

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.

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

INTRODUCTION

L'Academy of Breastfeeding Medicine est une organisation qui regroupe des médecins qui souhaitent 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 : le lieu de sommeil de l'enfant.

CONTEXTE

Le terme co-dodo (sommeil partagé) est souvent utilisé pour uniquement faire référence au partage d'une surface de sommeil par un bébé et un parent. Toutefois, le co-dodo se réfère souvent en réalité à tous les moyens qui permettent à un enfant de dormir en étant en contact proche social et/ou physique avec la personne qui s'occupe de lui (habituellement la mère).¹ Cette définition de fonctionnement nécessite que les personnes qui pratiquent le co-dodo restent suffisamment proches l'une de l'autre pour détecter les stimuli sensoriels de l'autre et éventuellement agir sur eux, et incluent le fait que le nourrisson dorme contre un parent sur un meuble ou un objet différent.

Le partage du lit est juste une forme de co-dodo. D'autres formes de co-dodo telles que le partage d'une natte, d'un futon ou du plancher sont différentes du partage du lit, car les surfaces sont différentes, et cela pourra ne pas induire les mêmes risques que ceux induits par un matelas mous, une couette, un lit d'eau, un canapé ou un fauteuil, etc. De plus, des surfaces telles qu'un canapé ou un fauteuil peuvent présenter davantage de risques.²

Le partage du sommeil parent-enfant permet de protéger physiquement l'enfant contre le froid et

augmente 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, a besoin de tétées fréquentes et naît immature sur le plan neurologique.^{1,3-5} Dans les régions où sévit la malaria, le co-dodo est recommandé comme étant le moyen le plus efficace d'utiliser les moustiquaires disponibles ; le co-dodo peut être nécessaire dans d'autres régions géographiques lorsqu'il n'existe pas suffisamment de lits ou de place dans la maison.

Le partage du lit et le co-dodo ont fait l'objet de discours très négatifs dans la littérature médicale ces dernières années, en tant que causes de décès infantiles.⁶⁻¹⁰ Cela a amené certaines autorités en matière de santé publique à déconseiller à tous les parents de les pratiquer. La Consumer Product Safety Commission des USA (USCPSC) recommande aux parents de «ne jamais dormir avec votre bébé» mais ne tient pas compte des importantes différences entre les diverses formes de co-dodo, ni entre les pratiques sûres et dangereuses de partage du lit.¹¹

Le partage du lit a longtemps été promu en tant que méthode pour favoriser le comportement de parentage ou «le parentage d'attachement» et pour faciliter l'allaitement.¹²⁻¹⁶ A partir du passage en revue de la littérature existante (voir «Justifications»), l'Academy of Breastfeeding Medicine fait les recommandations suivantes pour les 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 soit 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.^{2,22} Les parents ont besoin d'être encouragés à exprimer leur point de vue et à rechercher des informations et du soutien auprès de leurs professionnels de santé. Il est nécessaire de prendre en compte les différences culturelles lorsqu'on se renseigne sur les pratiques de sommeil.

C. Il n'existe actuellement aucune donnée permettant de soutenir les recommandations faites contre le co-dodo. Les parents doivent recevoir des informations sur les avantages et les inconvénients du co-dodo, les pratiques dangereuses de co-dodo et doivent avoir le droit de prendre une décision informée. Le partage du lit est une pratique complexe. Le conseil des parents au sujet de l'environnement de sommeil de l'enfant devrait inclure les informations suivantes :

1. Certaines pratiques potentiellement dangereuses de partage du lit/co-dodo 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^{2,11,17-21}
- Le partage du sommeil dans un canapé, un fauteuil ou un lit de repos^{2,6,9-11}
- Dormir avec l'enfant sur un lit à eau ou du matériel de couchage mou^{6,9-11}
- Dormir sur un lit à côté duquel existe un espace où le bébé peut se retrouver coincé^{6,9-11}
- Placer l'enfant dans un lit d'adulte en position couché sur le ventre ou sur le côté^{6,9-11}
- 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.²³
- 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.^{6,9-11,23}
- Couvrir l'enfant uniquement avec une couverture mince.

- 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.^{6,9-11,13}
- Eviter l'utilisation de couettes, duvets, édredons, oreillers et animaux en peluche dans l'environnement de sommeil de l'enfant.^{6,9-11,23 9-11, 23}
- Ne jamais laisser seul un enfant dans un lit d'adulte.^{6,9-11,23}
- Ne jamais mettre un enfant à dormir sur un oreiller ou à côté d'un oreiller.⁶
- 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.^{6,9-11,23}
- 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^{6,9-11,23}

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.

ARGUMENTATION

Allaitement et co-dodo

Une étude sur le co-dodo et l'allaitement a trouvé que les enfants qui partageaient régulièrement le lit de leur mère passaient environ 3 fois plus de temps à téter pendant la nuit que les enfants qui dormaient régulièrement seuls. La fréquence des tétées nocturnes était deux fois plus importante et la durée des tétées était 39% plus longue.¹⁶ La proximité et le contact sensoriel avec la mère pendant le sommeil facilitent une réponse rapide aux signes de l'enfant montrant 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 allaitantes étaient 3 fois plus nombreuses à pratiquer le co-dodo 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.²⁴ Des études en Nouvelle Zélande et en Australie ont retrouvé un taux de co-dodo de plus de 40%.^{22,25} Une étude

rétrospective plus récente aux USA ont montré un taux de co-dodo allant jusqu'à 45%.²⁶

Co-dodo et mortalité infantile

Risque et prévention de la mort subite du nourrisson (MSN)

Des études épidémiologiques et une méta-analyse récente ont montré une association significative entre l'allaitement et un risque plus bas de MSN, particulièrement lorsque l'enfant était exclusivement allaité pendant les 4 premiers mois (27, 28). 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. Des études ont aussi démontré une augmentation du risque de MSN lorsque l'enfant dormait avec une mère fumeuse. L'exposition au tabagisme pendant la grossesse et la petite enfance semblent contribuer à augmenter ce risque de façon indépendante des autres facteurs de risque connus tels que le statut social (2, 17-21, 29, 30). Cela a amené à recommander aux parents qui fument de ne pas dormir avec leurs enfants.

Risque d'asphyxie

Deux études faites par la Consumer Product Safety Commission des USA, qui utilisaient les 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 ont été coincés accidentellement sur la surface de sommeil, ou qu'ils ont été étouffés par un adulte ou un autre enfant endormi (8, 10). À partir de ces études, la Consumer Product Safety Commission des USA (USCPSC) a émis des recommandations contre la pratique de toutes les formes de sommeil partagé, et a déconseillé aux parents de dormir avec leur enfant quelle que soient les circonstances. La USCPSC est préoccupée par l'absence de standards de sécurité concernant les enfants au sujet des lits d'adultes, et des problèmes qui peuvent résulter lorsqu'un nourrisson dort dans un environnement non sécurisé. Deux études plus récentes effectuées à Saint Louis et Cleveland ont soulevé des préoccupations similaires (7, 9). Toutefois, ces études présentent les mêmes défauts que les études précédentes. Elles ne présentent pas de données sur la possibilité de l'utilisation de drogues ou d'alcool par l'adulte qui dormait avec l'enfant, et ne prennent pas en compte la position dans laquelle dormait l'enfant au moment de son décès, alors que la position sur le ventre semble être un des facteurs de risque les plus importants pour la MSN. Ils mettent aussi ensemble tous les décès pendant le co-dodo, sans séparer cas où l'environnement de sommeil était dangereux, comme sur un canapé, un divan, un lit à matelas d'eau, ou un fauteuil capitonné, des cas où

l'environnement était de bonne qualité. Dans ces études, il n'y a aucune certitude quant à la qualité du recueil des données, à la cohérence dans les 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 évidence qu'il y ait eu réellement écrasement. C'est particulièrement un problème en raison de l'absence d'inspection du lieu du décès, et d'un interrogatoire détaillé des personnes présentes au moment du décès de l'enfant. Il n'existe aucune méthode d'autopsie permettant de faire la différence entre un décès dû à la MSN et un décès accidentel ou un homicide par étouffement avec un oreiller. En conséquences, 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 habituellement désignés comme des suffocations. La diversité des pratiques de sommeil partagé rend encore plus difficile l'analyse du décès des enfants. 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 co-dodo étaient plus nombreuses à mettre l'enfant sur le ventre et à utiliser un lit plus mou (31).

Études prospectives de population

La seule étude prospective de population sur le partage du lit et la MSN a été effectuée en Angleterre (2). Les chercheurs ont trouvé que :

- Le co-dodo avec un enfant sur un canapé était associé à un risque particulièrement élevé de MSN.
- Il n'y avait pas augmentation du risque qui soit en rapport avec le partage du lit lorsque l'enfant était remis dans son berceau et ne passait pas toute sa période de sommeil dans le lit parental.
- Il n'y avait aucune association entre le risque de MSN et le sommeil dans le lit parental chez les enfants dont les parents ne fumaient pas, ou chez les enfants âgés de plus de 14 semaines.
- L'existence d'une corrélation entre le partage du lit et la MSN chez les enfants plus jeunes semblait être en rapport avec la consommation parentale récente d'alcool, la surpopulation du lieu d'habitation, une fatigue parentale extrême, ou le placement de l'enfant sous une couverture épaisse comme une couette.

- Le sommeil de l'enfant dans la même pièce que les parents était corrélé à un risque plus bas de MSN.

Les auteurs de cette étude concluaient qu'il y avait eu très peu d'observations directes jusqu'à récemment, mais qu'il devenait évident que le fait pour la mère et son enfant de dormir ensemble avait pour résultat des interactions complexes, ce qui était très différent du sommeil isolé, et qu'il était nécessaire de bien étudier cela en détail avant d'appliquer des qualificatifs simplistes tels que « sans danger » ou « dangereux ». Ils continuaient en disant que « peut-être que ce n'est pas le partage du lit en soi qui est dangereux, mais plutôt les circonstances spécifiques dans lesquelles ce partage du lit survient. Le fait que certaines de ces circonstances puissent être modifiables a d'importantes implications en terme de mesures sociales et d'éducation en matière de santé. »

Diversité ethnique

Le taux de MSN est bas dans les cultures asiatiques, alors que le co-dodo y est courant. Toutefois, certains affirment que le co-dodo pratiqué dans ces cultures est différent du partage du lit qui est pratiqué aux Etats Unis. Comme Blair et ses collègues le notaient 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 d'un bébé qui dort directement en contact avec la mère sur un matelas mou et recouvert d'une couverture épaisse » (2). Une grande étude prospective sur le partage du lit, ayant utilisé une analyse multivariable, a trouvé que la race / l'origine ethnique étaient les facteurs qui avaient la corrélation la plus forte avec le partage du lit à tous les moments du suivi, les mères d'origine africaine, asiatique ou hispanique étant 4 à 6 fois plus nombreuses à prendre leur enfant dans leur lit que les autres mères (24). Dans une étude récente menée en Alaska, où il y a un taux élevé de co-dodo 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, et occasionnellement en association avec le sommeil de l'enfant sur le ventre, ou sur une surface telle qu'un canapé ou un lit à eau (32).

Etudes contrôlées menées en laboratoire

McKenna et ses collègues ont étudié le sommeil partagé 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 vis-à-vis 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, 33-36).

Facteurs parentaux

La contribution d'autres facteurs parentaux au risque lié au partage du lit reste obscure. 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. Le rôle de l'obésité a été étudié dans une seule étude sur la MSN. Les auteurs ont trouvé que le poids moyen avant la grossesse des mères qui pratiquaient le co-dodo était plus élevé que celui des mères qui ne le pratiquaient pas (7). Si l'écrasement est un mécanisme éventuel de suffocation de l'enfant, il semble plausible de penser que l'état physique et psychologique des personnes qui dorment avec l'enfant pourrait avoir son importance.

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 co-dodo et du partage du lit, ainsi que leurs associations avec l'allaitement.

B. L'Academy est préoccupée par le fait que le co-dodo et le partage du lit soient interdits sur la base de données de mauvaise qualité et de conclusions erronées. Si des données provenant d'observateurs médicaux doivent être utilisées dans la recherche, ces examinateurs médicaux devraient développer des protocoles d'investigation des décès inexplicables d'enfants en utilisant des méthodes standardisées et impartiales, incluant l'évaluation détaillée du site. La collecte des données doit être faite scientifiquement, de façon vérifiable, et elle doit inclure :

- L'environnement physique du lit
- La position exacte de l'enfant dans le lit
- La ou les personnes partageant le lit
- L'état physique et psychologique de ou des adultes partageant le lit avec l'enfant
- Le statut médical de l'enfant au moment du décès

Des autopsies menées de façon détaillée et soigneusement vérifiées sont essentielles, ainsi que des visites sur le lieu du décès, effectuées par des observateurs entraînés et impartiaux.

C. 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 de mort subite du nourrisson et d'écrasement liés au partage du lit / co-dodo 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 co-dodo 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. La diversité ethnique de la population des Etats Unis doit aussi être prise en compte.

D. Poursuivre l'étude de l'impact du co-dodo sur le comportement des enfants, la MSN et l'allaitement est essentiel.

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* 16:263-282, 1993.
2. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *Br Med J*; 319:1457-1461, 1999.
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* 10:9-92, 1986.
4. McKenna JJ, Mosko S. Evolution and infant sleep: an experimental study of infant-parent co-sleeping and its implications for SIDS. *Acta Paediatr* 82 (Suppl 389):31-36. 1993.
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* 397:94-102, 1994.
6. Byard RW, Beal S, Bourne AJ. Potentially dangerous sleeping environments and accidental asphyxia in infancy and early childhood. *Arch Dis Child* 71:497-500, 1994.
7. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA, Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 107:530-536, 1994.
8. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics*; 103:e59, 1999.
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* 106:e41, 2000.
10. Nakamura S, Wind M, Danello MA. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153:1019-1023, 1999.
11. United States Consumer Products Safety Commission. CPSC warns against placing babies in adult beds. SPSC Document #5091. Washington, DC, USCPSC, 1999.
12. Rosenberg KD. Sudden infant death syndrome and co-sleeping. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154:529-530, 2000.
13. Thevenin T. *The Family Bed*. East Rutherford, NJ, Avery Publishing Group, 1987.
14. Sears W, Sears M. *The Baby Book*. Boston, Little, Brown and Company, 1993.
15. La Leche League International. *The Womanly Art of Breastfeeding*. 5th ed. Schaumburg, Ill, LLLI, 1991.
16. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 100(2 Pt 1):214-219, 1997.
17. 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* 28 Suppl 1:S3-S8, 1992.
18. Mitchell EA, Esmail A, Jones DR, Clements M. 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*; 109(1030):352-355, 1996.
19. 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* 100(5):835-840, 1997.
20. 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. *Br Med J*; 307(6915):1312-1318 1993.
21. Scragg R, Stewart AW, Mitchell EA, Ford RP, Thompson JM. Public health policy on bed sharing and smoking in the sudden infant death syndrome. *N Z Med J*; 108(1001):218-222, 1995.
22. 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* 36(2):117-121, 2000.
23. American Academy of Pediatrics: Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics*; 105(3 Pt 1):650-656, 2000.
24. McCoy RC, Hunt CL, Lesko SM. Population-based study of bedsharing and breastfeeding. *Pediatr Res* 47:154A. 2000.
25. Tuohy PG, Smale P, Clements M. Ethnic differences in parent/infant co-sleeping practices in New Zealand. *N Z Med J* 111(1074):364-366, 1998.
26. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States 1993-2000. The national infant sleep position study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157:43-49, 2003.

27. Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, Enright SA, Stewart AW, Becroft DM et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993; 22(5):885-890.
28. McVea KL, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16(1):13-20.
29. Mitchell EA, Scragg L, Clements M. Factors related to infants bed sharing. *N Z Med J* 1994; 107(989):466-467.
30. Scragg RK, Mitchell EA. Side sleeping position and bed sharing in the sudden infant death syndrome. *Ann Med* 1998; 30(4):345-349.
31. Flick L, White DK, Vemulapalli C, Stulac BB, Kemp JS. 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.
32. Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KA. Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics* 2001; 108(4):923-927.
33. 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(3):331-347.
34. 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(5):841-849.
35. McKenna J, Mosko S, Richard C, Drummond S, Hunt L, Cetel MB et al. Experimental studies of infant-parent co-sleeping: mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS (sudden infant death syndrome). *Early Hum Dev* 1994; 38(3):187-201.
36. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S, Mukai D. Maternal proximity and infant CO2 environment during bedsharing and possible implications for SIDS research. *Am J Phys Anthropol* 1997; 103(3):315-328.

Copyright protected © 2003 The Academy of Breastfeeding Medicine, Inc
 Approved January 20, 2003
 The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee
 Caroline J. Chantry MD, FABM, Co-Chairperson,
 Lawrence M. Gartner MD,
 Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, Co-Chairperson
 *Rosha Champion McCoy MD
 Consultant : James McKenna J. PhD
 *Lead Author(s)

Supported in part by a grant from the Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services.