

Recommandations sur le sommeil partagé et l'allaitement

Clinical Protocol Number 6 – Guideline on Co-Sleeping and Breastfeeding. Revision, March 2008.
Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2008; 3(1): 38-43.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Introduction

L'Academy of Breastfeeding Medicine est une organisation internationale 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

Les termes « co-sommeil » et « partage du lit parental » sont souvent utilisés en leur attribuant la même signification. Toutefois, le partage du lit n'est que l'une des formes de co-sommeil. Le co-sommeil se réfère en réalité à tous les moyens qui permettent à un enfant de dormir en étant en contact social et/ou physique proche avec la personne qui s'occupe de lui (habituellement la mère) (1). Cette définition de fonctionnement inclut le fait que le bébé dorme près d'un parent mais pas sur la même surface de sommeil, tout autant que des pratiques clairement dangereuses telles que le partage d'un canapé ou d'un fauteuil. Tout autour du monde, les pratiques de co-sommeil peuvent être très diverses, et en conséquence ne pas présenter les mêmes risques ou avantages (2). Certaines formes de co-sommeil entre le bébé et le parent protègent l'enfant des refroidissements et favorisent l'allaitement, ce qui augmente les chances de survie du petit humain au développement lent (1, 3-5). Par rapport à d'autres petits mammifères, le petit humain se développe plus lentement, a besoins de repas fréquents, et il est plus immature à la naissance (1, 3-5). Dans les régions où sévit la malaria, le co-sommeil est recommandé comme étant le moyen le plus efficace d'utilisation des moustiquaires disponibles, et le co-sommeil pourrait être nécessaire dans d'autres zones géographiques en l'absence de moyens de couchage de qualité correcte. Le partage du lit et le co-sommeil ont également été longtemps recommandés comme le moyen de favoriser les comportements de parentage ou « attachement parental », ainsi que pour favoriser l'allaitement (1-13).

Le partage du lit et certaines formes de co-sommeil ont été passablement controversés et ont fait l'objet de discours très négatifs dans la littérature médicale ces dernières années (6-10). Cela a amené certaines autorités en matière de santé publique à déconseiller à tous les parents de les pratiquer.

Partage du lit et mortalité infantile

Les questions concernant le partage du lit et l'augmentation de la mortalité infantile sont centrées sur la suffocation mécanique (asphyxie) et la mort subite du nourrisson (MSN).

Risque d'asphyxie

Plusieurs études utilisant des certificats de décès *dont les données n'ont pas été vérifiées* ont conclu qu'un nombre significatif de bébés étaient asphyxiés parce qu'ils dormaient dans un environnement dangereux, et qu'ils s'étaient

retrouvés coincés accidentellement sur la surface de sommeil, ou qu'ils avaient été écrasés par un adulte ou un enfant plus âgé dormant avec eux (6-10). La commission américaine de sécurité des consommateurs (USCPSC) a utilisé les données de certaines de ces études, a émis des recommandations contre toutes les formes de co-sommeil, et a déconseillé aux parents de dormir avec leur enfant quelles que soient les circonstances. L'USCPSC se dit concernée de l'absence de standards de sécurité pour les lits d'adultes, et des risques que fait courir à un bébé le fait de dormir dans un environnement dangereux (11). Toutes ces études ne donnent aucune précision sur la possibilité d'intoxication de l'adulte dormant avec l'enfant (drogue ou alcool), et elles ne prennent pas en compte la position de sommeil de l'enfant au moment de son décès, alors même que la position sur le ventre semble être l'un des principaux facteurs de risque de MSN. La commission regroupe également tous les enfants dans une seule catégorie, sans séparer les enfants dormant dans un environnement connu pour être dangereux, comme un divan, un fauteuil capitonné, un lit d'eau... de ceux qui dorment dans un environnement sûr. Dans ces études, il n'existe aucune certitude quant à la qualité du recueil des données, aucune cohérence dans les critères utilisés pour définir le fait que l'enfant ait été écrasé, et aucune validation des conclusions. Les biais provenant des examinateurs médicaux et des juges d'instruction peuvent les amener à classer le décès d'un bébé survenu dans le lit d'un adulte, dans un canapé, ou dans un fauteuil en présence d'un adulte, comme un décès par étouffement même en l'absence de preuves que c'est bien ce qui est arrivé. C'est tout particulièrement un problème en l'absence d'enquête sur le lieu exact du décès, et d'interrogatoire détaillé des personnes présentes au moment du décès. Aucune méthode d'autopsie ne permet de différencier un décès dû à une MSN d'un décès dû à une cause accidentelle ou intentionnelle, telle que l'homicide d'un bébé par un oreiller. Pour cette raison, les décès de bébés qui surviennent dans un berceau sont habituellement qualifiés de MSN, tandis que les décès survenus dans un lit d'adulte ou sur un divan sont habituellement qualifiés de décès par étouffement. Des analyses beaucoup plus complexes des décès de bébés nécessiteraient la prise en compte de la diversité des conditions de partage du lit dans différentes populations, et même dans une famille donnée (par exemple, partage du lit le jour et/ou la nuit, ou quand le bébé est malade et/ou en bonne santé), conditions qui peuvent avoir des niveaux de risque différents. Des visites au domicile de familles considérées comme à haut risque de MSN en raison de leur statut socioéconomique ont constaté que celles qui partageaient le même lit était plus nombreuses à coucher l'enfant sur le ventre et à avoir des surfaces de sommeil plus molles (14). De même, une étude de population rétrospective constatait que « les familles pratiquant le partage du lit parental avec un enfant allaité avaient un profil de risque distinct de celles où l'enfant n'était pas allaité. Les profils de risque et de situation peuvent être utilisés pour identifier les familles qui ont un besoin plus important d'information précoce et d'éducation sur les pratiques sûres de sommeil. » (15)

Facteurs de risque et prévention de la MSN

Un certain nombre d'études épidémiologiques et une méta-analyse ont constaté une corrélation significative entre l'allaitement et un risque plus bas de MSN, tout particulièrement lorsque l'allaitement était exclusif 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. Des études ont aussi démontré 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 semblent contribuer à augmenter ce risque de façon indépendante des autres facteurs de risque connus, tels que le statut social. Cela a amené à recommander aux parents qui fument de ne pas dormir avec leurs enfants, recommandation fondée au vu des données existantes. Une importante méta-analyse portant sur plus de 40 études concluait que « les données permettent de penser qu'il pourrait y avoir une association entre le partage du lit parental et la MSN quand les parents sont fumeurs (quelle que soit la définition de ce terme), mais l'association est peu fiable chez les non-fumeurs. Cela ne signifie pas qu'il n'y a aucune association entre le partage du lit et la MSN chez les non-fumeurs, mais que les données actuelles ne permettent pas d'établir l'existence d'une telle association. » (25)

Diversité ethnique

Le taux de MSN est bas dans les cultures asiatiques, alors que le co-sommeil y est courant. Toutefois, certains affirment que le co-sommeil 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 de celui d'un bébé qui dort directement en contact avec sa mère sur un matelas mou et recouvert d'une couverture épaisse » (2). De même, il semble y avoir des

variations dans le partage du lit même aux Etats-Unis, suivant l'origine ethnique. 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 mères d'origine européenne (26).

Dans une étude récente menée en Alaska, où il y a un taux élevé de co-sommeil 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 (27). Une étude utilisant les données du PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring Data) dans l'Oregon a constaté que « Les femmes les plus susceptibles de prendre leur enfant dans leur lit sont d'origine non-européenne, célibataires, de bas niveau socioéconomique, et elles allaitent. Les facteurs non économiques sont également importants, particulièrement dans les populations d'origine africaine ou hispanique. Les campagnes qui tentent de décourager le partage du lit en distribuant des berceaux pourront avoir un impact limité si les mères prennent leur enfant dans leur lit en raison de normes culturelles. » (27)

Les études 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 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, 28, 29).

Une étude similaire, conduite dans l'environnement naturel du domicile et non en laboratoire de sommeil, a comparé 2 pratiques différentes de partage du lit ou de sommeil de l'enfant dans un berceau, en quantifiant les facteurs potentiels de risques et les bénéfiques. Les enfants ont été suivis par vidéo et par surveillance physiologique pendant toute la nuit, à leur domicile, pendant qu'ils dormaient dans le lit parental ou dans leur berceau. » (30) Cette étude a conclu que « Les enfants sans facteurs de risque de MSN et qui partageaient le lit parental étaient plus souvent touchés et regardés par leur mère, qu'ils étaient plus souvent, et que les réponses maternelles étaient plus fréquentes. » (30) Cette augmentation des interactions entre les mères et leurs bébés pourrait avoir un impact protecteur.

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 corrélées 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 seule étude sur la MSN. Les auteurs ont trouvé que le poids moyen avant la grossesse des mères qui pratiquaient le co-sommeil 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.

Le partage de la chambre parentale (le bébé dormant dans la même chambre que ses parents par opposition au fait qu'il dorme dans une pièce séparée) semble avoir un impact protecteur vis-à-vis de la MSN (2, 31, 32).

Facteurs infantiles

Certaines données permettent de penser que le partage du lit avec un bébé < 8-14 semaines augmente le risque de MSN (2, 31, 32).

Allaitement et partage du lit

Les études continuent à montrer l'existence d'une forte relation entre l'allaitement et le partage du lit / le co-sommeil. Une étude américaine sur le partage du lit 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 (33). 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 Etats Unis 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 partage du lit parental que les mères qui n'allaitaient pas (26). De même, une étude anglaise sur des parents qui prenaient leur enfant dans leur lit constatait que « L'allaitement était fortement associé au partage du lit parental, tant à la naissance qu'à 3 mois. » (34)

En se fondant sur les données si-dessus et sur la littérature existante, l'Academy of Breastfeeding Medicine fait 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 par rapport à ses nombreux avantages connus pour les enfants, les mères et la société.

B. On ne devrait pas supposer que toutes 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 prendre en compte les facteurs ethniques, socioéconomiques, l'alimentation de l'enfant et les autres caractéristiques familiales lorsqu'ils recueillent des données sur les pratiques de sommeil d'un 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 de leurs 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 aucune donnée permettant de soutenir les recommandations faites contre le co-sommeil. Les parents doivent recevoir des informations sur les avantages et les risques du co-sommeil, sur les pratiques dangereuses de co-sommeil, et devraient avoir le droit de prendre une décision informée.

Le partage du lit / co-sommeil est une pratique complexe. Le conseil aux 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-sommeil 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 avec un bébé (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'enfant (2).
- Le partage du lit avec un autre enfant (12).
- Le partage du lit avec un nourrisson < 8-14 semaines pourrait augmenter le risque de MSN (2, 7, 25, 31, 32).

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

- Placer le bébé sur le dos pour dormir (12).

- Utiliser une surface de sommeil ferme et plate, et éviter les lits d'eau, les canapés, les fauteuils, les sofas les oreillers, les éléments mous ou la literie mal fixée (6, 8-12).
- Si des couvertures sont utilisés, elles devraient être bien fixées sous le matelas afin de limiter le risque de recouvrir la tête du bébé (12).
- S'assurer que sa tête n'est pas recouverte. Dans une pièce froide, l'enfant sera placé dans une gigoteuse 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 matelas 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 qui peut se fixer au côté du lit de l'adulte, et qui permet à l'enfant d'être près de l'adulte, mais sur une surface de sommeil séparée. Il n'existe actuellement aucune étude validée sur une telle installation.
- Le partage de la chambre des parents semble protéger vis-à-vis de la MSN (2, 12, 31, 32).

Recommandation pour les futures études

A. L'Academy of Breastfeeding Medicine recommande vivement d'effectuer d'autres études afin de mieux comprendre les avantages et les risques du co-sommeil et du partage du lit, ainsi que leurs associations avec l'allaitement.

B. Les chercheurs utiliser des protocoles correctement conçus, impartiaux, prospectifs, avec des méthodes de recueil des données standardisées et définies avec précision. Le contrôle des données pour la comparaison est une partie essentielle de ces recherches. 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-sommeil 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-sommeil 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 / co-sommeil dans les différents groupes ethniques aux Etats Unis et partout dans le monde doit être soigneusement documentée et prise en compte par le protocole de recherche.

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

Remerciements

Ce travail a été financé en partie par un don du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains.

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. *BMJ* 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, 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;116:1245–1255.
 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: 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, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:885–890.
 17. McVea KL, Turner PD, Peppler 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, et al. 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, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr* 2005;147:32–37.
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* 1997;100:214–219.
34. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106–1110.

Auteurs

*Rosha McCoy, M.D., FABM ; *James J. McKenna, Ph.D. ; *Lawrence Gartner, M.D., 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