

Influence de la proximité mère–bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l’allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l’enfant ?

Effect of mother–baby close proximity on newborn’s sleep and mother’s sleep, and on breastfeeding. Which closeness can be recommended without endangering the baby’s security?

C. Laurent

Reçu le 26 avril 2010 ; accepté le 27 septembre 2010
© Springer-Verlag France 2011

Résumé Le nouveau-né présente davantage de phases de sommeil calme et d’épisodes de réveil (et de tétée) s’il est proche de sa mère. Des nouveau-nés en sommeil partagé¹ avec leur mère en maternité ont des tétées plus fréquentes que s’ils sont en berceau dans leur chambre. Seize semaines plus tard, les taux d’allaitement exclusif (et allaitement total) sont multipliés par 2. La mère qui allaite a une qualité de sommeil et une vigilance diurne modifiées, et la mère peut se réveiller instantanément à tout moment. La proximité mère–bébé favorise l’allaitement qui favorise le sommeil de la mère. Par rapport à ce qui est actuellement préconisé en France, une plus grande proximité entre la mère et le nouveau-né semble nécessaire et possible. Beaucoup d’études sur les facteurs de risque de la mort inattendue du nourrisson (MIN) n’ont pas différencié les groupes selon « le lieu de sommeil partagé » (lit ou divan ou autre) et selon « le mode d’alimentation » (allaitement ou non), aboutissant à des recommandations pas toujours adaptées aux besoins des nouveau-nés allaités et de leurs parents. L’écoute individualisée de chaque famille permet de délivrer des informations adaptées, pour répondre au besoin de repos de la mère et au besoin de proximité du nouveau-né sans mettre en danger sa sécurité, en maternité comme à domicile. **Pour citer cette revue : Rev. Méd. Périnat.** □□ (□□□□).

C. Laurent (✉)
Formations Co-Naître, 97, route de la Bonde,
F-84120 Pertuis, France
e-mail : cfdam76@free.fr

Centre hospitalier Rosenberg,
F-76170 Lillebonne, France

¹ Dans cet article, nous utilisons l’expression « lit partagé » quand le bébé est dans le lit de sa mère (ou plus souvent de ses parents), et l’expression « sommeil partagé » pour désigner l’installation du bébé tout contre sa mère quel que soit le lieu.

Mots clés Allaitement maternel · Proximité mère–bébé · Sommeil mère et nouveau-né · Sommeil partagé · Lit partagé · Mort inattendue du nourrisson

Abstract Newborn babies show more slow-waves sleep and wake periods (and breastfeeds) when close to their mothers. Newborns sleeping in close proximity to their mothers (bedding-in) facilitates frequent feeding in comparison with rooming-in. After six weeks, the rates of exclusive breastfeeding (and any kind of feeding) are two times more. The lactant mother has modified Sleep–wake patterns and diurnal vigilance, and the mother can wake up instantly at any moment. Mother–baby closeness helps breastfeeding, which helps mother’s sleep. With regard to the current recommendations in France, it seems necessary and possible to adopt a higher closeness between the mother and the newborn. A lot of studies on factors of risk for unexpected infant deaths did not neither differentiate groups according to the place of cosleeping (bed, sofa or other) nor the type of feeding (breastfeeding or other), thus leading to recommendations not always adapted to the needs of breastfed infants and their parents. Familial counselling allows to deliver adapted information to answer the mother’s resting needs as well as the infant’s closeness needs, without endangering the baby’s security, whether in the hospital or at home. **To cite this journal: Rev. Méd. Périnat.** □□ (□□□□).

Keywords Breastfeeding · Mother–baby closeness · Mother’s and infant’s sleep · Cosleeping · Bedsharing · Unexpected infant death

Introduction

En maternité, les parents et les professionnels sont confrontés à une difficulté très fréquente : les cycles de sommeil et

d'éveil du nouveau-né allaité ne correspondent pas à la « disponibilité » des mères, fortement sollicitées dans la journée et ayant besoin de se reposer la nuit. Quand il est décidé par l'équipe de maternité, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) [1], de ne plus prendre les nouveau-nés la nuit (sauf exception) et d'éviter les compléments de lait infantile pour les nouveau-nés allaités, les mères prennent leur enfant dans leur lit s'il est agité et se rendorment avec lui.

Au retour à domicile aussi, de nombreuses mères qui allaitent déclarent qu'il leur arrive de se rendormir en donnant à téter, spécialement si elles sont allongées avec leur bébé. Certaines souhaitent garder leur bébé près d'elle pour allaiter plus simplement.

La proximité mère-bébé permettrait-elle à chacun de dormir et à l'allaitement de se mettre en route plus facilement ? Quelles particularités présente le sommeil du nouveau-né allaité ? Que savons-nous du sommeil et de la vigilance des mères allaitantes ? Le degré de proximité entre la mère et le nouveau-né allaité a-t-il une influence sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement maternel ? Une évolution vers plus de proximité (partage de la chambre parentale, partage du lit ?) est-elle à recommander alors que la particularité culturelle occidentale est de séparer l'enfant de sa mère ? Quelles conditions respecter pour ne pas mettre en danger le nouveau-né, en maternité comme à la maison ? Quelles données physiologiques et quels résultats d'études sur les conditions de survenue de mort inattendue du nourrisson (MIN) peuvent nous permettre d'élaborer des recommandations adaptées à ces risques ?

Quelques données de base sur le sommeil, l'éveil et les rythmes du nouveau-né

Le fœtus « dort » en permanence (ou presque) jusqu'à l'âge de 36 semaines ! Il bouge, il tète ses doigts en dormant ! En effet, comme l'ont décrit Als et al. [2], l'organisation motrice précède l'organisation des états de vigilance et des cycles de veille-sommeil. À six mois de grossesse, ce sommeil est qualifié d'indéterminé, et il ne semble pas organisé en cycles. Vers huit mois, on peut identifier des phases de sommeil agité ou léger, de sommeil calme ou profond et encore du sommeil indéterminé [3] ; c'est aussi le début de courtes périodes d'éveil (ouverture des yeux pendant quelques minutes).

Dans les premières semaines de vie extra-utérine, les périodes d'éveil calme sont courtes (se comptent en minutes). Elles sont suivies d'un état d'éveil agité et même de pleurs si les adultes ne peuvent pas satisfaire les besoins physiologiques du nouveau-né. Puis, celui-ci s'endort en débutant par une phase de sommeil agité ou léger de 15 à 45 minutes, puis une phase de sommeil calme ou profond

d'environ 20 minutes. Ces cycles éveil-sommeil s'enchaînent avec une période de quelques heures, on parle de rythme ultradien du nouveau-né [3].

Dès la naissance ou presque, apparaît une phase d'éveil plus prolongée le soir. En même temps ou un peu plus tard, apparaît un allongement d'une période de sommeil (souvent en fin de nuit). En trois mois environ, se met en place un rythme plus régulier et plus prévisible, avec toujours la phase d'éveil plus prolongée le soir, et des réveils possibles la nuit.

Allaitement et tétées, rythmes intriqués avec ceux du sommeil

Il semble exister des spécificités liées au mode d'alimentation. Le volume de lait absorbé, sa qualité et le mode de nourrissage jouent probablement un rôle sur le sommeil, mais beaucoup moins important qu'il n'est véhiculé dans notre culture : ce n'est pas parce que le bébé a mangé qu'il s'endort, ce n'est pas parce qu'il a faim qu'il se réveille. Les quantités prises au biberon sont régulières et souvent plus importantes qu'au sein, et les laits infantiles ont certaines particularités qui peuvent expliquer que les bébés soient souvent plus calmes : taux de protéines plus élevé, en particulier caséines (contenant des facteurs opioïdes), glucides moins digestes que le lactose...

Au niveau comportemental, les bébés allaités sont plus actifs (et dorment moins) dans la mesure où les parents les laissent téter aussi souvent et aussi longtemps qu'ils le souhaitent. La tétée au sein permet en outre l'apprentissage de la satiété par différents mécanismes.

Les premiers jours, le nouveau-né allaité, né à terme, a un rythme de sommeil et d'éveil très caractéristique : il présente une période d'éveil actif pendant les deux heures suivant sa naissance, liée aux catécholamines libérées en très grande quantité à ce moment-là. Puis, il dort beaucoup pendant 24 heures. Ensuite, il se réveille de plus en plus souvent et grâce à un comportement réflexe renforcé par le plaisir qu'il éprouve lors de la tétée, il cherche à téter à chaque fois qu'il se réveille [4]. Une fois installé au sein, il utilise une succion différente selon qu'il veut manger ou non. La « demande » du nouveau-né semble très globale [4] : il a « faim » de contact, de chaleur, de succion et de lait. Il peut se rendormir sans avoir absorbé de lait parce qu'il a sommeil à ce moment-là. Le deuxième soir et en début de nuit, il est très éveillé et cherche à téter tout le temps ou au moins à rester en contact avec le corps de sa mère ; cette phase peut se reproduire la troisième nuit, en particulier si la montée de lait de sa mère tarde à venir.

Les premières semaines, le rythme de tétées suit à peu près le rythme des éveils. Le bébé se réveille et s'endort selon un rythme endogène, non lié aux prises alimentaires.

Il est essentiel de noter que le besoin de sommeil prime sur le besoin d'alimentation. Un nouveau-né qui dort beaucoup peut ne pas se réveiller assez souvent et assez longtemps pour se nourrir suffisamment, pour assurer sa croissance en tout cas ; à l'inverse, un nouveau-né qui dort peu cherche à téter souvent. Au bout de quelques semaines, les phases d'éveil sont un peu plus longues avec des périodes d'éveil calme prolongées pendant lesquelles le bébé manifeste son intérêt pour son entourage, et montre à certains moments des signes manifestes de recherche du sein ou d'endormissement.

Selon qu'il est placé plus ou moins en proximité avec sa mère, le nouveau-né prend un rythme d'environ 6 à 15 tétées par 24 heures. Le nombre de tétées est très variable d'une société à l'autre, avec un lien certain entre le degré de proximité des nourrissons avec leur mère (passant de 8 à 12 par 24 heures en moyenne dans les pays occidentaux à une vingtaine en Polynésie).

Que savons-nous du sommeil et de la vigilance des mères allaitantes ?

Pendant les 24 heures suivant l'accouchement, la plupart des mères n'arrivent pas à dormir même si elles sont fatiguées de leur accouchement ! Elles observent leur bébé, elles somnoient, elles posent des questions... Cet état est connu et est lié au bouleversement hormonal et mental de la naissance.

Les modifications du sommeil des mères, selon qu'elles allaitent ou non, sont moins connues. Dans les jours suivant la naissance, la plupart des mères allaitantes remarquent qu'à l'endormissement, elles plongent très vite dans un sommeil profond. L'explication habituellement donnée est une supposée « fatigue » liée à l'allaitement. Blyton et al. [5] ont trouvé une explication physiologique à ces modifications de sommeil : alors que leur délai d'endormissement est identique, les mères allaitantes « descendent » très rapidement en sommeil lent de stade 4 ; leur temps de sommeil léger est raccourci et leur temps de sommeil lent profond est trois fois plus long que les mères non allaitantes et 2,5 fois plus long que les femmes adultes servant de groupe témoin ($p < 0,001$) (Tableau 1 et Fig. 1 : Polysomnographie de nuit, à domicile, 11–12 semaines après la naissance) ; en outre, les mères allaitantes se réveillent instantanément alors que les autres peuvent avoir du mal à émerger du sommeil profond. Les trois groupes de femmes observées par Blyton et al. ont la même durée de sommeil paradoxal.

Un autre fait physiologique laisse croire aux mères que l'allaitement les fatigue : elles ressentent le besoin de dormir après les tétées, de jour comme de nuit, et souvent, leur vigilance n'est jamais très élevée dans la journée, même si elles ont bien dormi.

Tableau 1 Polysomnographie de nuit, à domicile, 11–12 semaines après la naissance (Blyton et al., 2002)

Temps (minute)	Ctrl (12)	B/F (12)	Bottle (7)
Temps de sommeil (S) par nuit	449 ± 43	424 ± 47	423 ± 45
Délai du premier endormissement	8 ± 6	11 ± 7	12 ± 7
Délai du S profond (début de nuit)	29 ± 12	10 ± 7	77 ± 52
	($p < 0,001$)	($p < 0,001$)	($p < 0,001$)
Temps en S profond (toute la nuit)	86 ± 22	182 ± 41	63 ± 29
	($p < 0,001$)	($p < 0,001$)	($p < 0,001$)
Temps en S paradoxal (toute la nuit)	98 ± 12	96 ± 22	98 ± 18

Trois groupes : femmes adultes (Ctrl), mères allaitantes (B/F), mères non allaitantes (*bottle*).

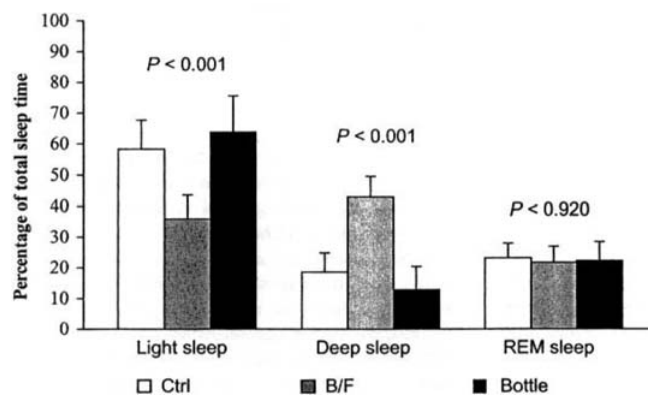
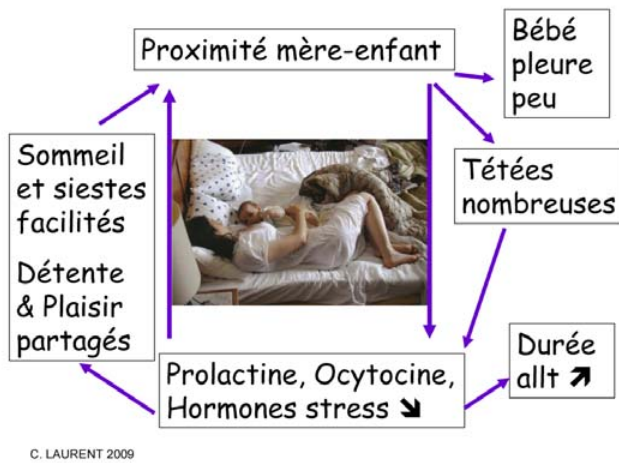


Fig. 1 Polysomnographie de nuit, à domicile, 11–12 semaines après la naissance (Blyton et al., 2002). Temps passé en sommeil léger (*light sleep*), en sommeil profond (*deep sleep*) et en sommeil paradoxal (*REM sleep*), en pourcentage du temps de sommeil total, dans les trois groupes : femmes adultes (Ctrl zone blanche), mères allaitantes (B/F zone grise), mères non allaitantes (*bottle* zone noire)

Plusieurs modifications hormonales peuvent expliquer ces adaptations des états de vigilance de la mère allaitante. Blyton et al. ont rappelé le lien entre des niveaux de prolactinémie élevés et une augmentation de durée du sommeil profond [5], et l'ocytocine est un neuromédiateur cérébral [6]. Également pendant l'allaitement, les hormones de stress sont sécrétées moins facilement, et au bout de quelques semaines, après les difficultés du début, la plupart des mères se sentent moins anxieuses, voire un peu euphoriques. Ces modifications du sommeil et de la vigilance des mères allaitantes, ressenties fortement pendant les deux ou trois premiers mois, peuvent les aider à suivre le rythme ultradien de leur bébé, en faisant une petite sieste au moment des tétées.



C. LAURENT 2009

Fig. 2 Cycle proximité et allaitement (C. Laurent)

La mère ressent souvent aussi un besoin très fort de la présence de son bébé, elle n'est pas tranquille sans lui, elle a besoin de cette période de transition pendant laquelle elle vit en proximité constante avec son bébé. Winnicott a appelé cet état des premiers mois la « préoccupation maternelle primaire », qui dure environ trois à quatre mois.

Il semble ainsi que les deux comportements « allaitement » et « proximité avec le bébé » se renforcent mutuellement, et les taux des hormones citées sont plus élevés en cas d'allaitement et de proximité (Fig. 2 : Cycle proximité mère-bébé et allaitement). N'oublions cependant pas que le fonctionnement du cerveau d'une mère n'est pas le seul effet des hormones (ou neuromédiateurs), mais est beaucoup plus complexe.

Le degré de proximité entre la mère et le nouveau-né allaité a-t-il une influence sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement maternel ?

Le nouveau-né humain est peu mature du point de vue neurologique. Le cerveau continue de se développer à la même vitesse qu'in utero pendant la première année, et pendant cette phase, les parents assurent presque tous les besoins du bébé. Selon Ball [7], à la naissance, le bébé humain est difficilement « classable » : il a besoin de contact corporel étroit et se nourrit à la demande (et souvent) d'un lait pauvre en graisses et riche en sucres (comme les mammifères *precocial*), mais il est incapable de s'accrocher à sa mère surtout pendant son sommeil, il a besoin d'un soutien (portage) ou d'un berceau (nid, comme les mammifères *altricial*).

Nous ne développerons pas tous les effets de la proximité mère-bébé sur le nouveau-né, car ce n'est pas le sujet de notre article. Notons seulement les effets sur ses états de

vigilance. Le « portage kangourou » du bébé prématuré (peau à peau) augmente la durée du sommeil calme et le nombre d'éveils [8] ; du fait du contact, la mère repère mieux ces éveils, et elle repère même les mouvements de son bébé en sommeil léger, ce qui lui permet d'approcher doucement la bouche du bébé de son sein, provoquant le réveil et la prise du sein, ou la prise de lait avec l'aide de la mère (par léchage du mamelon) sans réveil. Le nombre de tétées en portage kangourou est plus élevé.

Pour les nouveau-nés à terme, dès 1988, Keefe a observé que le partage de la chambre en maternité est bénéfique pour le sommeil du nouveau-né [9] : moins de pleurs (en moyenne 1,4 versus 20,8 minutes en nursery, $p < 0,001$), plus de sommeil calme (33 % du temps versus 25 %, $p < 0,05$), et pour les mères, la durée de leur sommeil est identique. En 1996, Wright et al. [10] ont montré l'impact significatif du partage de la chambre en maternité sur la durée de l'allaitement exclusif. Ce partage de la chambre est préconisé par la HAS [1] pour toutes les mères en service de maternité, car il a des effets aussi sur le lien entre la mère et son enfant.

Fin 2006, Ball et al. ont été plus loin dans la proximité mère-bébé en maternité, par une étude randomisée portant sur les deux premières nuits suivant la naissance [11]. En arrivant en service de maternité, les mères allaitantes étaient tirées au sort en trois groupes : bébé dans le lit de sa mère (groupe 1 ou *bed*), bébé dans un berceau accolé au lit de sa mère (groupe 2 ou *crib*), bébé dans un berceau dans la chambre de sa mère (groupe 3 ou *cot*). Les mères ont accepté d'être filmées pendant ces deux premières nuits. Les durées de sommeil des mères et des bébés étaient identiques quelle que soit l'installation proposée ainsi que la satisfaction des mères et l'aide qu'elles ont demandée à l'équipe. Les phases du sommeil des mères n'ont pas été étudiées. Le résultat essentiel de l'étude est que les tentatives de prises du sein et les tétées étaient 2,5 fois plus élevées dans les groupes 1 et 2 que dans le groupe 3 ($p < 0,01$) (Fig. 3 : Tentatives de tétées et tétées dans les trois groupes [nombre par heure de nuit]). Ball et al. ont aussi observé que 16 semaines plus tard, les taux d'allaitement exclusif et total étaient multipliés par 2 dans les groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3 ($p < 0,01$) (Figs. 4 et 5 : Taux d'allaitement total et exclusif dans les trois groupes [à la naissance, à 2, 4, 8 et 16 semaines]). Les résultats significatifs de cette étude devraient convaincre à une installation très proche des nouveau-nés et de leur mère en maternité, par exemple avec des berceaux qui s'accrochent aux lits des mères.

Après les premiers jours en maternité, les deux comportements « proximité nocturne mère-enfant et allaitement » continuent de se renforcer mutuellement. Un lien entre partage de la chambre à la maison et durée de l'allaitement est retrouvé en France par Branger et al. (durée moyenne d'allaitement de 13 versus 10 semaines, $p < 0,05$) [12].

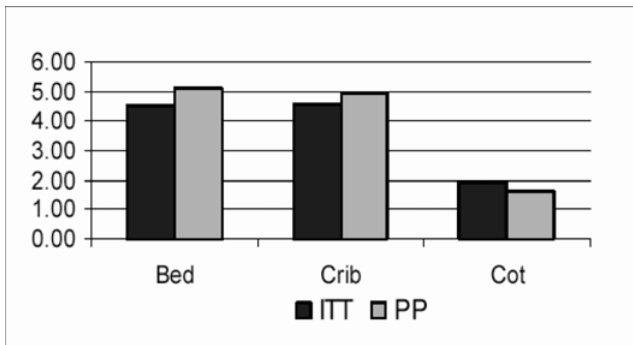


Fig. 3 Tentatives de tétées et tétées dans les trois groupes (nombre par heure) : nouveau-né dans le lit de sa mère (*bed*), nouveau-né dans un berceau accroché en continuité du lit de sa mère (*crib*), nouveau-né dans un berceau séparé du lit de sa mère (*cot*)
ITT (*intention to treat*, en noir) : toutes les mères randomisées, qu'elles aient suivi ou non le protocole
PP (*per protocol*, en gris) : mères randomisées et respectant le protocole

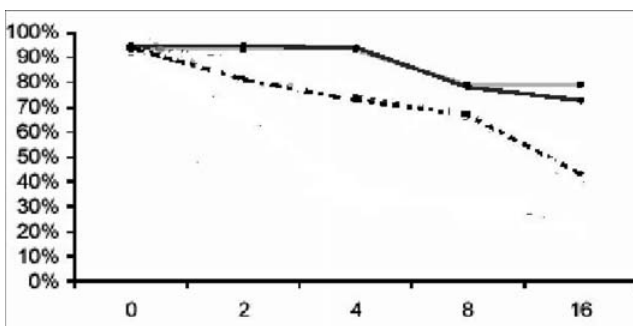


Fig. 4 Taux d'allaitement total (à la naissance, à 2, 4, 8 et 16 semaines)
Nouveau-né dans le lit de sa mère (gris), dans un berceau accolé au lit de sa mère (noir), dans un berceau séparé du lit de sa mère (pointillé)

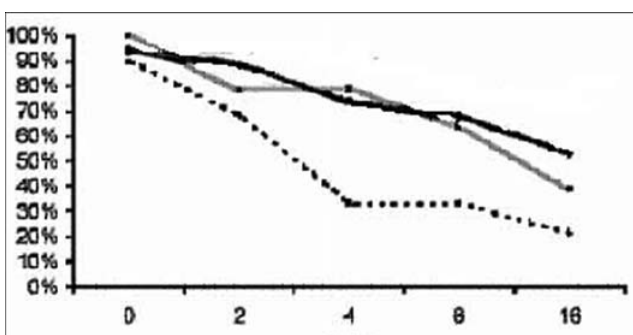


Fig. 5 Taux d'allaitement exclusif (à la naissance, à 2, 4, 8 et 16 semaines)
Nouveau-né dans le lit de sa mère (gris), dans un berceau accolé au lit de sa mère (noir), dans un berceau séparé du lit de sa mère (pointillé)

Une évolution vers plus de proximité (partage de la chambre parentale, partage du lit) est-elle à recommander alors que la particularité culturelle occidentale est de séparer l'enfant de sa mère ?

Les Hommes appartiennent à des sociétés organisées, avec des habitudes culturelles plus ou moins favorables à la proximité mère-bébé et à l'allaitement maternel. Pendant un siècle, la culture occidentale, à la différence du reste du monde, a recommandé de faire dormir les bébés seuls dans leur chambre et séparés de leur mère dès le séjour en maternité. La physiologie de la lactation en a été perturbée et donc sa poursuite dans le temps. Cela a entraîné aussi des perturbations du comportement nocturne des bébés et des pathologies graves : outre les épisodes de pleurs plus importants, les prises de poids insuffisantes liées à un nombre insuffisant de tétées nocturnes, Carpenter et al. ont relevé dans leur étude cas-témoins dans plusieurs pays européens, comme dans les études dans d'autres pays, un risque multiplié par 2 de MIN en cas de chambre séparée [13].

Depuis les années 1990, une proximité plus grande entre le nouveau-né et sa mère (et son père) est recommandée ; et en France, en 1997, Messer et Stork [14] préconisent afin de diminuer l'incidence de la MIN « que le jeune nourrisson dans les premiers mois de vie dorme dans la chambre de ses parents pour permettre très simplement une meilleure surveillance, une écoute et une réponse possible aux signes émis par l'enfant, si discrets soient-ils ». Certains articles pédiatriques français récents [15] constatent que le partage du lit favorise l'allaitement, et recommandent le partage de la chambre et non du lit en rappelant que « l'allaitement maternel doit être promu mais n'est pas une stratégie de protection contre la MIN » [15].

En 2005, Carpenter et al. [13] ont montré aussi que : « Si les mères n'ont jamais fumé ou bu d'alcool, le risque de MIN en cas de sommeil partagé est présent, très faible (risque relatif de 2,4 à deux semaines de vie [1-4,6]) et significatif (> 0,05) seulement pendant les huit premières semaines. Environ 16 % des cas peuvent être « attribués » au sommeil partagé et 36 % au fait que le bébé dorme dans une chambre séparée ». Malheureusement, dans cette étude, les groupes qui diffèrent par « le mode d'alimentation » (allaitement ou non) ou « le lieu de sommeil » (lit ou divan, ou autre) n'ont pas été analysés séparément. En 2005, l'Academy of American Pediatrics a émis des recommandations pratiques [16] : « Coucher bébé dans un lit à barreaux ou un berceau, dans la chambre des parents (près d'eux) ; allaiter ou réconforter bébé dans le lit des parents mais le remettre dans son lit avant de se rendormir ; ne pas prendre bébé dans le lit des parents s'ils se sentent très fatigués ou en cas d'utilisation de tabac, d'alcool, de drogue ou de somnifère ; surtout ne pas dormir avec bébé dans un divan ou un fauteuil... ». La polémique a alors

été vive entre les pédiatres du monde occidental suite à la parution de ces recommandations [17]. Interdire le partage du lit n'empêchera pas ces mères de se rendormir tout en allaitant leur bébé, même si elles sont mal installées. À la suite, Unicef UK Baby Friendly Initiative a demandé que la situation des mères qui allaitent soit traitée distinctement, et aussi de prendre en compte le fait que le sommeil partagé favorise l'allaitement maternel. Pour l'Academy of Breast-feeding Medicine en 2008 [18], il n'y a pas d'évidence pour déconseiller le sommeil partagé. L'allaitement doit être soutenu et pas gêné par des recommandations inadaptées.

Quelles conditions respecter pour répondre au besoin de proximité du nouveau-né sans mettre en danger sa sécurité, en maternité et à domicile ?

De nombreux auteurs ont cherché à comprendre les conditions environnementales à risque de MIN, en affinant peu à peu les groupes étudiés. La Suède peut être citée en exemple, car elle a des taux de MIN très bas (0,4 % en 1995 à 0,25 % en 2005), un tabagisme maternel en régression, passant de 20 % des mères à 7,6 % entre les deux années, et des taux d'allaitement élevés, de l'ordre de 65 % vers cinq mois [19]. À cet âge, 87,4 % des nourrissons dorment dans la chambre de leurs parents et environ 20 % dans le lit parental. La dernière étude de Blair et al. [20], en 2009, permet de préciser les quatre facteurs de risque de MIN qui restent fortement significatifs dans sa région du sud-ouest du Royaume-Uni : le sommeil partagé dans de mauvaises conditions (canapé surtout), toute forme de sommeil partagé avec alcool ou drogue et le tabagisme pendant la grossesse (surtout si le bébé est de petit poids de naissance). Il ne différencie pas les enfants allaités des autres. Tappin et al. [21] ont retrouvé un risque majoré de MIN en lit partagé, pour le bébé allaité âgé de moins de 11 semaines, surtout s'il est installé occasionnellement entre deux personnes. Ces résultats peuvent aider à établir des recommandations dans des pays où les parents ont perdu l'habitude de dormir avec leur bébé et le font occasionnellement sans l'avoir décidé.

Dans son étude en maternité [11], avec des nouveau-nés partageant le lit de leur mère pendant deux nuits, Ball et al. avaient évalué cinq risques essentiels : chute, bébé coincé, respiration (air confiné, narines obstruées), bébé trop couvert (hyperthermie), risque d'étouffement par la mère. Le seul risque observé a été celui de la tête du bébé recouverte. Toutes les mères sont restées couchées sur le côté, face à leur bébé, les jambes repliées. En étudiant les installations nocturnes en lit partagé à domicile selon le mode d'alimentation [22], elle a aussi constaté un ajustement corporel entre les mères allaitantes et leur bébé : elles ne bougent pas, elles dorment toujours sur le côté, face à lui ; les bébés sont sur le dos dans 46 % des

cas, sur le côté dans 54 % des cas, mais dans son étude, aucun n'est tombé à plat ventre (comme cela arrive quand les bébés sont installés sur le côté dans leur berceau), car leurs mères ont les genoux remontés (les cuisses de leur mère les empêchent). Ball constate aussi que les mères non allaitantes bougent dans leur sommeil et que certaines tournent le dos à leur bébé ; elles semblent se comporter avec lui comme si elles dormaient avec un autre adulte.

Si le bébé est proche de sa mère, quelle distance semble plus optimale ? Le CO₂ stimule la respiration du bébé si son taux dans l'air est entre 0,3 et 0,5 %, c'est-à-dire si la distance entre les narines du bébé et celles de l'adulte est comprise entre 18 et 21 cm [23]. En concentration supérieure à 0,5 %, il est source d'instabilité respiratoire avec apnées, et un taux supérieur à 15 % est léthal. Le taux de CO₂, mesuré par une sonde placée à 21 cm des narines d'une mère et recouverte d'une couverture, monte au-dessus de 0,3 % dans les deux minutes suivantes et peut atteindre 0,8 %. Par ailleurs, le CO expiré par un parent fumeur (même plusieurs heures après la dernière cigarette) est toxique pour le bébé même à faible dose, et surtout avant huit à dix semaines de vie. La température du bébé en lit partagé a été étudiée par exemple par Baddock et al. [24]. Les bébés sont « plus chauds » en lit partagé, mais maintiennent une température stable.

Les conditions à respecter pour répondre au besoin de proximité du nouveau-né sans mettre en danger sa sécurité, en maternité et à domicile, dépendent donc de plusieurs facteurs. Si on considère le mode d'alimentation, seuls les bébés allaités peuvent être installés sans risque dans le lit de leur mère à domicile [22]. À mon avis, et c'est une hypothèse à vérifier, la mère qui n'allait pas, dans la semaine suivant l'accouchement, a encore des taux élevés d'hormones qui modifient ses états de vigilance ; cela l'autorise à garder son enfant dans son lit en maternité, évidemment si elle ne prend pas d'antagoniste de la prolactine pour bloquer sa lactation. Certains comportements contre-indiquent le partage du lit (tabagisme, prise de drogue, d'alcool ou d'un médicament sédatif), de même que l'état d'une mère très malade ou extrêmement fatiguée. Pour assurer la sécurité, alors que nous avons perdu le « savoir dormir ensemble », il convient d'éviter à tout prix que le bébé puisse chuter, qu'il puisse être coincé (matelas et lit, lit et mur, entre le père et la mère...), que sa respiration soit gênée (air confiné sous une couverture ou une couette, narines obstruées par un coussin ou contre un adulte, ou même trop près du nez de l'adulte), qu'il soit trop couvert (risque d'hyperthermie) [11].

Conclusions et propositions de recommandations adaptées au contexte français

Le petit nourrisson a besoin de la proximité corporelle de sa mère (et/ou de son père), et ce besoin a longtemps

été méconnu en France. La proximité entre la mère et le nouveau-né, dès la naissance, aide à mettre en place un allaitement durable. Ces deux comportements se renforcent mutuellement. En outre, la proximité du petit nourrisson avec un parent stimule sa respiration (CO₂) s'il est placé à la juste distance et évidemment si celui-ci ne fume pas [13,20,23]. La mère allaitante risque de s'endormir quand elle allaite son bébé, mais elle adopte toujours une position de sommeil adapté si elle est allongée sur un lit, face à son bébé, l'empêchant de basculer à plat ventre, et elle peut se réveiller à tout moment si besoin [5,22]. La situation la plus difficile est celle des deux premiers mois, en particulier si le bébé est né prématurément, car c'est dans cette période qu'il recherche le plus la proximité corporelle avec ses parents, et c'est alors qu'il y a le plus d'accidents [13,21].

En France, une première étape à franchir est de recommander à tous les parents de garder leur bébé dans leur propre chambre en maternité et chez eux jusqu'à six mois. Cela est encore plus important s'ils sont fumeurs [13], à condition évidemment qu'ils ne fument pas dans leur chambre et qu'ils ne s'endorment pas avec leur bébé dans leur lit.

Une seconde étape est de prendre en compte le fait que des mères s'endorment en allaitant et des parents s'endorment en calmant leur enfant dans les bras. Dans une étude nationale française parue en 2004 [25], Streicher et al. constatent en effet que 32 % des nourrissons de moins de six mois se retrouvent ponctuellement dans le lit parental. Il s'agit de personnaliser les recommandations selon les éventuelles contre-indications au lit partagé, les comportements à risque, de différencier les mères qui allaitent de celles qui n'allaitent pas et de tenir compte de l'âge et de l'état du bébé pour une installation adaptée. Blair et al. [20] recommandent aux parents « de ne pas se mettre en position de s'endormir sur le canapé (pour nourrir bébé par exemple) et de ne pas dormir avec bébé après consommation d'alcool, de tabac ou de drogue ». En France, quand les parents sont écoutés et respectés, ils sont prêts à discuter des moyens d'assurer un maximum de sécurité. Une écoute attentive des mères adolescentes est indispensable pour les aider à anticiper les installations possibles.

En maternité, assurer la proximité de leur nouveau-né pour toutes les mères semble réalisable grâce aux équipements qui se développent actuellement (berceaux qui s'accrochent aux lits, ceintures de portage élastiques...), à adapter au cas par cas, avec une procédure d'équipe. Pour le retour à domicile, certains parents souhaitent investir dans un berceau qui se fixe à leur lit à l'aide de sangles, d'autres utilisent une ceinture élastique ou une écharpe, ou une serviette serrée autour d'eux, certaines nuits (ou parties de nuit), quand leur bébé n'est calme qu'au contact de leur propre corps. Le conseil individualisé peut être ouvert à toutes les possibilités qui n'entraînent pas de risque.

Il semble possible de proposer des recommandations pour l'installation de sommeil de la mère et de son bébé, à partir des données des études les plus récentes qui prennent bien en compte tous les facteurs. Unicef UK et FSID (Foundation for the Study of Infants Death) ont édité un feuillet traduit en français « Partager un lit avec votre bébé, un guide pour les mères qui allaitent » [26]. Un petit feuillet français (différent selon que la mère allaite ou non, voir propositions en annexe) pourrait permettre aux parents d'étudier les solutions possibles pour assurer un degré de proximité adapté à leurs besoins (Annexes A et B : conditions de sécurité pour le couchage du nouveau-né allaité et conditions de sécurité pour le couchage du nouveau-né non allaité). Ces recommandations concrètes nécessitent d'être validées.

Annexe A

Conditions de sécurité pour le couchage du nouveau-né allaité

Les premiers mois, votre bébé a besoin de votre présence (contact, voix...), même pendant son sommeil. Installez votre bébé *dans son lit dans votre chambre*, cela lui permet de sentir votre présence, et cela vous permet de percevoir ses petits signes de réveil avant les pleurs.

Vous pouvez aussi installer le lit de bébé tout près du vôtre, et même accroché au vôtre, pour prendre bébé et le reposer sans vous lever.

À vous de trouver l'arrangement qui vous convient, en toute sécurité !

Quand vous allaitez votre bébé la nuit, vous risquez de vous rendormir à l'endroit où vous allaitez. Il est donc recommandé d'allaiter sur un lit plutôt qu'un fauteuil ou un canapé, car votre bébé risque alors de tomber. Pour la tétée, préférez la position allongée sur le côté, avec la jambe supérieure repliée. Si vous allaitez votre bébé, vous sentirez sa présence, même en dormant profondément et vous ne bougerez pas (sommeil modifié par les hormones).

Comment assurer la sécurité de bébé si vous vous rendormez en l'allaitant ?

- Matelas ferme, « arrêé » au bord du matelas, ou matelas posé sur le sol ;
- couverture ou couette ne montant pas plus haut que vos hanches, et bébé habillé d'un pyjama ;
- ou bébé posé par-dessus la couette, dans sa gigoteuse ;
- pas d'oreiller ou de coussin à côté de la tête du bébé ;
- bébé pas entre vous et votre compagnon (car celui-ci peut bouger dans son sommeil profond et ne pas s'en rendre compte).

Il faut absolument éviter de vous endormir avec votre bébé si vous (ou votre compagnon s'il est à côté de vous) :

- fumez (quels que soient l'endroit et le moment) ;
- avez consommé des boissons alcoolisées ;
- avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre très somnolente ;
- êtes anormalement fatiguée, à tel point qu'il vous est difficile de répondre aux besoins de votre bébé.

Ces conduites augmentent beaucoup les risques de mort inattendue du nourrisson (MIN).

Installez absolument bébé dans son lit avant de vous endormir.

Si votre bébé est encore petit (moins de deux mois), surtout s'il est né prématurément et qu'il a besoin d'un câlin, mettez-vous en position demi-assise sur votre lit ou sur un canapé, prenez-le contre votre thorax en le maintenant bien (ceinture élastique, grande serviette, écharpe) pour qu'il ne puisse pas glisser.

Si vous arrêtez d'allaiter votre bébé, ne le gardez plus dans votre lit après la prise de son biberon, car vous pourrez bouger dans votre sommeil profond, sans vous en rendre compte.

Ne laissez pas son frère ou sa soeur dormir près de bébé.

Document à remettre aux parents après entretien personnalisé.

D'après Unicef UK & Found for the Study of Infant Deaths 2005 [26] C. Laurent, version août 2010.

Annexe B

Conditions de sécurité pour le lieu de couchage du nouveau-né non allaité

Les premiers mois, votre bébé a besoin de votre présence (contact, voix...), même pendant son sommeil. Installez votre bébé *dans son lit dans votre chambre*, cela lui permet de sentir votre présence, et cela vous permet de percevoir ses petits signes de réveil avant les pleurs.

Ne gardez pas votre bébé dans votre lit après la prise de son biberon, car vous-même ou votre compagnon pouvez vous rendormir et bouger dans votre sommeil profond, sans vous en rendre compte. Si votre bébé a besoin d'un câlin et que vous êtes fatiguée, mettez-vous en position demi-assise sur votre lit ou sur un canapé, prenez-le contre votre thorax en le maintenant bien (ceinture élastique, grande serviette, écharpe) pour qu'il ne puisse pas glisser. Quand il est bien endormi, remettez-le dans son berceau. Installez absolument bébé dans son lit avant de vous allonger.

Ne laissez pas non plus son frère ou sa sœur dormir avec bébé.

Il faut absolument éviter de vous endormir avec votre bébé si vous (ou votre compagnon s'il est à côté de vous) :

- fumez (quels que soient l'endroit et le moment) ;
- avez consommé des boissons alcoolisées ;
- avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre très somnolente ;
- êtes anormalement fatiguée, à tel point qu'il vous est difficile de répondre aux besoins de votre bébé.

Ces conduites augmentent beaucoup les risques de MIN.

Installez absolument bébé dans son lit avant de vous endormir.

Vous pouvez installer le lit de bébé tout près de votre lit (au pied ou à côté du vôtre) ou plus loin, *mais gardez votre bébé dans votre chambre pour les six premiers mois.*

Et bien sûr, bébé sur le dos, sans oreiller; sur un matelas ferme, dans une gigoteuse.

À vous de trouver l'arrangement qui vous convient, en toute sécurité !

Document à remettre aux parents après entretien personnalisé.

C. Laurent, version août 2010.

Références

1. Anaes (2002) Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220
2. Als H, Lawhon G, Duffy FH, et al (1994) Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infants. *J Am Med Assoc* 272:853–8
3. Sommeil de l'enfant, de la période fœtale à l'adolescence (2001) In: Challamel MJ, Clarisse R, Lévi F, et al. Rythmes de l'enfant — de l'horloge biologique aux rythmes scolaires. Expertise collective Inserm, Paris, pp 31–50
4. Bayot I (2005) Pour une vision globale de l'allaitement maternel. <http://www.co-naitre.net/flire.htm>
5. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N (2002) Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res* 11:297–303
6. Prime DK, Geddes DT, Hartmann PE (2007) Oxytocin: milk ejection and maternal-infant well-being. In: Hale TW, Hartmann PE (eds) *Textbook of human lactation*. Hale Publishing, USA, pp 141–58
7. Ball H (2008) The nocturnal habitat of human infants. Night-time on the post-natal ward: is rooming-in enough? Durham University <http://www.dur.ac.uk/sleep.lab>
8. Scher MS, Ludington-Hoe S, Kaffashi F, et al (2009) Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clin Neurophysiol* 120:1812–8
9. Keefe MR (1987) Comparison of neonatal night time sleep-wake patterns in nursery versus rooming environments. *Nurs Res* 36(3):140–4
10. Wright A, Rice S, Wells S (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 97(5):669–75

11. Ball H, Ward-Platt MP, Heslop E, et al (2006) Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 91:1005–10
12. Branger B, Cebren M, Picherot G, et al (1998) Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 5:489–96
13. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al (2004) Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 363:185–91
14. Messer J, Stork H (1997) Pratiques de puériculture et mort subite du nourrisson : un éclairage transculturel. *Arch Pédiatr* 4:3–7
15. Roussey M, Dagorne M, Defawe G, et al (2007) Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. *Arch Pédiatr* 14(6):627–9
16. American Academy of Pediatrics (2005) Task force on sudden infant death syndrome. Policy statement 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* 116(5):1245–55
17. Letters to the editor (2006) Bedsharing with unimpaired parents is not an important risk for sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 117:990–6
18. The Academy of Breastfeeding Medicine (2008) Guideline on co-sleeping and breastfeeding Protocols. *Breastfeed Med* 3:38–43
19. Möllborg P, Alm B (2010) Sudden infant death syndrome during low incidence in Sweden 1997–2005. *Acta Paediatr* 99:94–8
20. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al (2009) Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 339:b3666
21. Tappin D, Ecob R, Stat S, et al (2005) Bedsharing, roomsharing, and SIDS in Scotland: a case control study. *J Paediatr* 147:32–7
22. Ball H (2006) Parent–infant bedsharing behavior, effects of feeding type and presence of father. *Hum Nat* 17:301–18
23. Richard C, Mosko S, McKenna J (1996) Sleeping position, orientation and proximity in bed-sharing infants and mothers. *Sleep* 19:667–76
24. Baddock SA, Galland BC, Beckers MGS, et al (2004) Bed-sharing and the infant's thermal environment in the Home Setting. *Arch Dis Child* 89:1111–16
25. Streicher MP, Undreiner F, Escande B, et al (2004) Étude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. *Arch Pédiatr* 11:741 communication affichée P10
26. Unicef UK BFI et FSID UK Baby Friendly Initiative – Foundation for the Study of Infants Death (2005) Partager un lit avec votre bébé, un guide pour les mères qui allaitent. http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/french/sharingbedleaflet_french.pdf