

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°6 Recommandations sur le sommeil partagé et l'allaitement Révision mars 2008

LE COMITE DES PROTOCOLES DE L'ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE

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 susceptibles d'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 d'un patient particulier.

INTRODUCTION

L'ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE est une organisation mondiale de médecins qui souhaite promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement et la lactation humaine. Un des objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est de faciliter la mise en œuvre de pratiques optimales d'allaitement. Ce protocole clinique fait le point sur un aspect du parentage qui a un impact significatif sur l'allaitement : les endroits où l'enfant dort.

CONTEXTE

Les termes sommeil partagé et partage du lit sont souvent utilisés de façon interchangeable. Toutefois, le partage du lit n'est qu'une forme de sommeil partagé. Le sommeil partagé désigne, en réalité, toutes les façons qui permettent à un enfant de dormir en contact proche social et/ou physique avec la personne qui s'occupe de lui (habituellement la mère).¹ Cette définition inclut un enfant dormant à côté d'un parent, dans un meuble/objet distinct, aussi bien que partageant avec lui un divan ou un fauteuil à dossier inclinable, pratique clairement dangereuse. De

part le monde, la pratique du sommeil partagé peut être très différente, et, de ce fait, toutes les formes de sommeil partagé ne présentent pas les mêmes risques ou avantages.² Certaines formes de partage du sommeil parent-enfant permettent de protéger physiquement l'enfant contre le froid et accroît la durée de l'allaitement, ce qui augmente les chances de survie du petit humain au développement lent.^{1,3-5} Le petit humain, en comparaison avec d'autres mammifères, se développe plus lentement, requiert des tétées fréquentes et naît moins mûre sur le plan neurologique.^{1,3-5} Dans les régions où sévit la malaria, le sommeil partagé est recommandé comme étant le moyen le plus efficace pour utiliser les moustiquaires disponibles et le sommeil partagé peut être nécessaire dans d'autres zones géographiques lorsqu'il n'existe pas suffisamment de lits ou de place dans la maison. Le partage du lit et le sommeil partagé ont également été, depuis longtemps, encouragés comme un moyen de renforcer un comportement de parentage ou «le parentage d'attachement» et aussi pour faciliter l'allaitement.¹⁻¹³

Le partage du lit et certaines formes de sommeil partagé ont plutôt été sujets à controverse dans la littérature médicale, ces

dernières années, et ont fait l'objet de commentaires très négatifs.⁶⁻¹⁰ Certaines autorités en matière de santé publique ont déconseillé à tous les parents le partage du lit.¹¹⁻¹²

PARTAGE DU LIT ET MORTALITE INFANTILE

Les inquiétudes sur le partage du lit et le risque d'augmentation de la mortalité infantile se sont centrées sur le risque d'étouffement mécanique (suffocation) et sur celui de la mort subite du nourrisson (MSN).

Risque de suffocation

Plusieurs études qui utilisaient des données non vérifiées figurant sur les certificats de décès, ont conclu qu'un nombre significatif d'enfants étaient asphyxiés alors qu'ils dormaient dans un environnement dangereux, soit qu'ils aient été coincés accidentellement dans la surface de sommeil, ou qu'ils aient été étouffés par un adulte ou un enfant plus âgé endormi⁶⁻¹⁰. A partir de données de certaines de ces études, l'US Consumer Product Safety Commission (USCPSC) a émis des recommandations contre la pratique de tous types et formes de sommeil partagé, et a déconseillé aux parents de dormir avec leur enfant quelles que soient les circonstances. L'USCPSC est préoccupée par l'absence de standards de sécurité pour les enfants, concernant les lits d'adultes, et par les problèmes qui peuvent survenir lorsqu'un nourrisson dort dans un environnement non sécurisé.¹¹ Toutes ces études manquent de données sur l'état d'intoxication de l'adulte qui dormait avec l'enfant (drogues ou alcool) et ne prennent pas en compte la position dans laquelle dormait l'enfant au moment de son décès, même si la position sur le ventre semble être l'un des plus importants facteurs de risque pour la MSN. La Commission regroupe également dans la même catégorie tous les types de partage du lit. Elle ne distingue pas les cas survenus dans un environnement de sommeil dangereux, tel un canapé, un divan, un lit à matelas d'eau, ou un fauteuil capitonné, des cas où l'environnement de sommeil était plus sûr. Dans ces études, il n'y a aucune certitude quant à la qualité du recueil des données, à la cohérence des critères utilisés pour définir le fait que l'enfant a été «écrasé», et aucune validation des conclusions. Les biais du

recueil des données par les médecins inspecteurs et les juges d'instruction peuvent les amener à classer tout décès de nourrisson survenu dans un lit d'adulte, un canapé ou un fauteuil en présence d'un adulte comme un décès par écrasement même s'il n'y a aucune preuve qu'il y ait eu réellement écrasement. C'est tout particulièrement un problème s'il n'y a pas inspection du lieu du décès et interrogatoire détaillé des personnes présentes au moment de la mort de l'enfant. Il n'existe aucune méthode d'autopsie qui permette de faire la différence entre un décès dû à la MSN et un décès accidentel ou un homicide par étouffement avec un oreiller. En conséquence, les décès de nourrissons dans un berceau sont habituellement désignés comme étant une MSN, tandis que les décès sur un divan ou un lit d'adulte sont communément répertoriés comme suffocations. Ce qui complique encore plus l'analyse du décès des enfants, est la diversité des pratiques de partage du lit, de comportements des diverses populations et aussi des familles (par ex. partage du lit durant le jour et non la nuit ou quand le bébé est malade et non quand il va bien), ce qui suggère différents niveaux de risque. Une visite au domicile des familles considérées comme étant à haut risque de MSN, en raison de leur statut socioéconomique, a montré que celles qui pratiquaient le sommeil partagé étaient plus nombreuses à mettre l'enfant sur le ventre et à utiliser un lit plus mou¹⁴. «Les sujets pratiquant le sommeil partagé, qui étaient allaités, avaient un profil de risque distinct des cas qui n'étaient pas allaités. Des profils de risque et de situation pourraient être utilisés pour identifier les familles qui ont le plus besoin d'information précoce. Ils pourraient servir à préparer des contenus éducatifs qui favoriseraient le sommeil en toute sécurité.»¹⁵

Risque et prévention de la Mort Subite du Nourrisson (MSN)

Plusieurs études épidémiologiques et une méta-analyse ont montré une association significative entre l'allaitement et un risque abaissé de MSN, en particulier lorsque l'allaitement était la forme exclusive d'alimentation pendant les 4 premiers mois de vie.¹⁶⁻¹⁷

Toutefois, les données actuelles ne sont pas suffisantes pour démontrer avec certitude un lien de cause à effet entre l'allaitement et la

prévention de la MSN. Plusieurs études ont aussi montré une augmentation du risque de MSN lorsque l'enfant dormait avec une mère fumeuse^{2,18-24}. L'exposition au tabagisme pendant la grossesse et la petite enfance semble contribuer à augmenter ce risque de façon indépendante d'autres facteurs de risque connus, y compris le statut social. Cela a amené à recommander, que les enfants ne partagent pas le lit de parents qui fument ; cette recommandation est bien justifiée par la littérature médicale. Une importante méta-analyse, après passage en revue de plus de 40 études, concluait que «des données scientifiques suggèrent qu'il peut y avoir une association entre le partage du lit et la mort subite du nourrisson (MSN) chez les fumeurs (quelle que soit la définition), mais la preuve n'est pas si bien établie chez les non-fumeurs. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'association entre le partage du lit et la MSN, parmi les non-fumeurs, mais que les données disponibles n'établissent pas de manière convaincante une telle association.»²⁵

DIVERSITE ETHNIQUE

Les taux de MSN sont bas dans les cultures asiatiques, alors que le sommeil partagé y est courant. Toutefois, certains arguent que le sommeil partagé pratiqué dans ces cultures est différent du partage du lit pratiqué aux Etats Unis. Comme Blair et ses collègues le notent dans leur étude, «un bébé qui dort à portée de bras de la mère sur une surface ferme, comme c'est souvent le cas à Hong Kong, ou un bébé des îles du Pacifique dormant *sur* le lit plutôt que *dans* le lit, se trouve dans un environnement différent de celui d'un bébé qui dort directement en contact avec la mère sur un matelas mou et recouvert d'une couverture épaisse»². Pareillement, même aux Etats-Unis, il semble y avoir des différences dans la pratique du lit partagé, en fonction de l'ethnie ou de la race. Une grande étude prospective sur le partage du lit, utilisant une analyse multivariable, a trouvé que la race/l'origine ethnique étaient les facteurs qui étaient corrélés le plus fortement avec le partage du lit à toutes les étapes du suivi, les mères noires, asiatique ou hispanique étant 4 à 6 fois plus nombreuses à prendre leur enfant dans leur lit que les mères blanches.²⁶

Dans une étude récente menée en Alaska, où il y a un taux élevé de sommeil partagé dans la

population de natifs de l'Alaska, les auteurs ont trouvé que presque toutes les MSN associées au sommeil de l'enfant dans le lit parental, étaient corrélées à une histoire d'utilisation de drogues par les parents, occasionnellement associée avec le sommeil de l'enfant sur le ventre, ou sur une surface telle qu'un canapé ou un lit à eau²⁷. Une étude utilisant des données, recueillies en Oregon, par le PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) a montré que «les femmes qui avaient le plus de chances de partager un lit avec leur enfant n'étaient pas blanches, étaient célibataires, allaitaient et avaient de faibles revenus. Les facteurs non économiques sont également importants, en particulier chez les noires et les hispaniques. Les campagnes qui voudraient faire diminuer le partage du lit en fournissant des berceaux peuvent avoir une portée limitée si les mères dorment avec leur bébé en raison de normes culturelles.»²⁷

ETUDES CONTROLEES EN LABORATOIRE

McKenna et ses collègues ont étudié le partage du lit, avec la plus grande précision scientifique, en laboratoire, et ont constaté que les enfants qui dormaient dans le lit de leur mère avaient davantage de périodes d'éveil et passaient moins de temps en stade 3 et 4 de sommeil. Cela pourrait protéger de la MSN, dans la mesure où le sommeil profond et des réveils peu nombreux ont été considérés comme de possibles facteurs de risque^{3, 28,29}.

Une étude similaire qui avait été menée dans l'environnement physique, naturel, d'une maison plutôt que dans celui d'un laboratoire de sommeil «a comparé les 2 pratiques différentes que sont le partage du lit et le sommeil en berceau. Elle a quantifié les facteurs qui ont été identifiés comme risque potentiels ou bénéfiques. Des vidéos faites durant toute la nuit et des données physiologiques ont été enregistrées chez les enfants qui partageaient le lit ou dormaient en berceau, dans la propre maison de l'enfant»³⁰ Cette étude concluait que «les bébés, ne présentant aucun risque connu pour la mort subite du nourrisson (MSN), qui partagent le lit, bénéficient de plus de contact physique et visuel avec leur mère, qu'ils sont plus allaités et reçoivent des réponses maternelles plus rapides

et plus fréquentes»³⁰ Cette interaction accrue entre la mère et le bébé peut être protectrice.

FACTEURS PARENTAUX

La contribution d'autres facteurs parentaux, au risque lié au partage du lit, n'est pas claire. Blair et ses collègues ont constaté, dans une analyse multivariable, que la consommation maternelle de plus de 2 doses d'alcool (1 dose = 340 ml de bière, 145 ml de vin ou 42 ml de liqueur) et la fatigue parentale étaient corrélés à un risque plus élevé de MSN.² Une étude néo-zélandaise n'a toutefois pas retrouvé de corrélation claire entre la consommation d'alcool et le risque de MSN.²¹ Le rôle de l'obésité a été étudié dans une étude sur des cas de MSN. Les auteurs ont trouvé que le poids moyen, avant grossesse, des mères qui pratiquaient le sommeil partagé était plus élevé que celui des mères qui ne le pratiquaient pas.⁷

Si l'on pense que l'écrasement est un mécanisme éventuel de suffocation de l'enfant, il semblerait plausible que l'état physique et psychologique des personnes qui dorment avec l'enfant puisse avoir de l'importance.

Le partage d'une même pièce (l'enfant partageant la même chambre que ses parents par opposition à l'enfant étant dans une chambre séparée) semble protéger contre la MSN.^{2,31,32}

FACTEUR INFANTILES

Certaines études montrent qu'il se peut que le partage du lit avec de plus jeunes bébés <8-14 semaine augmente le risque de MSN.^{2,21,32}

ALLAITEMENT ET SOMMEIL PARTAGE

Les recherches continuent à montrer une forte relation entre l'allaitement et le partage du lit/du sommeil. Une étude menée aux États-Unis, sur le sommeil partagé et l'allaitement, a trouvé que les enfants qui partageaient régulièrement le lit de leur mère, passaient environ trois fois plus de temps à téter pendant la nuit que les enfants qui dormaient systématiquement seuls. La fréquence des tétées nocturnes était deux fois plus importante et la durée des tétées était 39 % plus longue.³³ La proximité et le contact sensoriel avec la mère pendant le sommeil facilitent une réponse rapide aux signes de l'enfant qui montre qu'il est prêt à téter, et

prodigue réconfort et apaisement à l'enfant dépendant ainsi qu'à ses parents. Une grande étude prospective récente menée aux USA sur plus de 10 000 enfants a montré que jusqu'à 22% des enfants de 1 mois dormaient dans le lit parental et que les mères qui allaitaient étaient trois fois plus nombreuses à pratiquer le partage du lit que les mères qui n'allaitaient pas. Quarante-vingt-quinze pour cent des enfants qui dormaient avec une autre personne dormaient avec un de leurs parents.²⁶ De même, une étude sur le partage du lit parent-enfant, en Angleterre, a montré que «l'allaitement était fortement associé avec le partage du lit, à la naissance et à 3 mois.»³⁴

S'appuyant sur les informations ci-dessus et sur la littérature disponible, l'Academy of Breastfeeding Medicine adresse les recommandations suivantes aux professionnels de santé.

RECOMMANDATIONS

- A. Dans la mesure où l'allaitement représente la meilleure forme de nutrition pour les nourrissons, toute recommandation portant sur les soins à l'enfant qui peut affecter négativement son démarrage ou sa durée doit être soigneusement pesée en regard de ses nombreux avantages connus pour les enfants, les mères et la société.
- B. On ne devrait pas supposer que les familles n'utilisent qu'un seul type d'arrangement en matière de sommeil toute la nuit et toutes les nuits, ainsi que pendant la journée. Les professionnels de santé devraient garder cela à l'esprit lorsqu'ils se renseignent sur les pratiques de sommeil de l'enfant.^{2,14,15}
- C. Les parents ont besoin d'être encouragés à exprimer leur point de vue et à rechercher des informations et du soutien auprès des professionnels de santé. Il est nécessaire de prendre en compte les différences culturelles lorsqu'on se renseigne sur les pratiques de sommeil.
- D. Il n'existe actuellement pas assez de données permettant de soutenir les recommandations habituellement faites contre le sommeil partagé. Les parents doivent recevoir des informations sur les avantages et les inconvénients de cette pratique, les modes

dangereux de sommeil partagé et doivent avoir le droit de prendre une décision informée.

Le partage du lit est une pratique complexe. L'information des parents sur l'environnement de sommeil de l'enfant devrait inclure les renseignements suivants :

1. Certaines pratiques potentiellement dangereuses de partage du lit/sommeil partagé ont été identifiées soit dans la littérature médicale, soit en tant que consensus par des experts :

- L'exposition au tabagisme passif et le tabagisme maternel^{2,18,25}
- Le partage du sommeil dans un canapé, un fauteuil ou un lit de repos^{2,8-12}
- Dormir avec l'enfant sur un lit à eau ou du matériel de couchage mou^{6,8-12}
- Dormir sur un lit à côté duquel existe un espace où le bébé peut se retrouver coincé^{6,8-12}
- Placer l'enfant dans un lit d'adulte en position couché sur le ventre ou sur le côté^{6,8-12}
- La consommation d'alcool ou de produits altérant le niveau d'éveil par le(s) adulte(s) qui dorme(nt) avec l'enfant²

2. Les familles doivent recevoir toutes les informations connues sur les pratiques sûres de sommeil partagé avec leur enfant, à savoir :

- Placer le bébé sur le dos.¹²
- Utiliser une surface de sommeil ferme, et éviter les lits à matelas d'eau, les canapés ou les fauteuils, les oreillers, les éléments mous ou la literie mal fixée.^{6,8-12}
- Si des couvertures sont utilisées, elles devraient être bordées sous le matelas de façon à ce que la tête de l'enfant ne risque pas d'être recouverte.
- S'assurer que sa tête n'est pas recouverte. Dans une pièce froide, l'enfant sera placé dans une turbulette afin de le maintenir au chaud.^{6,8-12}
- Éviter l'utilisation de couettes, duvets, édredons, oreillers et animaux en peluche dans l'environnement de sommeil de l'enfant.^{6,8-12}
- Ne jamais mettre un enfant à dormir sur un oreiller ou à côté d'un oreiller.^{6,8-12}

- Ne jamais laisser seul un enfant dans un lit d'adulte.^{6,8-12}
- Informer les familles que les lits d'adultes présentent des risques potentiels et qu'ils ne sont pas conçus pour répondre aux critères officiels de sûreté pour les nourrissons.^{6,8-12}
- S'assurer qu'il n'y a pas d'espace entre le lit et la tête du lit, les murs ou toute autre surface, dans lequel le nourrisson pourrait se retrouver coincé et amené à suffoquer.^{6,8-12}
- Placer un matelas ferme directement sur le sol et loin des murs peut être une alternative sûre. Une autre alternative au placement de l'enfant dans un lit d'adulte ou sur un matelas est d'utiliser un lit pour enfant attaché à côté du lit de l'adulte, qui permet à l'enfant d'être près de l'adulte, mais sur une surface de sommeil séparée. Il n'existe actuellement aucune étude vérifiée sur de telles installations.
- Le sommeil de l'enfant dans la même pièce que les parents montrait une protection contre la MSN.^{2,12,31,32}

RECOMMANDATIONS POUR LES FUTURES ETUDES

- A. L'Academy of Breastfeeding Medicine recommande vivement d'effectuer d'autres études afin de mieux comprendre les avantages et les risques du sommeil partagé et du partage du lit, ainsi que leurs associations avec l'allaitement.
- B. Les chercheurs devraient utiliser des protocoles bien définis, impartiaux, prospectifs, ainsi que des méthodes bien définies de recueil des données. Le contrôle des données pour comparaison est une part essentielle dans ce type de recherche. Les études doivent être des études de population, afin que le risque réel de mort subite du nourrisson et d'écrasement liés au partage du lit ou au sommeil partagé puisse être calculé. Il est nécessaire d'établir un dénominateur pour le calcul du risque et pour la comparaison avec une population ne pratiquant pas le sommeil partagé ou le partage du lit. Pour l'analyse finale, il est particulièrement important de ne pas considérer les «facteurs» de risque

modifiables associés au partage du lit comme étant la même chose que le partage du lit en soi.

- C. La diversité des pratiques de partage du lit/sommeil partagé parmi les différentes groupes ethniques de la population des Etats Unis et du monde doit aussi être soigneusement observée et documentée et faire partie des protocoles de recherche.
- D. Poursuivre l'étude de l'impact du sommeil partagé sur le comportement des enfants, la MSN et l'allaitement est essentiel.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été effectué en partie grâce à une don du Maternal Child Health Bureau, U. S. Department of Health and Human Services.

RÉFÉRENCES

1. McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, et al. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: Implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep* 1993;16:263-282.
2. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: Case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BM J* 1999; 319:1457-1461.
3. McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): The role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. *Med Anthropol* 1986;10:9-92.
4. McKenna JJ, Mosko S. Evolution and infant sleep: an experimental study of infant-parent co-sleeping and its implications for SIDS. *Acta Paediatr Suppl* 1993;82 (Suppl 389):31-36.
5. McKenna JJ, Mosko SS. Sleep and arousal, synchrony and independence, among mothers and infants sleeping apart and together (same bed): An experiment in evolutionary medicine. *Acta Paediatr Suppl* 1994;397:94-102.
6. Byard RW, Beal S, Bourne AJ. Potentially dangerous sleeping environments and accidental asphyxia in infancy and early childhood. *Arch Dis Child* 1994;71:497-500.
7. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107:530-536.
8. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics* 1999; 103:e59.
9. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, et al. Unsafe sleep practices and an analysis of bedsharing among infants dying suddenly and unexpectedly: Results of a four-year, population-based, death-scene investigation study of sudden infant death syndrome and related deaths. *Pediatrics* 2000;106:e41.
10. Nakamura S, Wind M, Danello MA. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1019-1023.
11. U. S. Consumer Products Safety Commission. *CPSC Warns Against Placing Babies In Adult Beds*. Report Number SPSC Document #5091. U. S. Consumer Products Safety Commission. Washington, DC, USCPSC, 1999.
12. 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;116:1425-1255.
13. Rosenberg KD. Sudden infant death syndrome and co-sleeping. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:529-530.
14. Flick L, White DK, Vemulapalli C, et al. Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk for sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2001;138(3):338-343.
15. Ostfeld BM, Perl H, Esposito L et al. Sleep environment, positional, lifestyle, and demographic characteristics associated with bed sharing in sudden infant death syndrome cases: A population-based study. *Pediatrics* 2006;118:2051-2059.
16. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:885-890.
17. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16:13-20.
18. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, et al. Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study. *J Paediatr Child Health* 1992;28 (Suppl 1):S3-S8.
19. Mitchell EA, Esmail A, Jones DR, et al. Do differences in the prevalence of risk factors explain the higher mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand compared with the UK? *N Z Med J* 1996; 109:352-355.
20. Mitchell EA, Tuohy PG, Brunt JM, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics* 1997 ;100:835-840.
21. 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.
22. Scragg R, Stewart AW, Mitchell EA, et al. Public health policy on bed sharing and smoking in the sudden infant death syndrome. *N Z Med J* 1995; 108:218-222.
23. Scragg RK, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998;30:345-349.
24. Mitchell EA, Scragg L, Clements M. Factors related to infants bed sharing. *N Z Med J* 1994; 107:466-467.
25. Horsley T, Clifford T, Barrowman N, et al. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing:

- a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:237-245.
26. 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.
 27. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Maternal infant bedsharing: Risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. *Matern Child Health J* 2007;11:277-286.
 28. McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch J. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: A preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am J Phys Anthropol* 1990; 83:331-347.
 29. 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.
 30. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, et al. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics* 2006;117:1599-1607.
 31. Tappin D, Ecab R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *Lancet* 2004;363:185-191.
 32. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case control study. *Lancet* 2004;363:185-191.
 33. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 100(2 Pt 1):214-219, 1997.
 34. Blair PS, Ball HL; The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-1110.

Les protocoles de l'ABM ont une validité de cinq ans à partir de la date de publication. Des révisions s'appuyant sur les preuves scientifiques sont faites tous les cinq ans ou plus tôt s'il y a des études présentant des changements significatifs.

Consultants

- **Rosha Champion McCoy M.D., FABM*
- **James J. McKenna J. Ph.D.*
- **Lawrence M. Gartner MD, FABM*

Comité des protocoles

- Caroline J. Chantry M.D, FABM*
- Co-Chairperson*
- Cynthia R. Howard M.D., FABM*
- Co-Chairperson*
- Ruth A. Lawrence, M.D., FABM*
- Kathleen A. Marinelli, M. D., FABM*
- Co-Chairperson*
- Nancy G. Powers, M.D., FABM*

*Auteur principal