prendre en compte pour chaque environnement les circonstances culturelles spécifiques à cet environnement dans le cadre des conditions de sommeil.

1. Les professionnels de santé devraient discuter avec TOUS les parents en posant des questions ouvertes sur la sécurité du partage du lit parental dans la mesure où celui-ci a de fortes chances d'être pratiqué de façon volontaire ou non intentionnelle (25 ; niveau 4). Ces discussions devraient débiter dès le début du suivi prénatal, se poursuivre régulièrement pendant la petite enfance, et inclure le plus grand nombre possible des personnes qui s'occuperont du bébé. Les questions ouvertes qui se sont avérées utiles pour démarrer cette discussion incluent :
  - a. Quels sont vos plans concernant l'endroit où votre bébé va dormir ?
  - b. Que pensez-vous de cette zone de sommeil ?
  - c. Est-ce que votre bébé pourra se retrouver dans votre

*Les conversations avec une famille qui pratique le partage du lit parental devraient être dépourvues de jugements de valeur et prendre en compte le contexte.*

- Arrêter de stigmatiser les parents au sujet du partage du lit parental et informer tous les parents sur le sujet peut potentiellement réduire le risque de décès infantile. Le partage du lit parental est biologiquement inné chez les humains et il est un mécanisme comportemental. Ce n'est pas une pratique singulière, séparée du contexte ou cohérente, elle inclut toute une gamme de comportements dont certains sont à risque, ce qui rend les discussions sur sa sécurité très importantes.
- Discuter du concept de dorm'allaitement avec les familles allaitantes est un bon moyen de discuter de la sécurité du partage du lit parental dans ce contexte. Utiliser la théorie du comportement planifié a toutes les chances d'être plus efficace si les informations concordent à la fois avec les normes sociales et les convictions (34, niveau 2).
- Des questionnaires standardisés sont des ressources importantes (35, 36). Commencer par des questions ouvertes aide à identifier et à comprendre l'expérience vécue par les parents et les familles. Il est capital de reconnaître que la médecine fondée sur les preuves intègre « la prise en compte bienveillante de la situation, des droits et des préférences de chaque patient » (23 ; niveau 5). Des conseils dépourvus de jugement aident à construire une relation patient-

médecin fondée sur la confiance, nécessaire pour que les patients soient sincères et que les conseils soient efficaces (10 ; niveau 5).

### *Recommandations de politique publique*

Des interventions sociétales structurelles sont essentielles, quels que soient les conseils en matière d'arrangements de sommeil. Dans la mesure où de nombreux parents auront des contacts limités avec le système de santé (33), recommander des améliorations structurelles est capital. Les responsables politiques devraient évaluer les stratégies suivantes, susceptibles d'abaisser la mortalité infantile :

1. Augmenter le prix du tabac, une stratégie qui diminue immédiatement et significativement la mortalité infantile en Europe (37 ; niveau 5).
2. Mettre fin aux biais ethniques du système de santé qui sabotent l'allaitement et augmentent les risques pour la santé des mères et des enfants (38, 39, 40 ; niveau 2, 2 et 3).
3. Plaider pour l'allocation de fonds et de ressources sur les facteurs de risque de décès infantile lié au sommeil par rapport aux données scientifiquement fondées sur le niveau de risque.

**TABLE 3. STRATEGIES DE MINIMISATION DU RISQUE POUR LES FAMILLES CHEZ QUI LE PARTAGE DU LIT PARENTAL EST A HAUT RISQUE**

- Augmenter la promotion et le soutien à l'allaitement (12, 42, 52, niveau 1 ; 52, niveau 3).
- Référer à une consultation de soutien à l'arrêt du tabagisme et de la consommation d'alcool et/ou de drogues (28, niveau 1 ; 11, niveau 3).
- Augmenter la répétition de messages multimodaux concernant les risques du co-sommeil sur un canapé, le partage du lit parental en présence d'autres facteurs de risque, incluant le sommeil avec un adulte dont le comportement est altéré ou le tabagisme. L'envoi de messages téléphoniques et d'e-mails incluant des vidéos ou l'utilisation des réseaux sociaux pourra être utile si les parents peuvent y accéder (34, 53, 54, niveau 2).
- L'utilisation d'un berceau en side-car ou d'un couffin posé sur le lit parental (wahakura, Pēpi-Pod®) peut être envisagée (1, 55, niveau 2).
- Souligner l'importance du sommeil de l'enfant dans la chambre parentale lorsque le partage du lit parental ne peut pas être fait dans de bonnes conditions de sécurité.
- Prendre en compte l'importance de l'implication du conjoint et des autres personnes responsables des soins à l'enfant pendant les périodes de sommeil.

## Données scientifiques et matériel de support

### *Définitions*

La MSIN est définie ici comme le décès soudain et inattendu d'un nourrisson après analyse des données concernant le cas et la situation spécifique et/ou autopsie. La MSIN a un code spécifique, R95, dans l'International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10, 56). Le code pour les « autres causes de décès liées à une maladie ou à une cause non spécifiée » (R99) est utilisé lorsque la cause du décès est inconnue ou lorsque les données sont insuffisantes pour le qualifier de MSIN, même si une MSIN est suspectée mais qu'une investigation détaillée n'a pas été menée. Une suffocation ou un étranglement accidentels dans le lit (ASSB, W75) sont codés ainsi lorsqu'il y a eu asphyxie, strangulation ou suffocation dans un lit, un berceau, un canapé ou un fauteuil.

La mort inattendue du nourrisson (MIN – SUDI) est un terme générique utilisé pour tous les décès inattendus chez les jeunes enfants, qu'ils soient inexplicables (codés comme R95 ou R99) ou qu'une cause soit finalement pleinement établie.

Mesure approximative de la MSIN. Pour favoriser les comparaisons entre les données de ce protocole et celles utilisées à l'échelle internationale, nous regroupons sous l'acronyme MSIN (ou MIN) les décès codés comme R95, R99 et W75 (57). Nous reconnaissons en cela les difficultés diagnostiques pointées par Taylor et al (58) et Shapiro-Menzoda et al (59) ces dernières années, qui font que certains pathologistes et médecins légistes semblent hésiter à qualifier un décès de MSIN (R95) car ce diagnostic suppose l'exclusion de toute autre cause de décès. En conséquence, l'utilisation des codes R99 ou W75 est préférée même en l'absence de preuves incomplètes ou faibles que l'écrasement de l'enfant (étouffement accidentel) pourrait être la cause du décès. Le glissement du diagnostic vers l'ASSB (W75) est plus courant aux États-Unis qu'au Royaume-Uni (60).

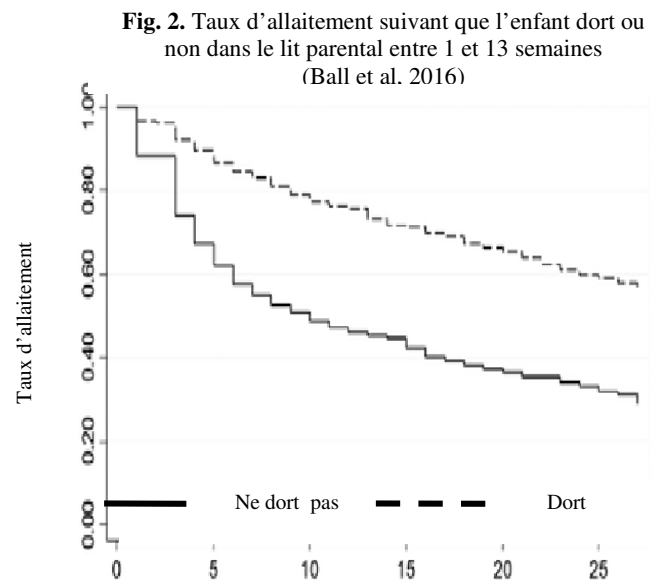
Le partage du lit parental est défini comme le sommeil de l'enfant dans un lit d'adulte et avec un adulte, à savoir dans ce protocole le sommeil de l'enfant près d'une personne qui s'occupe de lui, le plus souvent sa mère. Le lit peut être un matelas ou un futon avec un niveau variable de fermeté en fonction des matériaux qui le constituent.

Le co-sommeil inclut à la fois le sommeil sur la même surface et le sommeil à proximité mais pas sur une même surface de sommeil. Par souci de clarté, le terme co-sommeil n'est pas utilisé dans ce protocole.

Sommeil séparé versus sommeil solitaire : nous utilisons l'expression « sommeil séparé » pour qualifier le partage de la chambre parentale sans partage du lit parental, tandis que l'expression « sommeil solitaire » qualifie le sommeil de l'enfant dans une autre pièce que la chambre parentale.



**Fig. 1.** Position en C ou « mère enroulée autour du bébé ». Les mères qui dorment allaitent adoptent une position caractéristique et protectrice de sommeil et créent avec leur corps un espace sûr de sommeil pour leur bébé qui dort contre elles. Le bras de la mère est au dessus de la tête du bébé, ce qui lui évite d'être près de l'oreiller, et ses genoux sont contre les pieds du bébé, ce qui lui évite de descendre dans le lit. Le bébé est sur le dos sur un matelas ferme pendant son sommeil, et près des seins de la mère pour y accéder facilement. ©Baby Sleep Information Source, licensed for use under Creative Commons, 2016. Color images are available online.



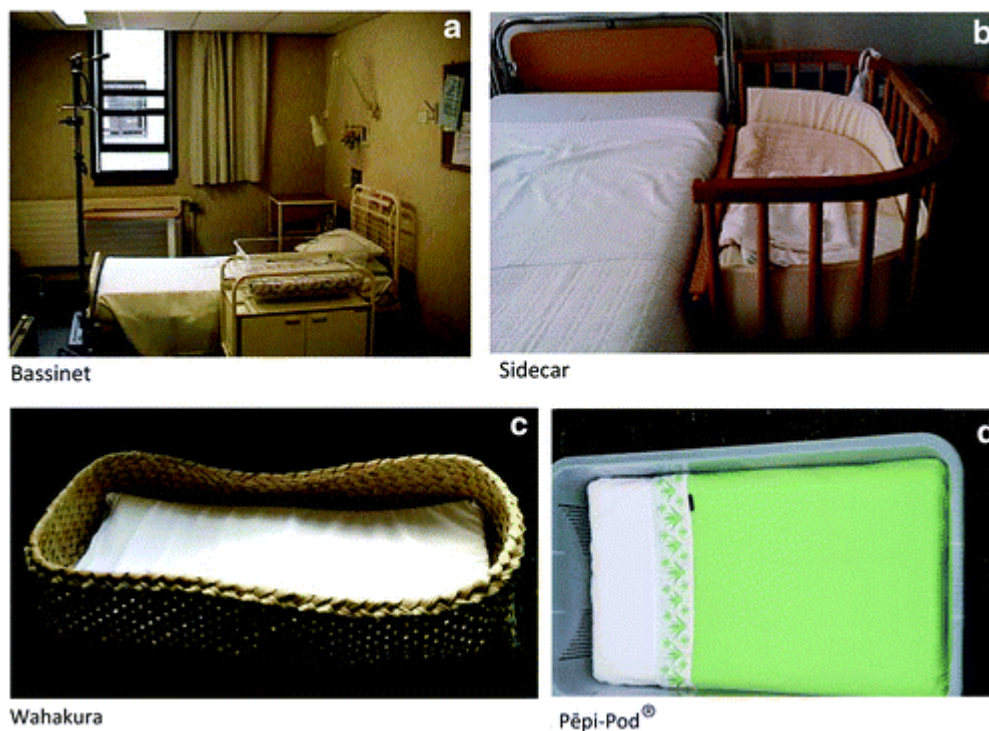
### *Histoire, contexte et anthropologie du lieu de sommeil du bébé*

Le lait humain a un taux plus bas de nutriments que celui d'autres mammifères (par exemple la vache, 61) et il est digéré très rapidement. Un nourrisson en pleine croissance tète au moins 8 à 12 fois par 24 heures (62). Cette fréquence des tétées est difficile à obtenir si l'enfant n'est pas en contact étroit avec sa mère nuit et jour (1, 8). Le partage du lit parental constitue la norme évolutionnaire pour notre espèce, comme cela a été constaté dans les études anthropologiques (63-67).

Dans les pays industrialisés et jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, la plupart des enfants étaient allaités et dormaient dans le lit parental (68). Par la suite, le sommeil solitaire s'est développé comme étant un idéal à atteindre dans les classes moyennes, ce comportement étant renforcé par l'augmentation de l'utilisation des préparations pour nourrissons, de la médicalisation de la naissance, et de la séparation de la mère et de son enfant (65, 68). Entraîner les bébés à dormir est également devenu une pratique très populaire dans certains pays industrialisés (68). Les substituts du lait maternel (comme les préparations pour nourrissons) ont favorisé cette tendance dans la mesure où les enfants nourris avec ces laits ont tendance à faire des repas plus espacés (69) et peuvent dormir plus profondément que les enfants allaités (70).

Les questions autour de la durée et du lieu de sommeil des nourrissons ne sont pas apparues avant la fin du 19<sup>e</sup> et le début du 20<sup>e</sup> siècle dans les pays industrialisés (68), ce qui démontre que les recherches sur le sommeil ont été menées dans un contexte historique où l'alimentation avec une préparation pour nourrissons et le sommeil solitaire devenaient la norme. Bien que les parents et les personnes prenant soin du bébé dorment à proximité de leurs enfants dans la majorité des cultures, les organisations de certains pays, incluant les États-Unis, le Canada et l'Allemagne, ont recommandé que même les mères allaitantes ne devaient jamais dormir sur la même surface que leurs enfants (10, 71-73).

Le concept de « dorm'allaitement » a été proposé pour décrire un modèle fondé sur la biologie, qui implique un contact soutenu entre la mère et son enfant, débutant immédiatement après la naissance, l'allaitement et le sommeil étant inextricablement combinés, à condition qu'il n'y a pas de facteurs de risque (15, 64). Comme décrit dans diverses cultures partout dans le monde, le bébé dont la mère pratique le dorm'allaitement tète fréquemment pendant la nuit alors qu'il dort dans le lit près de sa mère, et le matin la mère pourra ne même pas se rappeler combien de fois son bébé a été tété ou pendant combien de temps (74). Le concept de dorm'allaitement reconnaît le rôle capital d'un contact immédiat et soutenu dans l'établissement optimal de l'allaitement (63, 75, 76), ainsi que le fait que les dyades qui pratiquent le dorm'allaitement peuvent avoir un comportement et une physiologie différents de ceux des dyades non allaitantes qui pratiquent le partage du lit parental, ce qui signifie que les conditions de sécurité du partage du lit parental avec allaitement versus alimentation avec une préparation pour nourrissons nécessitent des approches différentes (4, 21, 77, 78).



Lorsqu'une mère allaitante dort avec son bébé, elle le protège vis-à-vis de divers facteurs potentiels de stress physiologique incluant la couverture des voies aériennes supérieures ou l'hyperthermie, et ce en raison des caractéristiques spécifiques de sommeil de la dyade (mère enroulée autour de son enfant, créant avec son corps un espace de sommeil) connues comme la position en C (48) ou la « curdle curb » (enroulement en nid – Fig 1). Leur vigilance continue, qui se manifeste via des microréveils fréquents, favorise des réveils réguliers du bébé pendant

**Fig. 3.** Berceau séparé (a), berceau en side-car (b), wahakura (c) et Pēpi-Pod® (d)

la nuit (21, 78-80). Dans 2 petites études ayant effectué des enregistrements vidéo, les mères qui n'avaient jamais allaité manifestaient moins fréquemment ces comportements protecteurs (78, 81).

Par rapport aux enfants allaités qui dorment seuls, les enfants qui pratiquent le dorm'allaitement passent moins de temps en sommeil de stade 3-4 (sommeil profond) et davantage de temps en sommeil de stade 1-2 (sommeil plus léger), ce qui facilite un réveil rapide de l'enfant et la fin des épisodes d'apnée. Le temps supplémentaire consacré à l'enfant pendant le dorm'allaitement par rapport au temps plus faible qui lui est consacré lorsque l'enfant dort séparément peut avoir un impact sur les réponses épigénétiques au stress chez l'enfant, via l'impact éventuel des soins maternels sur les réponses de régulation (82).

En dépit des décennies pendant lesquelles on a recommandé aux parents d'éviter le contact mère-enfant pendant le sommeil, les chercheurs rapportent que pour n'importe quelle nuit, 20 à 25 % des parents aux États-Unis et en Grande-Bretagne qui ont un bébé de < 3 mois prennent leur bébé dans leur lit pendant au moins certaines nuits (83, 84), et que > 40 % des parents vivant dans les pays occidentaux dans leur ensemble l'ont fait à un quelconque moment des 3 premiers mois (83, 85-91). Ces pourcentages pourraient être sous-estimés en raison de la stigmatisation du partage du lit parental, en particulier aux États-Unis. Les parents rapportent diverses raisons pour prendre leur bébé dans leur lit, incluant des convictions culturelles ou religieuses fortement ancrées, une certaine philosophie du parentage, le lien physiologique entre la lactation et les tétées nocturnes, ou une pulsion biologique qui pousse le parent à vouloir absolument un contact étroit avec son enfant (25, 89, 92-94). Les parents expliquent que dormir avec leur enfant rend le parentage nocturne plus simple, les aide à surveiller leur bébé, à le reconforter, et leur permet aussi de mieux dormir (8, 25, 95). Parfois, les parents disent qu'ils n'ont pas d'autre endroit que leur lit pour mettre leur bébé la nuit, ou qu'ils se sont endormis sans le vouloir avec leur bébé (25, 89, 96). D'autres rapportent avoir débuté le partage du lit parental en cas de surdité de l'enfant ou de la mère, ou pour protéger l'enfant de risques environnementaux (vermine, agressions, tremblement de terre...) ou vis-à-vis de la MSIN (97-99).

Les mères allaitantes représentent le groupe le plus important de personnes pratiquant le partage du lit parental. Le contact entre la mère et son enfant favorise les tétées nocturnes, et plusieurs études ont démontré que le partage du lit parental était associé à des tétées nocturnes plus fréquentes (ce qui favorise une sécrétion lactée abondante) et à une durée plus longue d'allaitement (2, 4, 14, 90 ; Fig 2). Les femmes qui sont les plus motivées pour allaiter en période prénatale sont plus nombreuses à pratiquer le partage du lit parental (4), tandis que les femmes qui souhaitaient allaiter mais qui ne prévoyaient pas au départ de prendre leur bébé dans leur lit finissent souvent par le faire (8, 100). Si les mères allaitantes se réveillent plus souvent pour faire téter leur bébé, elles se réveillent pendant des périodes plus courtes et se rendorment plus rapidement (79). Elles arrivent donc à dormir plus longtemps que les mères qui ne pratiquent pas le partage du lit parental (14). Le partage du lit parental est une stratégie utilisée par

les mères allaitantes pour diminuer le coût physique et social du maternage, comme les interruptions de sommeil (102). Une étude observationnelle a montré que, par rapport aux mères qui prennent leur bébé dans leur chambre sans le prendre dans leur lit, les mères qui prennent leur bébé dans leur lit sont plus nombreuses à allaiter exclusivement (RR ajusté : 2,46, intervalle de confiance à 95 % : 1,76-3,45) ou partiellement (RR ajusté : 1,75, intervalle de confiance à 95 % : 1,33-2,31). En conséquence, recommander d'éviter le partage du lit parental peut potentiellement empêcher la mère d'atteindre ses objectifs en matière d'allaitement (3, 8, 104, 105) et peut augmenter le risque de sommeil dans de mauvaises conditions de sécurité comme le sommeil sur un canapé (106).

Bien que les mères puissent dormir séparées de leur enfant et allaiter exclusivement, la séparation implique une fréquence plus basse de tétées nocturnes. Le nombre de tétées nocturnes et le temps passé au sein par l'enfant sont 2 à 3 fois plus élevés en cas de partage du lit parental qu'en cas de sommeil solitaire (6). Dans une étude randomisée menée sur les facteurs corrélés au démarrage de l'allaitement (1), le nombre de tétées nocturnes était plus de 2 fois plus bas pendant le séjour en maternité lorsque l'enfant dormait seul dans un berceau séparé du lit maternel (Fig 3a) que lorsqu'il dormait dans un berceau attenant au lit maternel (Fig 3b) ou en cas de sommeil dans le lit de la mère. Dans une étude menée sur une population où le taux d'allaitement est bas, conseiller aux parents de prendre leur bébé dans leur chambre mais pas dans leur lit permettait d'obtenir une durée totale similaire d'allaitement mais n'augmentait pas la durée de l'allaitement exclusif (22).

### *Partage du lit parental et MSIN : données épidémiologiques et observationnelles*

L'alimentation avec un substitut du lait maternel (préparation pour nourrissons) est associée à une augmentation significative du risque de MSIN (42). Cela pourrait être lié aux réveils moins fréquents de l'enfant ou à un risque plus élevé d'infections par rapport aux enfants allaités (52). De plus, des études utilisant des vidéos ont montré que, pendant le dorm'allaitement, les bébés allaités dorment systématiquement avec la tête située nettement plus bas que les oreillers car ils sont proches des seins de leur mère (21, 78, 81), ce qui limite le risque de suffocation par rapport aux enfants nourris avec une préparation pour nourrissons, chez lesquels on a constaté qu'ils étaient mis intentionnellement sur ou à côté de l'oreiller. Les données vidéos montrent que les enfants allaités dorment rarement sur le ventre (21, 81). Hauck et al ont démontré que la baisse de la MSIN liée à l'allaitement est biologiquement fondée en se fondant sur la plausibilité, la cohérence des résultats des études sur le sujet, l'importance de la corrélation (qui est devenue encore plus importante depuis, 42), du timing de l'association et de l'impact dose-dépendant, et que cette corrélation n'est pas simplement un marqueur d'autres facteurs protecteurs tels que l'absence d'exposition au tabagisme ou les facteurs sociodémographiques (52). Le mécanisme à l'origine de cette protection est inconnu. Toutefois, c'est probablement une combinaison de facteurs comportementaux maternels, des propriétés immunologiques et nutritionnelles du lait humain, et de l'impact physiologique de la succion sur l'état d'éveil.

Environ la moitié des cas de MSIN surviennent lorsqu'un enfant dort à côté d'un adulte, comme l'a constaté une récente étude cas-témoin observationnelle, les autres décès survenant chez des enfants qui dorment seuls dans un berceau (9, 11). Dans une étude longitudinale anglaise menée sur 300 MSIN consécutives sur une période de 20 ans, le nombre de décès survenus pendant le partage du lit parental a baissé de moitié après la campagne de promotion de sommeil de l'enfant sur le dos (107). Mais dans cette même cohorte, le taux de décès pendant le sommeil de l'enfant dans un berceau a été divisé par 7, ce qui suggère que les enfants dormant seuls dans un berceau étaient beaucoup plus souvent mis sur le dos que ceux qui dormaient dans le lit parental (11, 107). Cette tendance a également eu pour conséquence une augmentation du pourcentage d'enfants décédés dans le lit parental en dépit de la baisse de leur nombre absolu. Et c'est cette augmentation de pourcentage qui a amené les législateurs de certains pays à déconseiller le partage du lit parental, ainsi que des organisations telles que l'Académie Américaine de Pédiatrie, qui a commencé à le faire dans une recommandation datant de 2005 (10, 108). Dans une méta-analyse incluant 11 études cas-témoin sur la MSIN et publiée en 2012, le regroupement de toutes les données aboutissait à un risque 3 fois plus élevé de décès dans le lit parental, même si cette relation n'était pas statistiquement significative chez les enfants plus âgés (> 12 semaines), ceux qui n'étaient pas exposés au tabagisme passif, et le risque n'était significatif que lorsque le partage du lit parental était non intentionnel, pas lorsqu'il était régulier. De plus, l'analyse ne prenait pas en compte l'allaitement (109).

Les interactions entre le partage du lit parental et le tabagisme maternel en tant que facteur de risque de MSIN ont été identifiées pour la première fois dans la New Zealand Cot Death Study en 1993 (31), le risque étant plus de 4 fois plus élevé (RR : 4,55, IC à 95 % : 2,63-7,88) par rapport aux bébés dormant avec une mère non fumeuse (RR : 0,98, IC à 95 % : 0,44-2,18) dans cette étude (32). L'exposition anténatale au tabagisme maternel n'est pas juste un marqueur du statut socioéconomique, elle est également associée à des modifications du niveau d'éveil de l'enfant et à des constatations pathologiques au niveau du cerveau des enfants exposés (29, 30).

L'analyse combinée de 400 enfants décédés de MSIN et de 1 386 enfants constituant le groupe témoin, inclus dans 2 études anglaises, a constaté un taux 18 fois plus élevé de MSIN chez les enfants qui dormaient avec un adulte sur un canapé, ou avec un adulte qui avaient consommé > 2 unités d'alcool (ce qui correspond à environ 440 ml de bière, 175 ml de vin ou 50 ml d'alcool fort) sur 24 heures, le risque étant 4 fois plus élevé en cas de tabagisme parental (11). En l'absence de facteurs de risque, le risque de MSIN n'était pas plus élevé chez les enfants dormant dans le lit parental que chez les enfants qui n'y dormaient pas (sommeil dans la chambre parentale ou dans une pièce séparée – RR : 1,08, IC à 95 % : 0,58-2,01). Lorsqu'on analysait séparément les données concernant les enfants les plus jeunes (< 3 mois) par rapport aux enfants plus âgés, on constatait un risque plus élevé mais non statistiquement significatif chez les enfants plus jeunes (RR : 1,6, IC à 95 % : 0,96-2,7) et un impact protecteur significatif du partage du lit parental dans de bonnes conditions de sécurité chez les enfants plus âgés (RR : 0,08 ; IC à 95% : 0,01-0,52). D'autres études, incluant davantage d'enfants et menées selon une méthodologie de qualité élevée, seraient nécessaires pour évaluer l'impact en fonction de l'âge de l'enfant et des autres facteurs tels que la consommation parentale de drogues, la position de sommeil de l'enfant ou le partage de la chambre parentale.

En revanche, dans une analyse combinée similaire, un risque 5 fois plus élevé était constaté chez les enfants les plus jeunes en cas de partage du lit parental sans autres facteurs de risque (9). Toutefois, le groupe de référence pour cette étude était composé de bébés de sexe féminin allaités et mis sur le dos pour dormir près du lit parental en l'absence d'autres facteurs de risque, les parents étant non-fumeurs. Cela augmentait la différence de risque entre les 2 groupes et rendait les résultats non généralisables et difficiles à interpréter, car tant les facteurs protecteurs (détaillés dans le groupe de référence) que les facteurs de risque potentiels (partage du lit parental) étaient quantifiés en même temps.

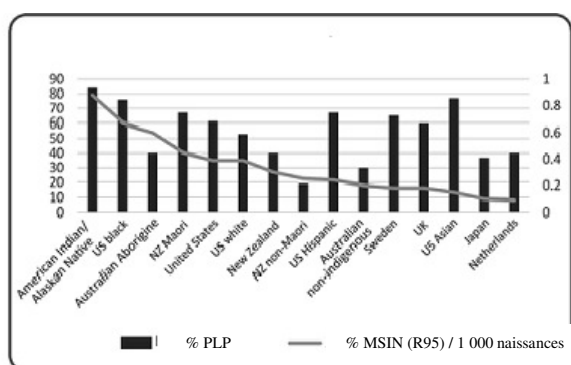
Des données limitées existent sur le partage du lit parental avec des personnes s'occupant de l'enfant autres que la mère. Une seule étude menée dans la ville de Chicago (États-Unis) constatait une augmentation du risque de décès en cas de partage du lit parental avec diverses personnes (autres enfants seuls ou avec un ou les deux parents, ou personnes autres que les parents – 50), mais la relation de cause à effet n'est pas claire. Dans une étude écossaise, on constatait une augmentation significative du risque lorsque l'enfant dormait entre les deux parents (51), mais cette étude ne prenait pas en compte la consommation d'alcool ou d'autres drogues, ce qui est un problème dans la mesure où la prévalence des épisodes de beuverie (consommation ponctuelle mais importante d'alcool) est élevée en Grande-Bretagne (27,1% des personnes de > 15 ans) par rapport à d'autres pays industrialisés (110).

### Epidémiologie de la MSIN

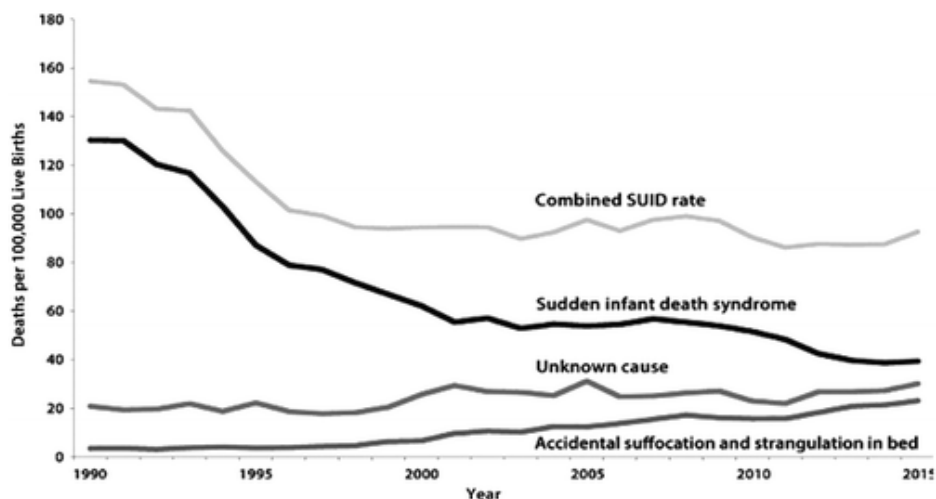
La MSIN est plus fréquente dans les communautés défavorisées (46, 107) ou marginalisées vivant dans les pays développés, la prévalence la plus élevée au monde étant constatée aux États-Unis, chez les natifs américains ou d'Alaska et chez les natifs africains, et dans d'autres pays chez les natifs canadiens, les Maoris en Nouvelle-

Zélande, les Aborigènes en Australie et les indigènes des îles du détroit de Torres (33). Le partage du lit parental est courant et culturellement valorisé dans ces communautés marginalisées. Toutefois, de nombreuses populations chez qui le taux de partage du lit parental est élevé ont également un faible taux de MSIN (33, 111), comme les Suédois (33), les Asiatiques et les Hispaniques vivant aux États-Unis (Fig 4). Ces observations contradictoires peuvent s'expliquer par la présence ou l'absence de divers autres facteurs de risque (33). La suffocation par le corps d'un parent est surtout constatée dans des conditions de pauvreté, de racisme structurel et de traumatismes historiques, ainsi qu'en présence de facteurs tels que le tabagisme maternel anténatal, la consommation d'alcool, la naissance prématurée, un mauvais suivi prénatal et l'alimentation avec une préparation pour nourrissons. Aux États-Unis, moins de la moitié des mères d'un enfant décédé de MSIN avaient bénéficié d'un suivi prénatal correct (33), alors que les relations entre ce suivi et le risque de MSIN ont été démontré par des études (112, 113). Le racisme structurel joue également un rôle. Les bébés afro-américains sont plus nombreux à recevoir des suppléments de préparation pour

Partage du lit parental en tant que norme culturelle et MSIN



**Fig. 4** Le partage du lit parental (de quelque durée que ce soit) en tant que norme culturelle et le risque de MSIN. Source: Taken from data from Bartick and Tomori, 2019. La plupart des données sur la MSIN datent de 2014. Celles pour l'Australie datent de 2008–2012, celles pour le Japon de 2015, celles des Pays-Bas et de Suède sont de 2013. Le terme Aborigène se réfère aux Aborigènes d'Australie et des Îles du Détroit de Torres. MSIN : mort subite inexplicable du nourrisson.



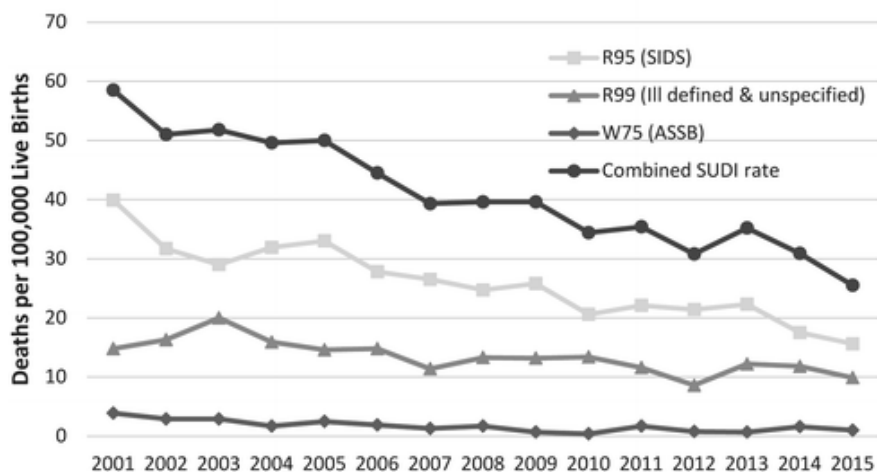
**Fig. 5.** Evolution du taux de MSIN et de MSN aux États-Unis (1990-2015). Source : Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics (CDC/NCHS), National Vital Statistics System, Compressed Mortality File. MSIN (SUID) : mort subite inexpliquée du nourrisson. MSN : mort subite du nourrisson Causes inconnues Suffocation ou strangulation accidentelle dans le lit

nourrissons en maternité sans indication médicale (38, 39), ce qui sape l'allaitement. La discrimination raciale que subissent les Maoris, les Aborigènes et les autres minorités de la part des professionnels de santé et de la société est corrélée à une large gamme de conséquences négatives sur la santé en Nouvelle-Zélande et en Australie (40, 134).

### *Politiques et stratégies de minimisation du risque*

Diverses politiques ont été adoptées concernant le partage du lit parental pendant la dernière décennie. Certains pays, tels que les États-Unis, le Canada et l'Allemagne (73), ont choisi de déconseiller le partage du lit parental. La conclusion d'une analyse de toutes les études cas-témoin menées à l'échelle internationale pendant 20 ans, publiée en 2014 par un organisme anglais indépendant, le National Institute for Health and Care Excellence, était que le partage du lit parental n'était pas en soi la cause des MSIN, et que les parents devraient être informés sur les facteurs de risque spécifiques en rapport avec cette pratique (115). Contrairement aux pays déconseillant le partage du lit parental, des pays tels que la Grande-Bretagne et l'Australie (116) reconnaissent que le partage du lit parental survient, intentionnellement ou non intentionnellement, et qu'il est souvent corrélé à l'allaitement. En conséquence, ils recommandent aux professionnels de santé de discuter ouvertement avec les parents des circonstances qui constituent un risque en cas de partage du lit parental.

Bien que l'approche de la Grande-Bretagne et de l'Australie soit moins simple que celle des États-Unis, elle est plus proche des réalités pratiques, à savoir que le partage du lit parental est largement répandu et peut être culturellement valorisé. Cette stratégie permet de discuter du sujet sans porter de jugement et de souligner l'importance des facteurs de risque (48, 117, 118). Aux États-Unis, si les politiques appellent à informer les parents sur les pratiques de sommeil sans porter de jugement, elles préconisent de recommander le partage de la chambre parentale en déconseillant le partage du lit parental. C'est un message clair envoyé au public, qui peut sembler simple à diffuser. Mais l'inconvénient de cette approche directe, comme cela a été mis en évidence dans certaines campagnes à charge contre le partage du lit parental, est la stigmatisation des parents, ce qui peut empêcher toute discussion honnête entre les parents et les professionnels de santé, ou un soutien aux parents en deuil suite au décès d'un enfant dans le lit parental. En dépit des campagnes contre le partage du lit parental, la prévalence de cette pratique a augmenté aux États-Unis ces dernières années, en particulier dans les familles d'origine africaine et



**Fig. 6.** Evolution du taux de MSIN et de MSN en Angleterre et au Pays de Galles (2000-2015). Source: Office for National Statistics, England and Wales. SUDI, sudden unexpected death in infancy.



hispanique (87, 91). Dans une étude sur l'impact d'une campagne contre le partage du lit parental auprès de familles à risque (119), le taux de partage du lit parental était similaire dans le groupe témoin et le groupe intervention, et le partage du lit parental pendant les 6 premiers mois avait augmenté dans les deux groupes. Le taux d'allaitement n'avait pas baissé, probablement parce que le taux de partage du lit parental n'avait pas bougé (22). Si l'on prend en compte le glissement du diagnostic, le taux approximatif de MSIN (R95 + R99 + W75) aux États-Unis avec une politique du « strictement pas de partage du lit parental » reste presque inchangé (Fig 6). En Grande-Bretagne, où les parents sont informés sur les pratiques optimales de partage du lit parental, le taux de MSIN a baissé pendant les 10 dernières années (Fig 6). À noter toutefois que divers facteurs autres que le partage du lit parental peuvent jouer un rôle dans ce taux de mortalité.

Les stratégies de minimisation du risque incluent la reconnaissance du rôle de l'allaitement dans la prévention de la MSIN, l'information sur les risques potentiels du partage du lit parental en présence d'autres facteurs de risque, et la prise en compte de l'implication du partenaire et des autres personnes s'occupant de l'enfant pendant le temps de sommeil (voir Table 3).

### *Efficacité des interventions de sécurisation des conditions de sommeil*

Une analyse des interventions destinées à rendre les conditions de sommeil plus sûres montre que la plupart des interventions individuelles (essentiellement menées aux États-Unis) ne donnent pas de résultat, y compris celles portant sur l'exposition au tabagisme et sur le lieu de sommeil (120). Une étude observationnelle américaine montrait que les mères qui allaitaient exclusivement étaient beaucoup moins nombreuses à respecter la recommandation de ne pas prendre leur bébé dans leur lit que les autres mères (65 % contre 30,5 % - 103). Le fait de cibler les parents avec des textos ou des e-mails incluant des vidéos, via les réseaux sociaux ou d'autres médias, a eu un certain succès (34, 53, 54, 121), mais cela nécessite que les parents disposent d'un téléphone mobile et d'un accès à Internet. Une approche simpliste du genre ABC (Alone, Back, Crib – seul, sur le dos, dans un berceau) est souvent rejetée par les familles et les autres personnes s'occupant de l'enfant et n'a eu aucun impact sur le taux de décès pendant le sommeil, ce qui a amené à l'adoption d'une approche conversationnelle (35), incluant l'exploration des convictions et des besoins des parents et la prise d'une décision informée (118). Les études annuelles menées aux États-Unis entre 1993 et 2010 ont révélé que le partage du lit parental dans les familles d'origine africaine et hispanique a continuellement augmenté bien que près de la moitié des personnes qui doivent s'occuper d'un bébé la nuit ont discuté du partage du lit parental avec un médecin (91).

En Nouvelle-Zélande, où la population Maori avait le taux le plus élevé au monde de MSIN jusqu'à récemment en raison de la combinaison d'un taux élevé de tabagisme et de partage du lit parental (58), on a obtenu une baisse de ce taux grâce à une intervention innovante (122). Elle cible les familles à haut risque, auxquelles on procure un wahakura (Fig 3c), un berceau souple conçu à partir des traditions des Maoris et mis au point dans cet objectif. Il est placé sur le lit parental et offre à l'enfant une surface de sommeil séparée. C'est aussi le cas du Pēpi-Pod® (Fig 3d), un berceau en polypropylène de taille et d'objectif similaires (123). Les parents reçoivent également des informations individualisées faisant la promotion de pratiques sûres de sommeil. Il est important de noter que le wahakura a relancé l'appel au retour d'une pratique traditionnelle chez les Maoris, car il favorise la proximité mère-enfant hautement valorisée dans cette culture (124). Le taux élevé de MSIN chez les Maoris a considérablement baissé entre 2009 et 2012, en particulier dans les régions ciblées par cette action (122). Il est intéressant de constater que le wahakura n'a pas abaissé le taux de comportements de sommeil à risque par rapport à un berceau placé à côté du lit parental, mais qu'il a en revanche fortement augmenté le taux d'allaitement à 6 mois (22,5 % avec le wahakura contre 10,7 % avec un berceau à côté du lit,  $p=0,04 - 55$ ).

### *Futurs domaines de recherche*

- Comment améliorer les techniques d'investigation suite à un décès afin de déterminer si le décès de l'enfant peut être totalement expliqué par une asphyxie ?
- Existe-t-il une augmentation significative du risque de MSIN en l'absence d'autres facteurs de risque ?
- Existe-t-il une relation entre les risques liés au partage du lit parental, l'âge de l'enfant et le mode d'alimentation de l'enfant (allaité directement au sein, don de lait maternel exprimé, don de lait humain provenant de donneuses ou don d'une préparation pour nourrissons) après ajustement pour les autres facteurs de risque ?
- Quels sont les conseils les plus pertinents pour un environnement sûr de sommeil chez les enfants non allaités ?
- De quelle façon le partage du lit parental avec d'autres personnes que les parents et en l'absence d'autres facteurs de risque, incluant le partage d'un même lit par des jumeaux, affecte-t-il la sécurité de l'enfant ? Est-ce

que la localisation exacte de l'enfant dans le lit parental (entre les parents ou sur le côté du lit contre la mère) a un impact sur sa sécurité ?

- Est-ce que les berceaux en side-car ou posés sur le lit parental sont efficaces, en particulier pour les enfants placés dans des situations à haut risque, et quel est leur impact sur l'allaitement ?
- Est-ce que la position en C (mère enroulée autour de son enfant) peut être adoptée par les mères qui n'allaitent pas, et est-elle alors efficace pour abaisser le risque de MSIN ?
- Est-ce que le don d'informations aux parents sur le dorm'allaitement tel qu'il est défini dans ce protocole en tant que pratique spécifique de partage du lit parental, abaisse le risque ou l'augmente, afin de pouvoir donner aux parents des informations spécifiques de meilleure qualité ?
- Existe-il des données à l'autopsie permettant d'établir un lien de cause à effet entre la MSIN et l'alimentation avec un substitut du lait maternel ?
- Est-ce que l'augmentation du risque de MSIN due à un sevrage précoce et potentiellement causé par l'absence d'un environnement sûr pendant le partage du lit parental est supérieur au risque de MSIN lié au partage du lit parental dans de bonnes conditions de sécurité ? Il existe de nombreuses variables confondantes qu'il sera difficile d'étudier.
- Dans quelle mesure l'obésité maternelle modifie les risques et les bénéfices du partage du lit parental (125, 126) ?

## Déclaration des conflits d'intérêt

JM est conseiller en sécurité pour le Arm Reach Cosleeper, dont il reçoit une faible rémunération mais pas de redevance. Il n'a aucun autre conflit d'intérêt. PSB siège à l'International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death (ISPID) et est conseiller scientifique auprès de l'UNICEF de Grande-Bretagne, et n'est payé par aucun des deux. HLB est conseillère scientifique auprès de Lullaby Trust et membre du comité scientifique de cette entreprise, elle est membre de l'ISPID et membre du comité de rédaction du Journal of Human Lactation, rôles pour lesquels elle ne reçoit aucune rémunération. Dans le cadre de ses fonctions d'enseignante, elle est co-fondatrice et co-dirigeante de Basis, the Baby Sleep Information Source ([www.BasisOnline.org.uk](http://www.BasisOnline.org.uk)). MJM est conseiller psychologique auprès du magazine Fit Pregnancy, il est l'un des répondants bénévoles du site Internet Kids in the House (KidsintheHouse.com) et un membre du conseil de Speaking of Kids. LFW travaille en tant que consultante et responsable médical pour l'organisation Communities and Hospitals Advancing Maternity Practices (CHAMPS), au Boston Medical Center (Boston, Massachusetts, États-Unis), et en tant que consultante pour le National Institute for Children's Health Quality (NICHQ), pour le National Action Partnership to Promote Safe Sleep Improvement and Innovation Network (NAPPSS-IIN). Elle est présidente de la Section sur l'Allaitement de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) et travaille également pour la Task Force sur la MSIN de l'AAP. KAM travaille pour le conseil clinique de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé aux États-Unis et elle est directrice associée du Journal of Human Lactation. MCB a reçu des fonds de la part de la WK Kellogg Foundation pour des recherches sur l'allaitement et ses composantes économiques, et elle est co-directrice du collectif Massachusetts Baby-Friendly. LFW et MCB sont membres du bureau de l'Academy of Breastfeeding Medicine.

## Informations sur le financement

Ce travail n'a reçu aucun financement.

## Références

1. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006;91:1005–1010.
2. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr* 2013;167:1038–1044.
3. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119–1126.
4. 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;105:628–634.
5. Ball HL. Night-time infant care: Cultural practice, evolution, and infant development. In: *Childrearing and Infant Care Issues: A Cross-Cultural Perspective*, Liamputtong P, ed. Melbourne, Australia: Nova Science, 2006.
6. McKenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214–219.

7. Moon RY, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162940.
8. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181–188.
9. Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al. Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case–control studies. *BMJ Open* 2013;3:e002299.
10. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.
11. 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:e107799.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, et al. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. UK: Oxford, 2011.
14. 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;63:418–424.
15. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, et al. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
16. 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. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/Caring-for-your-baby-at-night-web.pdf>
17. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep mother and baby together: It’s best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinatal Edu* 2014;23:211–217.
18. Drever-Smith C, Bogossian F, New K. Co-sleeping and bed sharing in postnatal maternity units: A review of the literature and critique of clinical practice guidelines. *Int J Childbirth* 2013;3:13–27.
19. Fetherston CM, Leach JS. Analysis of the ethical issues in the breastfeeding and bedsharing debate. *Breastfeeding Rev* 2012;20:7–17.
20. Bajanowski T, Vege A, Byard RW, et al. Sudden infant death syndrome (SIDS)—standardised investigations and classification: Recommendations. *Forensic Sci Int* 2007;165:129–143.
21. 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.
22. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Impact of a randomized controlled trial to reduce bedsharing on breastfeeding rates and duration for African-American infants. *J Community Health* 2017;42:707–715.
23. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn’t. *BMJ* 1996; 312:71–72.
24. Jack E, Maskrey N, Byng R. SHERPA: A new model for clinical decision making in patients with multimorbidity. *Lancet* 2018;392:1397–1399.
25. Ball HL. Reasons to bed-share: Why parents sleep with their infants. *J Reprod Infant Physiol* 2002;20:207–221.
26. Ostfeld BM, Schwartz-Soicher O, Reichman NE, et al. Prematurity and sudden unexpected infant deaths in the United States. *Pediatrics* 2017;140:e20163334.
27. Malloy MH, Hoffman HJ. Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics* 1995; 96(3 Pt. 1):464–471.
28. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med (Tokyo)* 2013;15:115–121.
29. Lavezzi AM, Mecchia D, Matturri L. Neuropathology of the area postrema in sudden intrauterine and infant death syndromes related to tobacco smoke exposure. *Auton Neurosci* 2012;166:29–34.
30. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med* 2009;361:795–805.
31. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993;307:1312–1318.
32. Mitchell EA, Thompson JM, Zuccollo J, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: The New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study. *N Z Med J* 2017;130:52–64.
33. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2019; 15:e12652.
34. Moon RY, Corwin MJ, Kerr S, et al. Mediators of improved adherence to infant safe sleep using a mobile health intervention. *Pediatrics* 2019;143:e20182799.
35. Bronheim S. *Building on Campaigns with Conversations: An Individualized Approach to Helping Families Embrace Safe Sleep and Breastfeeding*. Washington, DC: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2017.

36. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Co-sleeping and SIDS: A Guide for Health Professionals. London: UNICEF UK, 2019.
37. Filippidis FT, Laverty AA, Hone T, et al. Association of cigarette price differentials with infant mortality in 23 European Union countries. *JAMA Pediatr* 2017;171:1100–1106.
38. Lind JN, Perrine CG, Li R, et al. Racial disparities in access to maternity care practices that support breastfeeding—United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63:725–728.
39. McKinney CO, Hahn-Holbrook J, Chase-Lansdale PL, et al. Racial and ethnic differences in breastfeeding. *Pediatrics* 2016;138:e20152388.
40. Harris R, Cormack D, Tobias M, et al. The pervasive effects of racism: Experiences of racial discrimination in New Zealand over time and associations with multiple health domains. *Soc Sci Med* 2012;74:408–415.
41. Kemp JS, Nelson VE, Thach BT. Physical properties of bedding that may increase risk of sudden infant death syndrome in prone-sleeping infants. *Pediatr Res* 1994;36(1 Pt. 1):7–11.
42. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140:e20171324.
43. Li DK, Petitti DB, Willinger M, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997–2000. *Am J Epidemiol* 2003;157:446–455.
44. Tuladhar R, Harding R, Cranage SM, et al. Effects of sleep position, sleep state and age on heart rate responses following provoked arousal in term infants. *Early Hum Dev* 2003;71:157–169.
45. Torres LH, Balestrin NT, Spelta LEW, et al. Exposure to tobacco smoke during the early postnatal period modifies receptors and enzymes of the endocannabinoid system in the brainstem and striatum in mice. *Toxicol Lett* 2019;302:35–41.
46. Erck Lambert AB, Parks SE, Cottengim C, et al. Sleep-related infant suffocation deaths attributable to soft Bedding, overlay, and wedging. *Pediatrics* 2019;143:e20183408.
47. Lagon E, Moon RY, Colvin JD. Characteristics of infant deaths during sleep while under nonparental supervision. *J Pediatr* 2018;197:57.e36–62.e36.
48. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Caring for Your Baby at Night. London: UNICEF UK, 2016.
49. Weissinger D, West D, Smith LJ, et al. Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family. New York: Ballantine Books, 2014.
50. 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(5 Pt. 2):1207–1214.
51. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32–37.
52. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breast-feeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103–110.
53. Kellams A, Parker MG, Geller NL, et al. Today'sBaby Quality Improvement: Safe Sleep Teaching and Role Modeling in 8 US Maternity Units. *Pediatrics* 2017;140:e20171816.
54. Moon RY, Hauck FR, Kellams AL, et al. Comparison of text messages versus e-mail when communicating and querying with mothers about safe infant sleep. *Acad Pediatr* 2017;17:871–878.
55. Baddock SA, Tipene-Leach D, Williams SM, et al. Wahakura versus bassinet for safe infant sleep: A randomized trial. *Pediatrics* 2017;139:e20160162.
56. World Health Organization. ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, 5th edition. Geneva, Switzerland: WHO, 2018.
57. Goldstein RD, Blair PS, Sens MA, et al. Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: Recommendations from The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death. *Forensic Sci Med Pathol* 2019;4:622–628.
58. Taylor BJ, Garstang J, Engelberts A, et al. International comparison of sudden unexpected death in infancy rates using a newly proposed set of cause-of-death codes. *Arch Dis Child* 2015;100:1018–1023.
59. Shapiro-Mendoza CK, Parks SE, Brustrom J, et al. Variations in cause-of-death determination for sudden unexpected infant deaths. *Pediatrics* 2017;140:e20170087.
60. Marinelli KA, Ball HL, McKenna JJ, et al. An integrated analysis of maternal-infant sleep, breastfeeding, and sudden infant death syndrome: Research supporting a balanced discourse. *J Hum Lact* 2019;35:510–520.
61. Hernell O. Human milk vs. cow's milk and the evolution of infant formulas. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2011;67:17–28.
62. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, et al. Do early infant feeding patterns relate to breast-feeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58:1290–1296.
63. Ball HL. Evolution-informed maternal-infant health. *Nat Ecol Evol* 2017;1:73.
64. 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;105:17–21.

65. Ball HL. Evolutionary paediatrics: A case study in applying Darwinian medicine. In: *Medicine and Evolution: Current Applications, Future Prospects*, Vol. 48, Elton S, O'Higgins P, eds. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2008, pp. 127–152.
66. McKenna JJ, Ball HL, Gettler JT. Mother-infant co-sleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol* 2007(Suppl. 45):133–161.
67. Trevathan WR, Rosenberg KR. Human evolution and the helpless infant. In: *Costly and Cute: Helpless Infants and Human Evolution*, Trevathan WR, ed. Albuquerque: University of New Mexico Press, 2015, pp. 1–28.
68. Stearns PN, Rowland P, Giarnella L. Children's sleep: Sketching historical change. *J Soc Hist* 1996;30:345–366.
69. Centers for Disease Control and Prevention. *Infant Feeding Practices Study II, Chapter 3, Infant Feeding*. Atlanta, GA: CDC, 2008.
70. Kahn A, Groswasser J, Franco P, et al. Factors influencing the determination of arousal thresholds in infants—A review. *Sleep Med* 2000;1:273–278.
71. Canadian Paediatric Society, Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, Canadian Institute of Child Health, Health Canada, Public Health Agency of Canada. *Joint Statement on Safe Sleep: Preventing Sudden Infant Deaths in Canada*. Ottawa, Canada: Canadian Paediatric Society, 2018.
72. European Foundation for the Care of Newborn Infants. *Safe Sleep*. Munich, Germany: EFCNI, 2018.
73. Kindergesundheit-info.de [Childhealth-info]. Ein schmerzliches Thema: Der Ploetzliche Kindstod. Bundeszentrale fu'r gesundheitliche Aufkla'rfung. [A Painful Topic: Sudden Infant Death Syndrome. Federal Center for Health Education]. Published 2019. Available at <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/ploetzlicher-kindstod-sids/sids> (accessed September 13, 2019).
74. 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. Abington, NY: Routledge, 2017, pp. 55–68.
75. Ball HL, Russell CK. Nighttime nurturing: An evolutionary perspective on breastfeeding and sleep. In: *Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy*, Narvaez D, Panksepp J, Schore A, Gleason T, eds. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 241–261.
76. Ball HL, Klingaman K. Breastfeeding and mother-infant sleep proximity: Implications for infant care. In: *Evolutionary Medicine and Health: New Perspectives*, Trevathan WR, McKenna JJ, eds. New York: Oxford University Press, 2008, pp. 226–241.
77. Mobbs EJ, Mobbs GA, Mobbs AE. Imprinting, latchment and displacement: A mini review of early instinctual behaviour in newborn infants influencing breastfeeding success. *Acta Paediatr* 2016;105:24–30.
78. Ball HL. Parent-infant bed-sharing behavior: Effects of feeding type and presence of father. *Hum Nat* 2006;17:301–318.
79. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20:142–150.
80. 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.
81. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* 2013;79:92–100.
82. Lester BM, Conratt E, LaGasse LL, et al. Epigenetic programming by maternal behavior in the human infant. *Pediatrics* 2018;142:e20180194.
83. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106–1110.
84. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141–149.
85. Gibson E, Dembofsky CA, Rubin S, et al. Infant sleep position practices 2 years into the “back to sleep” campaign. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39:285–289.
86. Rigda RS, McMillen IC, Buckley P. Bed sharing patterns in a cohort of Australian infants during the first six months after birth. *J Paediatr Child Health* 2000;36:117–121.
87. Bombard JM, Kortsmitt K, Warner L, et al. Vital Signs: Trends and disparities in infant safe sleep practices - United States, 2009–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:39–46.
88. Hauck FR, Tanabe KO. International trends in sudden infant death syndrome: Stabilization of rates requires further action. *Pediatrics* 2008;122:660–666.
89. Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:274–281.

90. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, et al. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009;155:505–509.
91. 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;167:1032–1037.
92. Salm Ward TC. Reasons for mother-infant bed-sharing: A systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Matern Child Health J* 2015;19:675–690.
93. Crane D, Ball HL. A qualitative study in parental perceptions and understanding of SIDS-reduction guidance in a UK bi-cultural urban community. *BMC Pediatr* 2016;16:23.
94. Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: A grounded theory. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:423.
95. 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;20:33–40.
96. Volpe LE, Ball HL. Infant sleep-related deaths: Why do parents take risks? *Arch Dis Child* 2015;100:603–604.
97. Joyner BL, Oden RP, Ajao TI, et al. Where should my baby sleep: A qualitative study of African American infant sleep location decisions. *J Natl Med Assoc* 2010;102:881–889.
98. Chianese J, Ploof D, Trovato C, et al. Inner-city care-givers' perspectives on bed sharing with their infants. *Acad Pediatr* 2009;9:26–32.
99. McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby: An internet based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a Western industrialized context. *Infant Child Dev* 2007;16:359–385.
100. Tomori C. *Nighttime Breastfeeding: An American Cultural Dilemma*. New York: Berghahn Books, 2014.
101. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:580–588.
102. Tully KP, Ball HL. Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: A conceptual model. *Matern Child Nutr* 2013;9:90–98.
103. Smith LA, Geller NL, Kellams AL, et al. Infant sleep location and breastfeeding practices in the United States, 2011–2014. *Acad Pediatr* 2016;16:540–549.
104. Bartick M, Tomori C, Ball HL. Babies in boxes and the missing links on safe sleep: Human evolution and cultural revolution. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12544.
105. Bartick M, Smith LJ. Speaking out on safe sleep: Evidence-based infant sleep recommendations. *Breastfeed Med* 2014;9:417–422.
106. Kendall-Tackett K, Cong Z, et al. Mother-infant sleep locations and nighttime feeding behavior: U.S. data from the survey of mothers' sleep and fatigue. *Clin Lact* 2010;1(Fall).
107. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, et al. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20-year population-based study in the UK. *Lancet* 2006;367:314–319.
108. 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;116:1245–1255.
109. 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;160:44.e42–48.e42.
110. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
111. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev* 2005;6:134–152.
112. Kohlendorfer U, Haberlandt E, Kiechl S, et al. Pre- and postnatal medical care and risk of sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 1997;86:600–603.
113. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991;104:71–76.
114. Shepherd CCJ, Li J, Cooper MN, Hopkins KD, et al. The impact of racial discrimination on the health of Australian Indigenous children aged 5–10 years: Analysis of national longitudinal data. *Int J Equity Health* 2017;16:116.
115. NICE (National Institute for Health Care Excellence). *Appendix A CG37: Summary of New Evidence from Surveillance, Post-natal Care Up to 8 Weeks After Birth*. London: NICE, 2015.
116. Red Nose National Scientific Advisory Group. *Information statement: Sharing a sleep surface with a baby*. Published 2018. Available at <https://rednose.org.au/article/sharing-a-sleep-surface-with-a-baby> (accessed September 13, 2019).
117. Ball HL. The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017;33:765–769.
118. Young J, Shipstone R. Shared sleeping surfaces and dangerous sleeping environments. In: *SUDS Sudden In-*

- fant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future, Duncan JR, Byard JR, eds. Adelaide, Australia: University of Adelaide Press, 2018.
119. Moon RY, Mathews A, Joyner BL, et al. Health messaging and African-American infant sleep location: A randomized controlled trial. *J Community Health* 2017;42:1–9.
  120. Salm Ward TC, Balfour GM. Infant safe sleep interventions, 1990–2015: A review. *J Community Health* 2016;41:180–196.
  121. Moon RY, Mathews A, Oden R, et al. A qualitative analysis of how mothers' social networks are established and used to make infant care decisions. *Clin Pediatr (Phila)* 2019;58:985–992.
  122. Mitchell EA, Cowan S, Tipene-Leach D. The recent fall in postperinatal mortality in New Zealand and the Safe Sleep programme. *Acta Paediatr* 2016;105:1312–1320.
  123. Abel S, Tipene-Leach D. SUDI prevention: A review of Maori safe sleep innovations for infants. *N Z Med J* 2013;126:86–94.
  124. Abel S, Stockdale-Frost A, Rolls R, et al. The wahakura: A qualitative study of the flax bassinet as a sleep location for New Zealand Maori infants. *N Z Med J* 2015;128:12–19.
  125. Mitchell EA, Thompson JMD. Who cosleeps? Does high maternal body weight and duvet use increase the risk of sudden infant death syndrome when bedsharing? *Paediatr Child Health* 2006;11:14A–15A.
  126. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107:530–536.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de 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**

Peter S. Blair, PhD  
 Helen L. Ball, PhD  
 James J. McKenna, PhD  
 Lori Feldman-Winter, MD, MPH  
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM  
 Melissa C. Bartick, MD, FABM

#### **Comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine, membres en 2020**

Michal Young, MD, FABM, Chairperson  
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson  
 Sarah Calhoun, MD  
 Megan Elliott-Rudder, MD  
 Laura Rachael Kair, MD, FABM  
 Susan Lappin, MD  
 Ilse Larson, MD  
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM  
 Yvonne Lefort, MD, FABM  
 Nicole Marshall, MD, MCR  
 Katrina Mitchell, MD, FABM  
 Catherine Murak, MD  
 Eliza Myers, MD  
 Sarah Reece-Stremtan, MD  
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd  
 Susan Rothenberg, MD, FABM  
 Tricia Schmidt, MD  
 Tomoko Seo, MD, FABM  
 Natasha Sriraman, MD  
 Elizabeth K. Stehel, MD  
 Adora Wonodi, MD  
 Nancy Wight, MD  
 Correspondance : [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)