



Allaitement Actualités

No 53, septembre 2012

Editorial: Dormir avec son bébé : Le « sommeil partagé » ou « co-sleeping »

Rédactrice invitée : Helen Ball¹

Qui dort avec son bébé et pourquoi ?

Pendant leurs toutes premières semaines de vie, plus de nourrissons partagent le lit de leurs parents qu'à tout autre moment de leur vie. Chaque nuit entre 20 et 25% des nourrissons de moins de 3 mois passent une partie de la nuit dans le même lit qu'un parent, et dans les ménages euro-américains, jusqu'à 70% des bébés auront dormi avec un parent au moins une fois au cours de leurs premiers 3 mois^{2,3,4}. Interrogés à ce sujet, les parents disent dormir avec leur bébé pour toute une série de raisons^{5,6,7}. Leurs réponses expriment des convictions culturelles et religieuses ou encore des philosophies de l'éducation profondément ancrées ; elles invoquent les liens physiologiques entre la lactation et l'allaitement la nuit ; et elles semblent suggérer une pulsion biologique qui serait à la base de l'attachement et du besoin de ce contact très proche. A un niveau plus pratique, les parents expliquent aussi que dormir avec le bébé facilite les soins de nuit, aide à mieux le surveiller et permet de lui procurer du confort tout en leur donnant la possibilité de dormir eux aussi. Par ailleurs, certains parents disent qu'ils n'ont pas d'autre endroit pour leur bébé la nuit, ou qu'ils se sont endormis involontairement avec l'enfant. Quant aux mères qui allaitent, l'ensemble de toutes ces raisons semble s'appliquer et c'est donc sans surprise qu'au niveau mondial, le groupe le plus important de personnes dormant avec leur bébé sont les mamans qui allaitent.

Bien que ce soit un fait bien établi que la plupart des mères qui allaitent dorment avec leur bébé, la fréquence et la manière dont cela se passe tendent à varier d'un cas à l'autre. Certaines le pratiquent chaque nuit pendant toute la nuit, d'autres seulement pendant une partie de la nuit, certaines de temps en temps, alors que d'autres s'endorment accidentellement pendant qu'elles allaitent alors qu'elles n'en

¹ Professeur d'anthropologie et Directrice des études post-graduées, Directrice du Sleep Lab, Université de Durham, Dawson Building, South Road, Durham, DH1 3LE, UK. E-mail: h.l.ball@durham.ac.uk

² Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-10

³ McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141-9

⁴ Ball H. Airway covering during bed-sharing. *Child Care Health Dev* 2009;35:728-37

⁵ Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181-8

⁶ Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: a grounded theory. *Journal of Midwifery and Women's Health*. American College of Nurse-Midwives, Silver Spring MD, 2009

⁷ Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bed-sharing practices, experiences, and awareness of risks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:274-81

avaient aucunement l'intention. Bien que de nombreuses mères qui allaitent rapportent qu'on leur avait dit que dormir avec son bébé était « mal »⁸, presque toutes, qu'elles soient ou non adeptes du « co-sleeping », se sont endormies à un moment ou un autre avec leur nourrisson, soit au lit, ou sur une chaise, ou sur un canapé. Il est donc essentiel que les professionnels de la santé qui soutiennent les mères allaitantes soient bien informés des questions relatives au sommeil partagé et qu'ils puissent aider les nouvelles mamans à comprendre comment les données résultant de la recherche scientifique se rapportent à leur propre situation.

Questions, questions, questions...

Bien sûr, le sommeil partagé entre parents et nourrissons – dans le lit d'un adulte ou ailleurs – soulève de nombreuses questions. Est-ce une des causes de la mort subite du nourrisson? Est-ce au contraire une protection contre la mort subite? Les nourrissons peuvent-ils être étouffés ou écrasés? Les mères dorment-elles mieux ou moins bien? Est-ce dangereux de dormir avec son bébé si on n'allait pas? Qu'en est-il des nourrissons très jeunes, ou prématurés, ou particulièrement petits? Et des parents qui fument ou qui boivent? Le sommeil partagé aide-t-il les mamans à allaiter? Allaiter protège-t-il les nourrissons des risques du « co-sleeping »? Où faudrait-il allaiter la nuit? La nuit, est-ce mieux d'allaiter assise ou couchée? Comment pratiquez-vous le « co-dodo »? Peut-on rendre le lit parfaitement sûr?

La problématique du « co-sleeping » n'est pas simple, et pour cette raison la plupart des questions que l'on peut se poser à son propos n'ont pas de réponse claire et directe. La recherche scientifique présente des résultats contradictoires, et les directives des différentes organisations sont elles aussi contradictoires. Par ailleurs, la recherche sur plusieurs des problèmes relatifs au sommeil partagé est difficile à mener parce que cette pratique est étroitement liée à différents autres aspects de l'art d'être parent, lesquels contribuent à fausser les résultats – sans mentionner que très peu de recherches sur les risques du sommeil partagé font la distinction entre enfants allaités et enfants non-allaités. Par conséquent, nos connaissances sont incomplètes et les directives tendent à refléter les domaines ou les priorités des organismes dont elles sont issues⁹. C'est donc aux parents d'user de leur bon sens pour voir ce qui marche ou non, et ce qui est « le mieux » ou « le plus sûr » pour eux-mêmes et leur bébé – et pour y parvenir, il leur faut de l'information.

Au cours de cette dernière année, ma collègue la doctoresse Charlotte Russell et moi-même avons travaillé avec différents organismes au Royaume-Uni (La Leche League, la National Childbirth Trust, l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé de l'UNICEF) pour mettre sur pied un site web consacré au sommeil des nourrissons (ISIS) et dont le but est d'informer les parents et les soignants sur la recherche concernant comment et où dorment les bébés (www.isisonline.org.uk). L'éditorial de ce numéro d'*Allaitement Actualités* résume certains des sujets présentés sur le site et fait l'état des lieux de ce que la recherche scientifique dit aujourd'hui aux parents et aux soignants.

⁸ Le fait que le sommeil partagé soit considéré comme étant « mal » peut exprimer une précaution liée au fait que ce n'est pas une pratique sûre; cela implique alors que dormir avec son bébé est un acte irresponsable. Ou bien ce « mal » peut révéler plutôt un jugement de valeur, à savoir qu'il est moralement ou culturellement inapproprié que parents et enfants partagent le même lit. Quelle que soit la manière de le dire ou de l'interpréter, étiqueter le sommeil partagé comme étant « mal » invoque dans tous les cas chez les parents soit la peur soit la culpabilité.

⁹ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. *Soc Sci Med* 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

Pourquoi le sommeil partagé est-il considéré comme dangereux ?

La discussion sur le sommeil et la sécurité des nourrissons est déjà ancienne et trouve son origine dans l'évolution de notre espèce. Lorsque je parle à des publics non spécialisés, je commence souvent par expliquer les caractéristiques de l'évolution des nourrissons humains et pourquoi, lors des premiers mois de vie, les mères et les nourrissons ont besoin d'un contact physique très proche. Parce que les bébés humains ne sont pas complètement développés à la naissance il leur faut être protégés pendant plusieurs semaines, et ils doivent être nourris fréquemment, y compris la nuit. J'explique pourquoi les mères ressentent souvent le besoin de dormir avec leurs bébés, et pourquoi ces derniers répondent positivement aux contacts physiques. Mais, bien que le contact pendant le sommeil fasse partie de notre évolution biologique, cela ne veut pas dire pour autant qu'il est sans risque. A maintes fois j'ai observé qu'on utilise des explications biologiques pour rejeter les inquiétudes dues aux dangers (par exemple : « d'autres mammifères dorment avec leurs petits sans pour autant leur faire de mal »). Alors que c'est en effet la norme absolue parmi les mammifères que les mères dorment très proches de leurs petits, il faut se rappeler que dans la nature il est fréquent aussi que les mammifères meurent en début de vie. De même, la mortalité infantile a accusé des taux élevés tout au long de l'histoire humaine et les nourrissons sont morts alors qu'ils dormaient avec leur mère pour des raisons soit accidentelles, délibérées ou sans relation aucune avec le lieu où dormait l'enfant. Un aspect particulier de la mortalité infantile, la mort par étouffement, a été examiné de plus près : en Europe au Moyen Age elle était vue comme un infanticide déguisé¹⁰, et au 19^{ème} siècle en Ecosse elle fut liée à la consommation d'alcool chez la mère¹¹. Afin d'éliminer les morts accidentelles ou intentionnelles dues à l'étouffement, on a inventé en Italie l'arcuccio, pour protéger les nourrissons de leur mère endormie¹² (Figure 1). Dans d'autres pays des systèmes utilisés depuis longtemps pour porter les nourrissons ou leur permettre de dormir le jour (paniers, berceaux), étaient désormais utilisés la nuit pour dormir, au fur et à mesure que, la prospérité aidant, les maisons s'agrandissaient et les chambres à coucher privées se multipliaient. Dans plusieurs pays industrialisés, ces influences ont eu pour résultat des pratiques culturelles du sommeil des nourrissons qui ne correspondent pas à l'évolution biologique mère-nourrisson. Cette discordance entre notre histoire culturelle récente et l'évolution des soins à l'enfant est au cœur de la question du sommeil partagé.

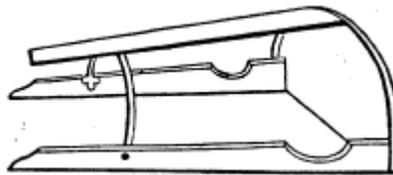


Figure 1: L'Arcuccio: appareil visant à empêcher les nourrissons d'être écrasés/étouffés. *British Medical Journal*, 10 août 1895.

Au fur et à mesure que les niveaux de vie et d'hygiène se sont améliorés aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles dans les pays les plus prospères, les taux de mortalité infantile ont diminué, pour atteindre aujourd'hui les niveaux les plus bas jamais enregistrés. Un des buts de la médecine moderne – éliminer tout décès évitable des enfants – fut poursuivi de façon très satisfaisante dans ces pays, et au fur et à mesure que les connaissances médicales avançaient, les médecins, qui avaient désormais à leur disposition des incubateurs et des possibilités d'alimentation artificielle, ont pu maintenir en vie les bébés sans leur mère.

¹⁰ Spinelli MG. *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2003

¹¹ Russell-Jones DL. Sudden infant death in history and literature. *Arch Dis Child* 1985;60:278-81

¹² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2508215/pdf/brmedj08781-0040.pdf>

Si bien qu'à moment donné, les mères sont devenues superflues pour la survie de leur nourrisson. Dès le milieu du 20^{ème} siècle, dans les pays occidentaux, les nourrissons dormaient pour la plupart dans leur propre chambre, dans des meubles conçus spécialement à cet effet, et ils étaient nourris de lait artificiel provenant de lait de vache modifié chimiquement.

Et pourtant, alors que le danger présumé du corps de la mère dormant auprès de son nourrisson n'existait pour ainsi dire pratiquement plus, les nourrissons continuaient à mourir dans leur berceau de façon inexplicable – un phénomène qui a commencé à être connu sous le nom de « mort subite du nourrisson » ou de « mort du berceau ». Aujourd'hui on trouve dans plusieurs pays de nombreux « Panels pour examiner la mortalité des enfants », « Commissions sur la mortalité infantile » et « Comités de sauvegarde », dont le rôle est d'examiner à la loupe chaque décès de nourrisson ou d'enfant afin de les éviter dans le futur.

Le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN)....

Dès 1965, la mort non prévue d'un nourrisson dont on n'avait pas su trouver une cause post-mortem était classée dans la catégorie « syndrome de mort subite du nourrisson » (SMSN), laquelle était intégrée, grâce à un nouveau code, dans la Classification internationale des maladies. Le SMSN n'est donc pas une cause de maladie dont meurent les bébés, mais une catégorie dans laquelle on les assigne si on ne trouve pas de cause à leur décès. Jusqu'à présent on n'a pas réussi à déterminer de mécanismes sous-jacents à ces décès ; on ne sait toujours pas pourquoi certains bébés meurent de façon inattendue dans leur sommeil. Cependant on a pu déterminer différents éléments associés au SMSN, et que l'on qualifie communément de facteurs de risques, tels que le fait de dormir sur le ventre, d'être exposé à la fumée de cigarettes ou de ne pas être allaité. Lorsqu'un enfant est affecté par plusieurs de ces facteurs en même temps, le risque de SMSN augmente très nettement. Certains de ces facteurs sont associés à la vulnérabilité intrinsèque du nourrisson telle que la naissance prématurée ou le faible poids à la naissance ou le fait que la mère fume pendant la grossesse. Une fois l'enfant venu au monde, ces facteurs-là ne peuvent être changés. D'autres facteurs cependant, dépendent de l'environnement dans lequel l'enfant évolue et on pense qu'ils peuvent provoquer, chez un nourrisson vulnérable et vivant un moment critique de son développement, un élément de stress qu'il n'arrive pas à surmonter : c'est le modèle dit du « triple risque du SMSN » (Figure 2)¹³.

Ces aspects relatifs à l'environnement de l'enfant sont en général considérés comme « modifiables » (sommeil sur le ventre, excès de couvertures, tête recouverte, mode d'alimentation, utilisation ou non d'une lolette, parents fumeurs) et constituent la base de nombreuses campagnes de prévention nationales contre le SMSN. Des campagnes relativement peu sophistiquées telles que « Retournons dormir » (Back-to-Sleep) ont été couronnées de succès, mais ces cas sont plutôt rares et il se peut que ces campagnes aient aujourd'hui un effet négatif par rapport à de futurs efforts pour diminuer le SMSN¹⁴.

... et le sommeil partagé

En 1986, l'anthropologue James McKenna a avancé que le SMSN s'expliquerait par le fait de séparer les nourrissons de leur mère pendant la nuit – caractéristique concernant la manière, à la fois inter-

¹³ Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biol Neonate* 1994;65:194-7

¹⁴ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. *Soc Sci Med* 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025



Figure 2. Le modèle du triple risque du SMSN.

culturellement et historiquement unique, dont on élève les enfants dans certains pays occidentaux¹⁵. A cette époque, le manque d'épisodes de réveil et les arrêts respiratoires (apnée centrale) des nourrissons avaient été identifiés par la recherche sur le SMSN comme de potentiels signes avant-coureurs d'une mort subite non-prévisible. McKenna a alors posé l'hypothèse que les nourrissons qui dormaient dans des environnements riches en effets sensoriels tels que ceux produits lors du sommeil rapproché, étaient peut-être protégés de l'apnée et réveillés plus souvent grâce aux sons, aux mouvements et à la respiration de leur mère¹⁶. Cette hypothèse, à l'époque très courante, fut adoptée par de nombreux parents, et avant tout par ceux qui, déjà, valorisaient le sommeil rapproché pour les raisons philosophiques ou pratiques citées plus haut. Mais alors, et bien que les travaux de McKenna¹⁷ aient démontré qu'il existait un degré élevé de synchronisation physiologique entre mamans et bébés lorsqu'ils dormaient ensemble, la recherche sur l'environnement du sommeil partagé a souligné que le fait de partager son lit était un facteur de plus associé à l'augmentation plutôt qu'à la diminution du SMSN, et que la combinaison partage du lit + parent fumeur jouait un rôle particulièrement important^{18,19}. Au cours des 20 dernières années, les débats et études concernant les risques réels et présumés du sommeil partagé n'ont pas cessé. Mais aucune recherche épidémiologique n'a pu démontrer que le sommeil partagé réduisait nettement les risques du SMSN, même si certaines indications montrent clairement que le fait qu'enfants et parents dorment dans la même chambre soit protecteur. Aujourd'hui, il est devenu évident que certains comportements et environnements spécifiques interagissent de façon à rendre particulièrement dangereuses quelques formes de sommeil partagé entre enfants et parents.

¹⁵ 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

¹⁶ 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;83:331-47

¹⁷ McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. 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 45:133-61

¹⁸ Mitchell EA, Scragg R. Are infants sharing a bed with another person at increased risk of sudden infant death syndrome? *Sleep* 1993;16:387-9

¹⁹ 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. *BMJ* 1999;319:1457-61

Quels sont les risques?

Les études sur l'association entre le sommeil partagé et le SMSN sont contradictoires, certaines démontrant qu'il n'existe de risque accru entre sommeil partagé et SMSN que chez les nourrissons de parents fumeurs alors que d'autres montrent que la même association existe également chez les non-fumeurs. Cela a conduit certains pays et organisations à conseiller aux parents de ne jamais dormir avec leur bébé, et à d'autres d'éviter de le faire seulement dans certaines circonstances bien établies. Les preuves scientifiques ont été examinées récemment dans une méta-analyse des données provenant de onze études nationales contrôlées dont les données sur le SMSN et le lieu du sommeil avaient été collectées entre 1987 et 2006²⁰. Trois des études concernaient les Etats-Unis, quatre la Grande-Bretagne, et un chacun des quatre pays suivants, l'Allemagne, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et la Norvège. La revue s'est basée sur une définition assez large de l'expression « sommeil partagé », soit, le partage entre adultes et jeunes enfants de toute surface utilisée pour dormir. Globalement, le risque de SMSN fut multiplié presque trois fois pour le sommeil partagé sur toute surface de sommeil. Seules quatre études fournissaient des données concernant le fait que la mère fume ou non : elles ont montré une augmentation six fois plus élevée du risque pour la combinaison mère fumeuse + sommeil partagé (quelle que soit la surface de sommeil) comparée à une augmentation de 1,6% pour les mères non-fumeuses. Cela indique donc un risque accru significatif pour les fumeuses seulement.

En ce qui concerne l'âge des nourrissons/sommeil partagé (toute surface de sommeil), il n'y avait de données que dans trois études et elles ont été examinées dans tous les cas, quel que soit le statut fumeur ou non-fumeur de la mère. Les risques courus par les nourrissons de moins de 12 semaines étaient près de dix fois supérieurs à ceux des nourrissons de 12 semaines et plus. Mais, sans un sous-échantillonnage selon le statut de fumeur/non-fumeur de la mère, et sans informations sur le type de surface de sommeil (lit ou sofa, par exemple), il est difficile de mettre en contexte le risque apparemment accru des nourrissons les plus jeunes. Il faut par ailleurs rappeler que l'âge de 12 semaines avait été choisi arbitrairement et que la définition de « jeune nourrisson » variait d'une étude à l'autre. Dans deux études, la pratique courante du sommeil partagé (toute surface) n'a pas été associée avec le SMSN, mais cinq études ont montré une augmentation deux fois plus élevée du SMSN quand le sommeil partagé n'était pas pratiqué couramment. Bien que se revendiquant d'être une méta-analyse de onze études, l'ensemble des données des onze études n'a été utilisé que pour mesurer le risque global de SMSN en relation avec le sommeil partagé. Lors des analyses des sous-échantillons, les données ne provenaient au mieux que de moins de la moitié des études et les variables étaient examinées isolément les unes des autres. Il est donc frustrant de ne pas avoir d'informations claires sur le rôle que joue le statut fumeur/non-fumeur ou le fait de dormir ensemble de façon routinière sur les risques disproportionnellement élevés des jeunes nourrissons ; ou de ne pouvoir évaluer la contribution du fait de dormir ensemble sur un sofa ou de la consommation d'alcool chez ce groupe apparemment vulnérable.

Alors que cette méta-analyse a surtout examiné des données relativement anciennes (datant notamment d'avant et de pendant les campagnes Back to Sleep et de la forte diminution de mortalité SMSN des années 90), des études plus récentes offrent des perspectives nouvelles. Là où les directives de prévention du SMSN ont insisté sur la sécurité dans le couffin et le berceau (dormir sur le dos, ne pas couvrir la tête, ne pas trop emmitoufler l'enfant, ne pas utiliser de duvets, de jouets mous ou d'oreillers, etc.), le taux de SMSN dans les berceaux a effectivement diminué. Les chercheurs appliquent maintenant les mêmes méthodes pour identifier les facteurs de sécurité du « sommeil partagé ».

²⁰ 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;160:44-8

Ainsi, en Angleterre on a étudié le lieu réservé au sommeil dans l'étude SWISS (South West Infant Sleep Study – Etude sur le sommeil des nourrissons de la région Sud-Ouest)²¹. Cette étude de population avec groupes de contrôle s'est déroulée sur 4 années ; on y a comparé 80 décès correspondant aux critères du SMSN avec les données de deux groupes de contrôle d'âges correspondants. L'expression « sommeil partagé » englobait tout sommeil partagé entre un adulte et un bébé sur un lit ou un sofa. Parmi les enfants SMSN, 54% étaient décédés alors qu'ils dormaient avec un adulte comparés à 20% qui partageaient le même référent de sommeil dans les deux groupes de contrôle. En ce qui concerne les décès des nourrissons, on a noté une association significative entre le sommeil partagé et l'utilisation récente chez l'adulte d'alcool ou de drogues (31% contre 3% lors de contrôles aléatoires) et le sommeil partagé sur un sofa (17% contre 1%). Les auteurs en ont conclu que de nombreux nourrissons SMSN avaient dormi avec un adulte dans un environnement dangereux. Quels que soient par ailleurs les indicateurs socio-économiques, les risques les plus élevés étaient liés à la prise par l'adulte d'alcool ou de drogues avant de dormir avec le nourrisson dans un lit, et le fait de dormir ensemble sur un sofa. Alors que les données sur les mères ayant « essayé ou non d'allaiter » ont été comparées dans la population d'étude et les groupes de contrôle, on n'a pas trouvé d'association avec le SMSN, mais on n'avait pas rapporté de données plus spécifiques sur le type d'alimentation au moment du décès ou selon le lieu de sommeil de référence.

Désormais on connaît les facteurs relatifs à l'environnement immédiat qui augmentent les risques du SMSN lors du sommeil partagé – le fait de fumer, de prendre de l'alcool ou des drogues et de dormir avec le bébé sur un sofa ; et souvent ces facteurs se combinent les uns aux autres. Une étude sur le sommeil partagé en Alaska²² a montré que dans 99% des cas au moins un facteur de risque était présent (l'utilisation de tabac chez la mère ou le fait de dormir avec une personne amoindrie par l'effet d'une substance qui l'empêchait de se rendre compte de ce qui l'entourait ou même de se réveiller) et ils en ont conclu qu'en lui-même, seul, le sommeil partagé n'augmentait pas le risque de décès chez les nourrissons.

Qu'en est-il des décès accidentels causés par la suffocation ou le fait d'étouffer le bébé en l'écrasant ?

En plus du SMSN qui peut avoir lieu lorsqu'on dort avec l'enfant, il y a une documentation croissante sur le lien entre lieu de sommeil et mort subite *accidentelle* du nourrisson (MSAN). Il a toujours été difficile de faire la différence entre le SMSN et la MSAN à cause du manque de critères clairs pour diagnostiquer et distinguer le SMSN de la suffocation dite « douce ». Lorsqu'il y a des éléments indiquant que la possible suffocation a été accidentelle (par exemple, présence d'une personne dormant avec le bébé), les coroners vont parfois conclure que la cause du décès du nourrisson est « incertaine ». Récemment aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne la question de l'environnement de sommeil partagé a été impliquée dans des décès de nourrissons par suffocation^{23,24}. Il s'en suit que tous les parents devraient savoir que, en plus du fait que le sommeil partagé peut dans certaines conditions augmenter le risque du SMSN, il existe aussi la possibilité de mort accidentelle lorsqu'on dort avec un nourrisson. La responsabilité parentale est absolument essentielle donc dans le cas du SMSN comme de la MSAN. Si, avant de dormir pour la

²¹ Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in South-West England. *BMJ* 2009;339:b3666

²² Blabey MH, Gessner BD. Infant bed-sharing practices and associated risk factors among births and infant deaths in Alaska. *Public Health Rep* 2009;124:527-34

²³ Weber MA, Risdon RA, Ashworth MT, Malone M, Sebire NJ. Autopsy findings of co-sleeping-associated sudden unexpected deaths in infancy: relationship between pathological features and asphyxial mode of death. *J Paediatr Child Health* 2012;48:335-41

²⁴ Schnitzer PG, Covington TM, Dykstra HK. Sudden unexpected infant deaths: sleep environment and circumstances. *Am J Public Health* 2012;102:1204-12

première fois avec leur bébé, les parents se rendent attentifs aux prérequis de sécurité du sommeil partagé, les risques de s'endormir accidentellement avec l'enfant dans des circonstances dangereuses peuvent de fait diminuer. Ceci est d'autant plus important lorsque l'alcool ou des drogues diminuent temporairement les facultés de jugement des parents, car en tout temps c'est un parent sobre qui devrait prendre les décisions concernant la sécurité du bébé.

Allaitement et sommeil partagé : que sait-on vraiment ?

La recherche confirme ce que les mères qui allaitent sont très nombreuses à dire : dormir avec son bébé facilite l'allaitement fréquent pendant la nuit. Plusieurs études ont montré que, même si les mères qui allaitent et qui dorment avec leur bébé se réveillent souvent pour allaiter, comparées à celles qui ne dorment pas avec leur bébé, elles se réveillent pour des périodes de temps plus courtes, se rendorment plus rapidement²⁵ et finissent par dormir plus longtemps²⁶. Récemment une étude suédoise a montré une association entre le sommeil partagé et trois réveils ou plus par nuit, et les auteurs ont interprété cela comme une association avec des problèmes de sommeil plutôt que comme le besoin des nourrissons allaités de téter plus fréquemment, y compris la nuit²⁷. Par ailleurs, les mêmes auteurs ont fait une association en Suède entre le sommeil partagé et le fait d'être mère célibataire, alors qu'en Grande-Bretagne nous avons trouvé l'association inverse – moins de mères célibataires que de mères vivant avec un compagnon dorment avec leur bébé²⁸. D'autres études ont établi que l'allaitement est associé à une durée de sommeil égale ou supérieure à celle relative à l'alimentation artificielle en général, mais ces études n'ont pas tenu compte du lieu de sommeil^{29,30}.

L'interaction étroite entre l'allaitement et le sommeil partagé a fait l'objet de recherches dans une vingtaine d'études au moins. Particulièrement intéressante est l'association observée entre le sommeil partagé et une durée prolongée de l'allaitement. Au Brésil, des chercheurs ont examiné la situation de l'allaitement à 12 mois en interrogeant à la naissance ainsi qu'à 3 et à 12 mois les mères de 4'231 bébés sur leurs pratiques concernant l'allaitement et le fait de dormir ou non avec le bébé. Le sommeil partagé était défini comme le fait de dormir ensemble, mère et enfant, de façon courante, et pour tout ou partie de la nuit. La prévalence de l'allaitement à 12 mois était de 59% chez les nourrissons qui à 3 mois dormaient avec leur mère, et de 44% chez ceux qui ne dormaient pas avec elle. Parmi les nourrissons allaités exclusivement à 3 mois, 75% de ceux qui dormaient avec leur mère étaient encore allaités à l'âge de 12 mois contre 52% de ceux qui ne dormaient pas avec elle³¹. Les auteurs ont admis ces résultats comme prouvant que le sommeil partagé protège le nourrisson du sevrage précoce. Cependant cette association ne révèle rien de la causalité : le lien peut tout simplement être que les mères qui tendent à allaiter plus longtemps sont peut-être également plus enclines à vouloir dormir avec leur bébé.

²⁵ Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20:142-50

²⁶ Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:580-8

²⁷ Mollborg P, Wennergren G, Norvenius SG, Alm B. Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden. *Acta Paediatr* 2011;100:226-30

²⁸ Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012;129:e673-e681

²⁹ Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21:200-6

³⁰ Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning. *Pediatrics* 2010;126:e1562-e1568

³¹ Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. *J Pediatr* 2009;155:505-9

Il y a plusieurs années, lors d'une étude randomisée utilisant des séquences vidéo et qui s'est déroulée pendant les deux nuits suivant la naissance dans l'unité post-natale d'un grand hôpital, nous avons trouvé une différence notable dans la fréquence des épisodes d'allaitement et le lieu de sommeil du nourrisson³². Les nourrissons qui dormaient dans le même lit que leur mère ou qui dormaient dans un berceau attaché à son lit étaient plus de deux fois plus souvent que les bébés qui dormaient dans un berceau standard installé un peu plus loin, à côté du lit de la mère. Les séquences de film montraient que lorsque les bébés se réveillaient la nuit et commençaient à chercher le sein, les mères toutes proches étaient réveillées par leurs mouvements et répondaient immédiatement ; en revanche celles dont les bébés dormaient dans un berceau un peu plus éloigné ne sentaient pas les mouvements de leur bébé et ne répondaient donc pas à leurs signaux. Et ainsi, ces bébés-là rataient plusieurs occasions d'apprendre à saisir le sein et à téter, et leurs mères ne recevaient pas de stimulation fréquente des tétons ou de montées de prolactine déclenchant une production de lait rapide et abondante.

Lors d'une recherche ultérieure³³, nous avons posé l'hypothèse suivante : comme le contact lors du sommeil entre la mère et le bébé permet d'augmenter la fréquence des épisodes d'allaitement, et comme l'allaitement fréquent aide à promouvoir une lactation efficace, les mamans dormant à proximité de leur bébé après l'accouchement seraient probablement susceptibles d'allaiter plus longtemps que celles dormant dans la même chambre, mais un peu plus éloignées de leur bébé. Dans cette recherche nous avons réparti au hasard les mères et leur nouveau-né dans deux groupes selon la manière dont ils dormaient pendant leur séjour à l'hôpital immédiatement après l'accouchement. Nous avons recruté dans un grand hôpital de Grande-Bretagne 1'204 femmes enceintes qui avaient l'intention d'allaiter. La moitié d'entre elles a été assignée de façon aléatoire dans des chambres standard où les berceaux étaient à côté du lit de la mère ; l'autre moitié a été assignée dans des chambres où la proximité était plus grande (berceaux accrochés au cadre du lit de la mère). Lorsqu'elles sont rentrées chez elles, les mères ont informé toutes les semaines sur le statut de l'allaitement et le lieu de sommeil de l'enfant : 870 mères ont ainsi donné des informations pendant 6 mois. Après ajustement selon l'âge de la mère, le niveau d'éducation, le mode d'accouchement et le fait d'avoir allaité lors d'une précédente naissance, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la durée de toute forme d'allaitement ou de l'allaitement exclusif. Même si les résultats obtenus n'ont pas permis de dire que, dans un grand hôpital tertiaire, le fait de dormir à proximité de son bébé immédiatement après la naissance avait une influence sur l'allaitement à long terme, les données obtenues par la suite à domicile ont confirmé les résultats d'études précédentes : 1) le fait de dormir ensemble à la maison était chose commune (67% chez ceux qui à l'hôpital dormaient très proches, contre 64% chez ceux qui dormaient dans la même chambre d'hôpital) ; et 2) comparées aux mères que ne dormaient pas avec leur bébé, celles qui dormaient avec lui pendant les 13 premières semaines de vie, avaient deux fois plus de chances d'allaiter jusqu'à 6 mois (données non publiées). Etant donnée la courte durée du séjour post-partum à l'hôpital en Grande-Bretagne, il faudrait chercher à comprendre la raison de cette association à partir de recherches faites à domicile, mais comment répartir de façon aléatoire mères et nourrissons à la maison en leur assignant des modes de sommeil différents, et s'assurer que les consignes sont vraiment suivies ? Voilà un casse-tête méthodologique qu'on n'est pas près de résoudre !

D'une façon générale, nous savons que lorsque les nouvelles mamans qui allaitent dorment avec leur bébé, elles sentent mieux et répondent plus rapidement aux signaux de faim de leur nourrisson, ce qui aide à établir l'allaitement. Au cours des semaines et des mois qui suivent l'accouchement, il est courant que les mères qui allaitent dorment avec leur bébé afin de faciliter l'allaitement de nuit ; ces femmes

³² Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Arch Dis Child 2006;91:1005-10

³³ Ball HL, Ward-Platt MP, Howel D, Russell C. Randomised trial of sidecar crib use on breastfeeding duration (NECOT). Arch Dis Child 2011;96:630-4

dorment plus et allaitent plus longtemps que celles qui dorment séparées de leur enfant. Cette information peut être importante pour les travailleuses qui veulent continuer à allaiter une fois de retour au travail ou qui pensent sevrer leur enfant parce qu'elles vont bientôt reprendre le travail. Même si elles se réveillent plus souvent pendant la nuit pour allaiter, en général elles dorment autant – si ce n'est plus – que les mères qui ne dorment pas avec leur nourrisson (un avantage pour elles-mêmes) et de plus, elles allaitent pour une période globalement plus longue (un avantage pour leur enfant).

Examinons maintenant jusqu'à quel point les avantages du sommeil partagé pour les mères allaitantes et les bébés allaités sont annulés par les risques vrais ou présumés.

Allaitement, lit partagé et risques encourus

Il est vrai que les bébés qu'on allaite sont parfois victimes du SMSN, mais ces décès sont moins fréquents chez les nourrissons allaités que chez ceux qui ne le sont pas. Une méta-analyse centrée sur l'allaitement et le SMSN a confirmé que les bébés allaités couraient deux fois moins de risques de mourir du SMSN que ceux qui n'étaient pas allaités et que l'effet était plus significatif encore dans le cas de l'allaitement exclusif³⁴. Mais il n'y a pas d'étude avec contrôle de cas qui ait examiné le risque de SMSN chez les nourrissons allaités qui dormaient dans un lit avec un adulte – à part des risques bien connus comme le fait de fumer ou de prendre de l'alcool ou des drogues. Une seule étude, néerlandaise, s'y est intéressée, mais elle a été exclue de la revue mentionnée plus haut parce que ses résultats n'étaient pas considérés concluants vu le petit nombre de participants, le manque de sous-échantillonnage selon le statut de l'allaitement et le manque de données sur les autres facteurs de risques³⁵. Afin de mieux comprendre le problème, d'autres chercheurs ont avancé des estimations : Carpenter a utilisé des données provenant de 20 régions d'Europe pour estimer que le taux de SMSN serait deux fois plus élevé chez des nourrissons allaités et qui dormaient avec un adulte que chez des nourrissons allaités mais qui ne dormaient pas avec un adulte – estimation représentée par une augmentation de 1 à 2/10'000 du nombre cumulé de décès estimés à l'âge de 6 mois³⁶ ; les estimations comparables chez des nourrissons non-allaités s'élèveraient respectivement à 4/10'000 et à 11/10'000 selon qu'ils dormiraient ou non avec un adulte. Comparés au taux national de SMSN au Royaume-Uni qui s'élève à 1/2'000, les deux estimations pour nourrissons allaités, qu'ils partagent ou non le lit d'un adulte, sont en fait extrêmement bas, et en conséquence, on considère qu'il y a un risque plus élevé de SMSN chez les nourrissons non-allaités qui dorment avec un adulte.

Au cours d'une étude des tendances à long terme de l'allaitement et du sommeil partagé chez 14'000 familles appartenant à la cohorte de l'étude ALSPAC³⁷, les chercheurs ont utilisé une analyse de classe latente³⁸ pour identifier les groupes de familles selon les caractéristiques relatives à leurs manières de dormir³⁹. Les auteurs en ont conclu que les familles les plus susceptibles de dormir avec leur bébé au

³⁴ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10

³⁵ Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr* 2007;96:1399-403

³⁶ Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91

³⁷ La Avon Longitudinal Study of Parents and Children (Etude longitudinale Avon des parents et enfants), s'est déroulée auprès de nourrissons nés en 1991 et 1992 de l'âge de 0 à 45 mois de vie.

³⁸ Méthode statistique multi-variée qui permet d'identifier des sous-groupes non-identifiables au sein d'une population donnée.

³⁹ Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119-e1126

cours des mois suivant la naissance étaient également les plus susceptibles d'allaiter, et que les caractéristiques de ces familles les plaçaient dans une catégorie de risques de SMSN extrêmement bas. Ainsi, le bénéfice provenant d'efforts pour empêcher les familles de ce groupe de dormir ensemble serait très petit, et si elles suivaient de tels conseils l'allaitement en souffrirait probablement. Les auteurs recommandent donc que les messages de prévention visant à diminuer le nombre de cas de SMSN s'attellent spécifiquement aux *pratiques à risque* ; de cette façon, la prévention de décès infantiles ne nuirait pas aux niveaux d'allaitement chez les nourrissons dont les risques de mourir d'une cause inattendue sont déjà fort peu élevés.

Comment fournir une information correcte, complète et équilibrée

C'est un défi réel pour la santé publique – et qui demandera des solutions créatives – que de trouver un équilibre entre, d'une part, soutenir l'allaitement exclusif pendant 6 mois et, d'autre part, sauvegarder l'agenda sur la mortalité infantile, lequel vise à prévenir toute mortalité infantile. L'allaitement ne peut pas protéger un nourrisson des risques dus au comportement dangereux de ses parents, et donc une directive indiquant que les nourrissons sont plus en sécurité dans un berceau à proximité du lit des parents se défend comme message global de santé publique. Mais ce message doit également tenir compte du fait que tout partage de lit parent-nourrisson n'est pas en soi forcément dangereux, et que les mères qui allaitent et qui dorment avec leur bébé font partie d'un groupe à très bas risque. Il n'est donc pas défendable de conseiller ou même simplement de sous-entendre qu'il est léthal de dormir avec son bébé et que cela ne devrait jamais se faire, sous aucun prétexte. Par ailleurs, de tels conseils manquent leur but. Aux Etats-Unis où les campagnes contre le sommeil partagé utilisent des tactiques de peur, de récentes données montrent que les messages simplistes de diabolisation du sommeil partagé sont rejetés par les parents que l'on vise précisément à convaincre⁴⁰. A Milwaukee, les messages des panneaux publicitaires arborant un couteau de boucher ou des pierres tombales n'ont pas réussi à réduire de façon durable la mortalité infantile dans les groupes à risque les plus élevés⁴¹ (Figure 3). Certaines pratiques culturelles traditionnelles sur la façon de s'occuper des enfants et certaines convictions personnelles des parents pour qui le fait de dormir ensemble est un aspect important de l'art d'être parent ne réagiront pas aux campagnes qui considèrent la proximité dans le sommeil comme un facteur de risque modifiable ou une simple manière de s'occuper de son enfant (par exemple, la position lors du sommeil). Dans une récente publication, je soutiens qu'une grande partie de la recherche sur le sommeil partagé n'a pas su reconnaître l'importance du lieu de sommeil dans l'identité ethnique et sous-culturelle⁴².

Pour nous, les mères qui allaitent forment un sous-groupe culturel distinct, qui peut rejeter plusieurs idées dominantes concernant les soins aux enfants et plus particulièrement celles liées à la séparation mère-enfant. Par conséquent nous demandons que l'information soit plus nuancée et qu'elle vise mieux les différents publics, et que des recherches plus détaillées soient poursuivies qui aident à concevoir des messages et conseils plus subtils sur le « dormir ensemble ». C'est le genre d'informations que nous cherchons à diffuser par le biais du site web d'ISIS. Prenez contact avec nous pour nous dire ce que vous en pensez : www.isisonline.org.uk

⁴⁰ Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

⁴¹ <http://www.jsonline.com/news/milwaukee/milwaukee-infant-mortality-rate-drops-overall-but-disparity-worsenssp54t7f-148680905.html>

⁴² Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025



Figure 3. Images provenant de la campagne contre le SMSN à Milwaukee.

Résumés d'articles:

Le sommeil partagé, l'allaitement et la mort subite du nourrisson

Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. Pediatrics 2010;126: e1119-e1126

Cette étude a utilisé des données prospectives de population provenant de la Avon Longitudinal Study of Parents and Children du Royaume-Uni pour étudier : 1) le sommeil partagé aux âges de 0-2, 6-8, 17-20, 30-33 et 42-45 mois ; et 2) sa relation avec l'allaitement. Des 14'062 naissances vivantes enregistrées entre avril 1991 et décembre 1992, 7'447 (53%) ont fourni des données complètes pour chaque groupe d'âge spécifique. Une analyse de classe latente – une méthode statistique multi-variée qui identifie des sous-groupes non-observables au sein d'une population donnée – a permis d'identifier quatre groupes qui s'excluaient mutuellement : G1 : non-adeptes du co-sleeping (66%) ; G2 : adeptes pendant la petite enfance (13%) ; G3 adeptes au-delà de la première année (15%) ; et G4 adeptes continus pendant toute la période de 4 ans (6%). Le niveau d'éducation et le niveau social supérieurs chez la

mère ont été positivement associés au co-sleeping pendant la petite enfance (G2), mais négativement associés au co-sleeping au-delà d'un an (G3) et pas du tout associé au co-sleeping continu (G4). Les adeptes du G3 avaient une probabilité 72% plus élevée d'allaiter à 12 mois ; en comparaison avec les non-adeptes du co-sleeping (G1), le G2 avait une probabilité presque 2,5 fois supérieure d'allaiter, et le G4, 5,3 fois plus élevée. La prévalence de l'allaitement était notablement plus élevée dans les groupes G4 et G2 pendant les 15 mois suivant la naissance. Les auteurs en ont conclu que lorsqu'il s'agit de conseiller la pratique ou non du sommeil partagé, il faut tenir compte de l'association importante avec l'allaitement.

Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factor changes for Sudden Infant Death Syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. Pediatrics 2012;129;630-8

Cette étude est basée sur les rapports de 568 décès SMSN ayant eu lieu entre 1991 et 2008 à San Diego, USA. Elle visait à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'âge du nourrisson ainsi que la prévalence et le schéma des facteurs de risque avaient changé suite à la campagne Back-to-Sleep (BTS) de 1994. Les auteurs ont séparé les risques selon qu'ils étaient intrinsèques (sexe mâle de l'enfant, prématurité, exposition à l'alcool ou à la fumée de cigarette lors de la grossesse) et extrinsèques (le fait de dormir sur le ventre, sommeil partagé, enfant trop emmitoufflé, literie molle). Entre 1991-1993 et 1996-2008, les nourrissons SMSN dormant sur le ventre avaient diminué de 84% à 49% ; ceux pratiquant le sommeil partagé avaient augmenté de 19% à 38%, avant tout chez les moins de 2 mois (29% contre 64%) ; ceux nés prématurément avaient augmenté de 20% à 29% ; alors que ceux portant des symptômes d'infection respiratoire du tract supérieur avaient diminué de 47% à 25%. Quarante-deux pour cent de tous les nourrissons SMSN portaient au moins un des facteurs de risque, 57% en avaient au moins deux extrinsèques et un intrinsèque, et seulement 5% n'avaient pas de risque extrinsèque. Le nombre moyen de risques par enfant SMSN n'a pas changé après le début de la campagne BTS. Lors de la campagne, les nourrissons SMSN ont présenté une variété plus étendue de types de facteurs de risque. Par ailleurs, tant avant qu'après la campagne BTS, on a noté une prévalence élevée constante des risques, à la fois intrinsèques et surtout extrinsèques. Les auteurs estiment qu'il est essentiel pour prévenir le SMSN que les campagnes visant à diminuer les risques insistent sur l'importance d'éviter les risques multiples et simultanés, et cela, aussi chez les nourrissons a priori déjà vulnérables.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2012;26:3-12

Au Royaume-Uni, le taux de SMSN chez les bébés de parents provenant d'Asie du Sud est inférieur à celui des nourrissons britanniques blancs. Modes de vie et manières de s'occuper des enfants sont fortement associés aux risques du SMSN. Cette recherche décrit et cherche à comprendre la différence, à Bradford, entre les manières de s'occuper des enfants chez les Britanniques de race blanche et les familles provenant du Bangladesh, d'Inde et du Pakistan – ces dernières de loin les plus

nombreuses ; et elle cherche par ailleurs, à déterminer les directions d'intervention pour lutter contre le SMSN. Une étude à analyse croisée basée sur des entretiens téléphoniques a été menée auprès de 2'560 familles ayant des nourrissons unipares de 2-4 mois. Parmi les indicateurs de mesure utilisés : la prévalence des pratiques telles que rapportées par les familles elles-mêmes concernant la façon de dormir, les surfaces du sommeil partagé, l'allaitement, l'utilisation d'une lolette et les comportements liés aux modes de vie. Les auteurs ont trouvé que, en comparaison avec les Britanniques blancs, les nourrissons pakistanais étaient 8,5 fois plus susceptibles de dormir avec un adulte, 4,4 fois plus susceptibles de dormir sur le côté, presque 10 fois plus susceptibles de dormir avec un oreiller, 3,2 fois plus de dormir avec un duvet, 1,5 fois plus d'être emmaillotés pour dormir, 2 fois plus d'avoir dormi avec un adulte au moins une fois, et 1,6 fois plus d'avoir été allaités pendant au moins 8 semaines. Par ailleurs, les nourrissons pakistanais avaient moins de chances de dormir seuls dans une chambre (95%), de dormir en position pied-à-pied (65%), de dormir avec un jouet mou (48%), de dormir dans un sac de couchage pour enfant (80%), de dormir même une seule fois sur un sofa avec un adulte (78%), de recevoir des aliments solides (78%), et d'utiliser une lolette la nuit (60%). Ces enfants couraient également 93% de risques en moins d'être exposés à une mère qui fumait et à des parents qui consommaient de l'alcool. On n'a pas trouvé de différence en ce qui concerne le fait de dormir sur le ventre. Les manières de s'occuper des enfants la nuit différaient donc sensiblement entre familles britanniques et familles de l'Asie du Sud. Les pratiques de ces dernières étaient plus susceptibles de protéger les nourrissons des facteurs de risques les plus importants du SMSN tels que le fait de fumer, de consommer de l'alcool, de dormir ensemble sur un sofa et de dormir seul dans une chambre. Ceci peut éventuellement expliquer les taux plus bas de SMSN dans cette population.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012;129:e673-e681

Au Royaume-Uni, comme en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis, le sommeil partagé est une pratique culturelle que l'on retrouve dans certains groupes ethniques minoritaires bien spécifiques. Les auteurs ont mené au Royaume-Uni une étude de cohorte

auprès d'une population britannique blanche et d'une population pakistanaise dans le but de décrire les différences culturelles concernant le sommeil partagé (lit et sofa) en association avec l'allaitement. 3'082 mères d'enfants unipares ont été interviewées quand leur nourrisson avait entre 2 et 4 mois ; 15,5% des familles avaient pratiqué le sommeil partagé sous une forme ou une autre. Parmi ces familles, 7,2% dormaient ensemble de façon régulière et 9,4% avaient dormi ensemble au moins une fois sur un sofa ; et 1,4% d'entre elles déclaraient avoir accompli ces deux pratiques. Les facteurs de risques potentiels ont été contrôlés et analysés statistiquement. Les résultats ont montré une association entre le fait d'allaiter et celui de dormir (surtout couramment) ensemble, et semblaient suggérer que, lorsque les mères allaient plus de 8 semaines, le sommeil partagé était plus habituel chez les Britanniques blanches que chez les Pakistanaises. Les auteurs en ont conclu qu'il faut être vigilant lorsqu'on recommande de ne pas pratiquer le sommeil partagé car il ne semble pas faire courir le même risque à toutes les familles et que d'ignorer cela peut finir par faire diminuer l'allaitement et pousser à adopter des stratégies plus risquées telles que, par exemple, de dormir ensemble sur un canapé.

Gettler LT, McKenna JJ. Evolutionary perspectives on mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *American Journal of Physical Anthropology* 2011;144:454-62

Les auteurs de cette étude bien conduite et bien structurée ont observé et filmé pendant trois nuits 36 paires mère-enfant dans un laboratoire en Californie. Les participants du groupe « sommeil partagé » (n=20) dormaient, mère et enfant, sur la même surface (comme habituellement à la maison), alors que les participants du groupe « sommeil solitaire » (n=16) dormaient dans des chambres séparées (également comme à domicile). Tous les nourrissons étaient allaités à la demande. Les paires mère-enfant avaient été sélectionnées suite à un processus complexe basé sur plusieurs critères pour les mères (origine latino-américaine, moins de 38 ans, non-consommatrices d'alcool, de cigarettes ou de drogues, soins prénatals pendant la grossesse...) et pour les nourrissons (âgés de 7-18 semaines, en bonne santé, développement normal, naissance à terme, AGPAR d'au moins 8 points...). Au cours de la première nuit, les mères du groupe sommeil partagé ont, comme l'avaient prévu les auteurs,

nourri leur bébé plus souvent et à des intervalles plus courts que celles du groupe des dormeurs solitaires (respectivement 4,5 et 2,6 fois par nuit à 116,2 et 161,9 minutes d'intervalle). Il n'y avait pas de différence notable entre les bébés garçons et filles. Le fait de filmer les participants fut une des nouveautés de cette étude, permettant ainsi une plus grande objectivité. La vidéo a permis de constater que la proximité physique augmentait le nombre d'épisodes de réveil et facilitait l'allaitement. La discussion dans l'article est particulièrement intéressante car les auteurs y expliquent le contexte anthropologique du sommeil partagé : chez les mammifères, toutes les femelles dorment avec leurs petits ; par ailleurs, à la naissance, le petit humain est moins développé que les autres mammifères, et pour cette raison a besoin de plus de protection et de proximité et d'être nourri plus fréquemment ; de plus, à la naissance le cerveau du nourrisson ne correspond qu'à 25% de celui de l'adulte et pour se développer il a besoin d'être nourri régulièrement ; les bébés humains reçoivent plus de 50% de leurs besoins nutritifs pendant la nuit ; le lait humain est moins riche en matières grasses et en protéines ce qui explique ce besoin de repas fréquents. Les auteurs ont également présenté une interprétation historique et culturelle : c'est un phénomène avant tout occidental et récent que de séparer systématiquement la nuit les mères des nourrissons ; au Royaume-Uni, plus de 65% des mères qui allaitent dorment à moment donné avec leur nouveau-né au cours des premières semaines de vie, et cela malgré tous les efforts pour empêcher une telle pratique. Les conclusions des auteurs sont importantes pour les défenseurs de l'allaitement : 1) la recherche sur l'initiation et la durée de l'allaitement devrait inclure des données sur les manières de dormir, ensemble ou séparés, puisque la proximité mère-enfant, notamment pendant la nuit, semble avoir une incidence directe sur la durée de l'allaitement et sur l'allaitement exclusif ; 2) le sommeil solitaire, un phénomène d'origine culturelle, n'est pas neutre et il a une influence sur la santé et le développement de l'enfant ; 3) dans les situations où les mères et les nourrissons sont séparés pendant de longs moments en cours de journée (dans le cas des mères qui travaillent pas exemple), il peut être d'autant plus important que les nourrissons dorment à proximité de leur mère la nuit afin de pouvoir facilement téter à la demande et ainsi bénéficier des avantages nutritionnels, énergétiques et immunologiques du lait de leur maman.

Baddock SA, Galland BC, Bolton DPG, Williams SM, Taylor BJ. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bed-sharing. *Pediatrics* 2012; 130:237-44

L'objectif de cette étude était d'identifier des moments de désaturation (saturation artérielle en oxygène (SaO₂) en-dessous de 90%) et de reprise de la respiration (inspiration de dioxyde de carbone (CO₂) au-dessus de 3%) chez des nourrissons *dormant avec un parent* dans un lit (DAP), ou *dormant sans parent* dans un berceau (DSP). Les auteurs ont recruté à Dunedin (Nouvelle-Zélande) 40 nourrissons en bonne santé, nés à terme, âgés de 0 à 6 mois, qui dormaient couramment avec au moins un parent pendant plus de 5 heures par nuit (groupe DAP) ; et 40 nourrissons d'âges correspondants qui dormaient seuls sans parent (groupe DSP). Ils ont filmé à domicile pendant deux nuits de suite le comportement des parents et bébés, et mesuré le SaO₂, le CO₂ inspiré autour de la figure de l'enfant, ainsi que la température corporelle. Ils ont trouvé que les moments de désaturation étaient deux fois plus courants chez les nourrissons DAP, et que cela était associé à un environnement plus chaud lors du sommeil partagé. Dans les deux groupes, plus de 70% des épisodes de désaturation ont eu lieu en général pendant les périodes de sommeil actif et ont été précédés d'apnées de 5 à 10 secondes, sans bradycardie. Les épisodes d'apnée durant plus de 15 secondes étaient rares (nourrissons DAP, trois fois ; nourrissons DSP, six fois), tout comme les épisodes de désaturation à moins de 80% (nourrissons DAP, trois fois ; nourrissons DSP, quatre fois). Chez 22 nourrissons DAP et un nourrisson DSP on a mesuré un total de 80 épisodes de reprise de la respiration ; dans presque tous les cas, la tête du nourrisson avait été recouverte avant que la reprise n'ait lieu. Lors de la reprise de la respiration, le SaO₂ était maintenu à un niveau basique de 97,6%. Tous les nourrissons DAP et DSP couraient de faibles risques de SMSN et ont maintenu un niveau d'oxygénation normal. Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur les effets d'une exposition répétée à une désaturation en oxygène chez les nourrissons vulnérables et sur la capacité de ces nourrissons à réagir positivement à une reprise de la respiration causée par le fait que leur tête ait été recouverte.

Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry* 2011; 70:817-25

Cette étude a été menée pour examiner l'impact de la séparation entre mère et nouveau-né (SMNN) sur la variation du rythme cardiaque (VRC), un indicateur de l'activité du système nerveux involontaire en réponse au stress. A l'Université du Cap en Afrique du Sud, les auteurs ont mesuré, avant la sortie de l'hôpital, la VRC chez 16 nourrissons nés à terme et âgés de 2 jours. Les nourrissons ont été étudiés lorsqu'ils dormaient en contact peau à peau avec leur mère et lorsqu'ils étaient séparés d'elle, dans chaque cas pendant une heure. On a mesuré les intervalles des battements cardiaques et les électrocardiogrammes en continu à partir de deux mécanismes indépendants. De plus, on a observé et noté en continuité le comportement des nourrissons, résultats qui ont ensuite été tablés sur une échelle validée. Les résultats ont montré une augmentation de 176% de l'activité du système nerveux involontaire et une diminution de 86% dans la durée du sommeil tranquille lorsque mères et enfants étaient séparés en comparaison avec lorsqu'ils étaient en contact peau à peau. Chez les mammifères, la SMNN est un modèle permettant d'étudier les effets du stress sur le développement et le fonctionnement des systèmes physiologiques. Mais chez les humains, la SMNN est une norme, occidentale, et souvent une pratique médicale standard dont on connaît encore mal aujourd'hui l'impact physiologique. Cette étude montre que la SMNN est associée à une augmentation très forte du rythme cardiaque, indicatif probablement d'un réveil anxieux involontaire ; et elle a, par ailleurs, un impact très négatif sur la durée du sommeil tranquille. Il est possible que chez le nouveau-né humain, la MSNN soit un élément de stress contre lequel notre évolution ne nous a pas armés et dont les conséquences ne sont peut-être pas bénignes.

Tollenaar MS, Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven JMA, de Weerth C. Solitary sleeping in young infants is associated with heightened cortisol reactivity to a bathing session but not to a vaccination. *Psycho-neuroendocrinology* 2012;37: 167-77

Les auteurs de cette étude ont suivi 163 paires mère-enfant aux Pays-Bas afin d'évaluer si différents modes de sommeil modifiaient les niveaux de stress chez les nourrissons de moins de 2 mois lors de deux situations de stress bien distinctes, une séance de bain à 5 semaines et une séance de vaccination à 8 semaines. Les niveaux de stress ont été mesurés à partir du niveau de cortisol dans la salive des

nourrissons : plus il y avait de cortisol, plus le stress était élevé. Les mesures ont été prises trois fois dans chaque situation : avant le bain/vaccination, 25 minutes après, et 40 minutes après. Les auteurs ont tenu compte de trois modes de sommeil, le sommeil partagé (plus de 90% du temps dans le même lit ou la même chambre que les parents) ; le sommeil solitaire (plus de 90% du temps) ; et le sommeil partagé partiel (11-90% du temps). Ils ont aussi tenu compte des possibles interférences de variables importantes telles que la qualité du comportement de la mère envers son enfant, l'allaitement, le nombre de fois où le nourrisson s'éveillait la nuit, et la durée totale du sommeil. Un certain nombre d'autres variables concernant la mère et le nourrisson ont également été retenus, tels que le sexe, le poids à la naissance, l'âge de la mère, le fait de fumer, etc. On a demandé aux mères d'inscrire dans un journal les pratiques habituelles relatives au sommeil, à l'alimentation, et les deux situations de stress ont été filmées. En ce qui concerne le bain, le groupe des nourrissons dormant seuls présentait des niveaux de cortisol plus élevés

que les deux autres groupes, même 40 minutes après le bain ; par ailleurs, l'allaitement n'avait pas d'impact significatif en fonction du temps. Lors de la vaccination, les deux groupes de nourrissons dormant avec ou à proximité d'un parent présentaient, en comparaison avec le groupe de nourrissons dormant seuls, des niveaux de cortisol plus élevés avant et bien après que la vaccination ait eu lieu ; en comparaison avec les nourrissons alimentés au biberon, les bébés allaités présentaient des niveaux de cortisol plus élevés avant la vaccination, mais des niveaux plus bas 40 minutes plus tard. Les auteurs ont également souligné des résultats indirects : les bébés dormant avec un parent étaient allaités plus souvent que ceux qui dormaient seuls et, même s'ils se réveillaient plus souvent, le nombre total d'heures de sommeil par nuit était le même que celui des autres nourrissons. Par ailleurs les auteurs ont suggéré que pour baisser le niveau de stress chez les nourrissons il leur suffirait peut-être de dormir à proximité de leurs parents plutôt qu'avec eux.

Allaitement Actualités est une publication de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA), membre du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)

Rédactrice invitée : Helen Ball. Equipe éditoriale : Adriano Cattaneo, Marina Ferreira Rea, Lida Lhotska, Robert Peck, Elaine Petitat-Côté. Traduction : Elaine Petitat-Côté. Mise en pages : Lena Nyffenegger.

Des copies papier des numéros 1 à 43 d'*Allaitement Actualités* peuvent être commandées à : GIFA, Avenue de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse, fax : +41 22 798 44 43, e-mail : info@gifa.org

À partir du n°44, les numéros sont accessibles en ligne uniquement à l'adresse : www.ibfan.org

Allaitement Actualités est également disponible en anglais, arabe, espagnol et portugais.