ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

SOMMEIL

Le partage du lit ou de la chambre, l’allaitement maternel et le syndrome de la mort subite du nourrisson

James J. McKenna, Ph.D., Lee T. Gettler, M.A.

University of Notre Dame, États-Unis, Northwestern University, États-Unis

Décembre 2010

Introduction

Les innovations sanctionnées par la culture dans le domaine des soins aux enfants et, surtout, les changements sur le plan des idéologies et des valeurs sociales qui établissent le bienfondé des pratiques en cette matière vont beaucoup plus vite que les transformations progressives de la biologie fondamentale des nourrissons de l’espèce humaine.[1] Cette constatation soulève la possibilité que les pratiques largement recommandées en ce qui concerne les soins accordés aux bébés aillent à l’encontre des attentes et des besoins biologiques, psychologiques et émotifs de ces derniers, du moins à ce que permet de croire le passé évolutif du nourrisson. Cette disparité entre les besoins biologiques du nourrisson et les pratiques ou les contextes contemporains de la prestation des soins aux bébés peut être particulièrement accentuée dans les cultures industrialisées occidentales, où le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) ou le syndrome de mort subite et inattendue du nourrisson (SMSIN) sont tous deux plus frappants et

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

répandus qu'ailleurs.[1,2]

Faire dormir les nourrissons seuls, dans une autre chambre que leurs parents, les placer sur le ventre (en position ventrale) pour favoriser un sommeil ininterrompu et l'acquisition le plus tôt possible du même rythme de sommeil que les adultes et leur donner de la préparation pour nourrissons ou du lait de vache plutôt que du lait maternel sont certes des innovations dans le domaine des soins aux bébés qui sont originales et approuvées par la culture, mais ces pratiques n'ont pas fait l'objet de tests scientifiques permettant de déterminer si elles sont sécuritaires ou exemplaires.[1] Nous savons maintenant que chacune d'entre elles a contribué ou mené à des milliers de morts subites du nourrisson.[3-5] Nous pouvons donc déduire qu'un bon nombre des jeunes vies ainsi perdues auraient pu être sauvées si nous nous étions davantage penchés sur ces questions pour comprendre la valeur, sur le plan biologique, du partage sécuritaire du lit de la mère avec le nourrisson, de l'allaitement maternel et du sommeil sur le dos (en position dorsale) pour les bébés. En fin de compte, cet ensemble de comportements adaptatifs se révèle la meilleure façon de protéger le primate peut-être le plus vulnérable de tous, le bébé humain, qui est l'être dont le système nerveux est le moins mature à la naissance, celui qui se développe le plus lentement et celui qui a le plus besoin du corps de sa mère pour obtenir un équilibre physiologique et du réconfort.[1,6-8]

Nous expliquerons ici comment la transformation par les pays occidentaux des trois pratiques de base sensées être adoptées par les mères pour les soins au nourrisson pendant la nuit, soit comment nourrir le bébé, comment le placer pour dormir et où le faire dormir, a réuni les conditions qui ont favorisé le SMSN dans les pays industrialisés de l'Ouest. Nous examinerons aussi la manière dont les mêmes croyances culturelles qui appuyaient l'idée que les nourrissons dorment mieux s'ils sont seuls servent actuellement à faire accepter un ensemble d'hypothèses erronées qui expliquent pourquoi certains bébés meurent subitement lorsqu'ils dorment dans le lit de leurs parents.[9] Selon ces hypothèses, quelles que soient les circonstances, y compris les raisons invoquées par les mères ou l'absence de tous les facteurs de risque connus du partage de lit, même les mères qui ne fument pas, ne boivent pas et allaitent exposent leur nourrisson à des risques considérablement plus grands de mort subite si elles partagent leur lit avec lui.

Sujet

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est un ensemble de symptômes défini par la médecine pour la première fois en 1963 et habituellement décrit comme un « diagnostic par

exclusion ».[10] Il n'a jamais été observé chez les animaux, et il semble qu'aucune espèce autre que l'humain n'en soit atteinte naturellement.[2] Même si on n'est jamais parvenu à normaliser de façon claire et cohérente le diagnostic de SMSN, celui-ci est le plus souvent posé lorsque des nourrissons en santé, généralement âgés de 8 à 16 semaines, mais pouvant avoir jusqu'à un an, meurent de façon inattendue et imprévue, vraisemblablement pendant leur sommeil, sans qu'aucun facteur interne n'explique leur décès à l'autopsie.[11,12]

Bien qu'on s'entende sur le fait qu'aucune cause en particulier ne provoque le SMSN, ce syndrome survient, comme l'ont expliqué Kinney et Thach[13], lorsque les trois facteurs suivants sont combinés : 1) une certaine vulnérabilité sous-jacente et probablement congénitale chez le nourrisson; 2) un trait non défini et sans doute propre aux bébés humains qui se manifeste en particulier pendant une période critique bien précise du développement; 3) certains agents stressants exogènes. Ce dernier facteur pourrait être quelque chose de stressant et de nuisible auquel le bébé est exposé ou représenter un élément manquant dans le micro-environnement « prévu » du nourrisson, comme le lait maternel, l'alimentation au sein, ou la mère elle-même et les expériences sensorielles que sa présence procure au nourrisson. L'ensemble de ces éléments a conduit à la création d'un modèle de recherche sur le SMSN connu sous le nom de « modèle de triple risque », qui a été proposé en 1994 par Filiano et Kinney,[14] mais qui a aussi été conceptualisé de façon similaire par McKenna.[2]

Les déficiences de naissance ou les troubles du développement inhérents au « modèle de triple risque » se manifestent de diverses manières. Selon une théorie prédominante, un grand nombre de victimes du SMSN présentent des malformations dans les régions du cerveau qui contrôlent la respiration et l'éveil pendant le sommeil. Des études neurologiques poussées sur les tissus cérébraux de ces bébés effectuées à l'autopsie révèlent notamment une densité relativement faible d'acétylcholine (un neurotransmetteur) dans le système nerveux. Or, à des densités normales, ce médiateur chimique joue un rôle primordial dans la réinitialisation de la respiration après un épisode d'apnée du sommeil ou de longues pauses entre les respirations. Les nourrissons victimes de mort subite seraient classés comme ayant eu une « déficience des fonctions cérébrales liées à l'éveil » avant leur décès.[15-17]

Jusqu'aux deux dernières décennies, les études portant sur les causes et les corrélations du SMSN n'ont pas vraiment permis de trouver des mesures préventives. Toutefois, la découverte la plus importante, et peut-être même la plus étonnante, dans la prévention du SMSN et du SMSIN (jusqu'à présent) vient d'un changement dans les soins aux nourrissons. Plus précisément, la

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

modification des pratiques parentales courantes touchant trois des aspects les plus fondamentaux du sommeil chez le nourrisson, soit la position dans laquelle le bébé est placé pour dormir, la façon dont il est nourri ainsi que l'endroit où il dort et le fait qu'il dorme seul dans une chambre ou près d'une personne qui se soucie de lui, a permis de réduire considérablement les taux de SMSN dans bien des pays d'Europe et d'Amérique du Nord.[18,19]

Le premier signe que les soins donnés à l'enfant peuvent favoriser ou réduire les risques de mort du nourrisson est apparu dans les années 1990, quand on a découvert que le simple fait de coucher les bébés sur le ventre plutôt que sur le dos triplait les risques de mort du nourrisson.[20] Les idées tirées d'études épidémiologiques menées en Angleterre et en Nouvelle-Zélande ont donné lieu au lancement, dans presque tous les pays industrialisés occidentaux, de campagnes nationales et internationales recommandant de faire dormir les bébés sur le dos. Avant cette découverte, les taux de SMSN dans la plupart des pays industrialisés occidentaux étaient d'environ de 1,5 à 4 nourrissons par 1 000 naissances vivantes (comparativement aux pays industrialisés de l'Asie, comme le Japon, dont le taux de SMSN est le plus bas au monde avec 0,05 nourrisson par 1 000 naissances vivantes[21]). Ces taux étaient encore plus élevés au sein des groupes minoritaires, en particulier les populations autochtones pauvres comme les Maoris de la Nouvelle-Zélande, les Cris du nord du Canada et les Aborigènes d'Australie.[19,22,23] Aux États-Unis, l'écart était tout aussi exponentiel entre les Autochtones et les Américains de race blanche, le taux de SMSN (pour les taux du SMSIN, voir ci-dessous) étant chez les premiers entre deux et sept fois supérieur à celui des seconds.[13,19] Malgré d'importantes baisses chez presque tous les groupes culturels et ethniques, le SMSN demeure tout de même la principale cause de décès chez les nourrissons âgés de un mois à un an aux États-Unis et ailleurs.[13]

Problème

Au cours des deux dernières décennies, des efforts ont été déployés pour différencier les décès causés par le SMSN d'une catégorie différente, mais apparentée et plus large, de décès du nourrisson appelée le SMSIN. Ce terme générique plus englobant comprend, en plus du SMSN (qui en représente environ 80 p. 100 des cas), d'autres décès imprévus de nourrissons dus à des causes naturelles ou non naturelles.[13] Les causes naturelles de décès de nourrissons peuvent être une infection bénigne, une réaction toxique, des mutations génétiques ou des anomalies héréditaires comme l'oxydation d'acides gras. Les causes non naturelles comprennent l'homicide ainsi que l'asphyxie intentionnelle, qui représentent environ cinq p. 100 des décès causés par le SMSIN, mais aussi les suffocations accidentelles, suspectes ou non, causées par la présence

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

d’une personne sur le bébé ou l’étouffement ou la strangulation entraînant l’asphyxie, en particulier lorsque le nourrisson n’est pas trouvé mort dans un lit de bébé, mais dans une structure qui n’est pas nécessairement sécuritaire pour lui (un fauteuil inclinable, un lit d’eau, un divan, un sofa ou un lit pour adultes).[9]

Les distinctions qui peuvent être établies entre la définition du SMSN et celle du SMSIN sont importantes car elles représentent un effort accru pour normaliser ce qui est considéré comme une véritable mort subite du nourrisson et ce qui ne l’est pas et pour définir les critères servant à formuler un diagnostic de SMSN. Elles ont pour but, en grande partie, de différencier un vrai SMSN et un décès par asphyxie évitable, étant donné que, la plupart du temps, il est impossible de discerner un étouffement intentionnel d’un étouffement non intentionnel à l’autopsie.[24] Par conséquent, les diagnostics sont de plus en plus souvent posés selon les caractéristiques et la description de l’environnement de sommeil où est décédé le nourrisson.[25]

En effet, si un nourrisson meurt dans ce qui est considéré comme un « environnement de sommeil non sécuritaire », comme c’est le cas lorsque le décès survient alors que l’enfant dort ailleurs que dans un lit de bébé, le décès n’est pas considéré comme une morte subite du nourrisson, alors que ce pourrait en être une en réalité.[9] Plus problématique encore est le fait que le diagnostic de SMSIN est fréquemment posé lorsqu’un nourrisson est trouvé mort couché à côté d’un parent sur la même surface, sans que les circonstances sociales ou physiques soient prises en compte.[26]

De plus, comme il a été déterminé qu’un adulte et un nourrisson ne peuvent pas dormir de façon sécuritaire sur la même surface, notamment dans le même lit, même en l’absence de tous les facteurs de risque connus à cet égard et lorsque toutes les mesures de sécurité sont prises pour que la mère qui allaite prenne l’enfant dans son lit, le décès d’un nourrisson qui dort sur la même surface que sa mère est diagnostiqué comme un SMSIN et non un SMSN.[26] De cette manière, les statistiques sur les décès de nourrissons confirment encore davantage que le partage de lit est, par nature, toujours dangereux et donnent du poids, artificiellement, à la croyance selon laquelle une mère, qu’elle allaite ou non, ne peut en aucun cas s’occuper de façon sécuritaire de son nourrisson ou le protéger s’ils dorment dans le même lit.[27] Nous doutons fort de la légitimité d’une inférence aussi catégorique, car les résultats d’un examen rigoureux du lieu de décès révèlent que 99 p. 100 des décès survenus alors que les parents partageaient leur lit avec leur nourrisson s’expliquent par la présence d’au moins un, mais très souvent de plus d’un facteur de risque indépendant pouvant provoquer le SMSN, comme le tabagisme maternel, la position

ventrale du nourrisson pendant le sommeil et la consommation d'alcool ou de drogues par les adultes partageant leur lit avec leur nourrisson.[28] De plus, cette nouvelle idéologie est particulièrement troublante puisqu'elle mène à des condamnations qui frôlent l'accusation de négligence ou de mauvais traitement.

Études récentes

Une des recommandations les plus importantes pouvant être faites aux parents afin de réduire le risque de SMSN chez leur nourrisson est de dormir dans la même chambre, mais sur des surfaces différentes (l'American Academy of Pediatrics[27] appelle cette pratique le « partage de la chambre »). La découverte que le sommeil du nourrisson et de la mère dans un même endroit mais sur des surfaces séparées réduit le risque de SMSN mais que certaines formes de partage de la même surface pour dormir l'augmentent au contraire (dans certains cas précis, voir ci-dessous), a été la source de récentes campagnes de santé publique contre toute forme de partage de lit aux États-Unis.[29] Toutefois, le partage du lit représente-t-il réellement un facteur de risque constant du SMSN et du SMSIN et, le cas échéant, dans quelle mesure et dans quels cas précis? Lorsqu'on les examine soigneusement, certaines études épidémiologiques révèlent des conclusions contradictoires à ce sujet. Ce qui complique les choses, c'est que les études ne définissent pas toutes de la même façon le partage du lit (p. ex., certaines considèrent les décès sur les sofas et les fauteuils inclinables comme des décès causés par le partage du lit) et qu'elles donnent des précisions contradictoires sur les circonstances entourant le décès des nourrissons. Il s'ensuit que plusieurs d'entre elles concluent à des risques accrus de décès pour les nourrissons lorsqu'ils dorment avec un adulte,[30-32] alors que celles qui comprennent des covariables appropriées ont démontré que, chez les mères qui allaitent et ne fument pas, les risques sont peu élevés ou même nuls.

Une récente conclusion vient compliquer les recommandations trop simplistes et réductionnistes contre le partage du lit : l'allaitement serait un facteur de protection indépendant contre le SMSN. En s'appuyant sur une étude cas-témoins où 333 bébés morts subitement ont été comparés à 998 nourrissons du même âge en Allemagne entre 1998 et 2001 et dont les données sont conformes aux rapports publiés auparavant, Venneman et ses collègues[5] ont récemment démontré que les bébés nourris à la préparation pour nourrissons sont, à l'égard du SMSN, deux fois plus à risque que ceux qui sont allaités.[35] Bien qu'aucune étude ne démontre que le fait de dormir dans la même pièce et peut-être dans le même lit soit essentiel pour favoriser l'allaitement, nombreuses sont celles qui révèlent que, pour dormir davantage et mieux prendre

soin de leur nourrisson, les mères ayant décidé d'allaiter optent souvent pour le partage du lit, du moins pour une partie de la nuit, même si elles n'avaient jamais eu l'intention de le faire.[41,42] En effet, près de 50 p. 100 des mères allaitantes aux États-Unis et en Grande-Bretagne partagent leur lit avec leur nourrisson pendant une partie de la nuit, et les mères qui allaitent ont deux fois plus tendance que celles qui n'allaitent pas à dormir avec leur bébé au cours du premier mois.[39]

Implications

Étant donné le lien positif et mutuellement bénéfique tissé entre la mère et le nourrisson lorsque les deux dorment dans le même lit et que l'enfant est allaité (ainsi que le rôle de l'allaitement maternel dans l'atténuation du risque de SMSN), le partage sécuritaire du lit pourrait en fait avoir un effet protecteur contre le SMSN, bien qu'il s'agisse là d'une pure hypothèse. Ce qui est clair, c'est que l'alimentation au sein uniquement atténue le risque de SMSN et conduit de nombreuses mères à partager leur lit avec leur nourrisson, du moins de temps à autre. À l'inverse, la décision de la mère de partager son lit avec son bébé favorise l'allaitement tant à court terme (le nombre de fois que la mère allaite pendant la nuit et la durée totale de l'allaitement) qu'à long terme (le nombre de mois où la mère allaite)[1]. En fin de compte, ce lien positif entre le partage du lit et l'allaitement rend problématiques les recommandations réductionnistes et catégoriques contre le partage de lit chez les mères qui ne fument pas et ne prennent pas de drogue.[29]

Dans ce débat sur la question controversée des dangers que présente le partage du lit, on perd souvent de vue que, contrairement au fait de placer le bébé sur le ventre, de le faire dormir seul dans une chambre ou de lui donner de la préparation pour nourrissons ou du lait de vache, le fait pour les mères de s'installer dans le lit avec leur nourrisson pour l'allaiter correspond à un comportement naturel qui remonte aux origines phylogéniques des humains en tant que primates et mammifères.[1] L'alimentation au biberon et le fait de coucher les nourrissons en position ventrale sont deux normes comportementales propres à l'Occident qui découlent de pratiques culturelles et de systèmes de croyances traditionnellement peu répandus.[46] Ces deux modèles de comportement n'ont jamais eu pour but de favoriser les mécanismes biologiques propres à la relation mère-nourrisson de notre espèce. Par conséquent, à la lumière de recommandations médicales et de conclusions scientifiques qui font école, il a été relativement facile pour les campagnes de santé publique de décourager l'adoption de la position ventrale du nourrisson et l'alimentation au biberon.[18] Au contraire, le partage du lit (ou, plus généralement, de la chambre) et l'allaitement au sein (les deux pratiques combinées) font partie de la biologie

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

fondamentale et régulatrice et des répertoires comportementaux de la dyade humaine mère-nourrisson. Le partage du lit entre la mère et l'enfant et l'allaitement maternel ne disparaîtront donc pas facilement, et le lien entre les deux ne devrait pas être écarté de façon sommaire sans une évaluation scientifique rigoureuse.

Conclusion

Il est clair que le partage du lit peut, en effet, se révéler particulièrement dangereux et devrait être évité si la mère consomme de la drogue ou de l'alcool, si elle fume (avant et après la naissance du bébé), si d'autres enfants se trouvent dans le même lit, si la mère n'allaite pas (puisque la position du nourrisson par rapport au corps de sa mère est alors différente, et que la relation affective et sensorielle entre la mère et l'enfant n'est pas la même), si le matelas est mou ou si les couvertures sont lourdes.[4,34,47-51] Il est aussi clair que dormir ensemble sur un sofa, un divan ou un fauteuil inclinable est très dangereux et devrait toujours être évité.[48,49,52] Lorsque le partage du lit n'est pas sécuritaire, dormir près du nourrisson mais sur des surfaces séparées (en plaçant un berceau à côté du lit ou un lit de bébé à côté du lit des parents); procure des bienfaits similaires sans risque. Toutefois, une mère informée qui allaite et qui prend consciemment la décision de partager son lit avec son nourrisson devrait recevoir l'appui nécessaire ainsi que tous les renseignements portant sur la sécurité de cette pratique que fournissent les études menées jusqu'à présent.

Les dyades nourrisson-mère allaitante sont biologiquement conçues (sur le plan émotif, social et physiologique) pour que la mère et l'enfant dorment l'un contre l'autre, et le fait que leur proximité apaise le bébé améliore la qualité du sommeil de la mère et du nourrisson et favorise l'allaitement, ce qui rend cette pratique difficile à éviter systématiquement. Puisque ce comportement procure de grands bienfaits aux mères et aux nourrissons, il est difficile, sans études rigoureuses sur le sujet, de recommander que le partage de lit soit évité ou d'indiquer comment dormir avec son bébé de manière sécuritaire et de priver les parents des consignes de sécurité qui minimiseraient les risques liés à cette pratique. À plusieurs égards, le processus utilisé pour formuler des recommandations contre la pratique du partage de lit viole les règles de la médecine factuelle. Selon Sackett,[53] les recommandations en matière de santé publique qui sont formulées en suivant ces règles devraient tenir compte des multiples résultats de recherches qui vont bien au-delà de l'utilisation exclusive des conclusions d'études épidémiologiques. De plus, pour être le plus efficaces possible, les recommandations en matière de santé publique doivent respecter les valeurs, les idéologies et la capacité des personnes

auxquelles elles s'adressent.[29]

D'importants éléments de preuve provenant d'études sur la biologie humaine et l'anthropologie de l'évolution expliquent les raisons sous-jacentes qui incitent les mères allaitantes à dormir avec leur nourrisson.[1] Sur le plan des études concernant le SMSN et des campagnes de santé publique sur le partage de lit, l'intégration d'une approche évolutionniste et anthropologique qui fait appel à divers éléments de preuve afin d'explorer la pratique du partage de lit et son interaction avec l'allaitement au sein et la relation mère-nourrisson a permis de modifier la question de départ, qui ne consiste plus à se demander comment éliminer la pratique du partage de lit ni pourquoi les parents partagent leur lit avec leur nourrisson, mais à chercher comment les personnes qui prennent leur bébé dans leur lit peuvent le faire de façon sécuritaire.

Références

1. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-infant co-sleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome (SIDS): what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Yearb Phys Anthropol.* 2007;50:133-161.
2. McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): the role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies of Disease and Illness.*1986;10:9-53.
3. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007;370:1578-1587.
4. Carpenter R, Irgens L, Blair P, Fleming P. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185.
5. Vennemann M, Bajanowski T, Jorch G, Mitchell E. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123:e406-410.
6. Reite M, Seiler C, Short R. Loss of your mother is more than loss of a mother. *American Journal of Psychiatry.* 1978;135:370-371.
7. Hrdy SB. *Mother nature: A history of mothers, infants, and natural selection*. 1st ed. New York, NY: Pantheon Books; 1999.
8. Trevathan W, McKenna J. Evolutionary environments of human birth and infancy: insights to apply to modern life. *Children's Environments* 1994;1(12):88-104.
9. Mendoza-Shapiro C, Kimball M, Tomashak K, Anderson R, Blanding S. US mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: are rates increasing? *Pediatrics* 2009;123(2):533-539.
10. Krous HF. The differential diagnosis of sudden, unexpected infant death. In: Rognum TO, ed. *Sudden infant death syndrome. New trends in the nineties.* Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1995: 74-80.
11. Hoffman HJ, Hillman LS. Epidemiology of the sudden infant death syndrome: maternal, neonatal, and postneonatal risk factors. In: Hunt CE, ed. *Clinics in perinatology.* Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 1992: 717-723.
12. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, Cutz E, Hanzlick R, Keens TG, Mitchell EA. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114(1):234-238.
13. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. *New England Journal of Medicine* 2009;361(8):795-805.

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

14. Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. *Biology of the Neonate* 1994;65:194-197.

15. Kinney HC, Randall LL, Sleeper LA, Willinger M, Belliveau RA, Zec N, Rava LA, Dominici L, Iyasu S, Randall B, Habbe D, Wilson H, Mandell F, McClain M, Welty TK. Serotonergic brainstem abnormalities in Northern Plains Indians with the sudden infant death syndrome. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology* 2003;62(11):1178-1191.

16. Kinney HC, Myers MM, Belliveau RA, Randall LL, Trachtenberg FL, Fingers ST, Youngman M, Habbe D, Fifer WP. Subtle autonomic and respiratory dysfunction in sudden infant death syndrome associated with serotonergic brainstem abnormalities: a case report. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology* 2005;64(8):689-694.

17. Kinney HC, Burger PC, Harrell FEJ, Hudson RPJ. 'Reactive gliosis' in the medulla oblongata of victims of the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1983;72:181-187.

18. Epstein J. Reducing the risk of cot death in Britain: the campaign and its aftermath. In: Rognum TO, ed. *Sudden infant death syndrome. New trends in the nineties*. Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1995:129-131.

19. Hauck FR, Tanabe KO. International trends in sudden infant death syndrome: stabilization of rates requires further action. *Pediatrics* 2008;122:660-666.

20. Willinger M, James LS, Catz C. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda, MD. *Pediatrics* 1994;93:814-819.

21. Nishida H. Overview of SIDS in Japan. In: Rognum TO, ed. *Sudden infant death syndrome. New trends in the nineties*. Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1995: 140-142.

22. Ford RP, Nelson KP. Higher rates of SIDS persist in low income groups. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1995;31:408-411.

23. Kemp JS, Unger B, Wilkins D, Psara RM, Ledbetter TL, Graham MA, Case M, Thach BT. 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(3):e41.

24. Rognum TO. Definition and pathologic features. In: Byard RW, Krous HF, eds. *Sudden infant death syndrome: Problems, progress and possibilities*. New York, NY: Oxford University Press; 2001: 4-30.

25. Hanzlick R. Death scene investigation. In: Byard RW, Krous HF, eds. *Sudden infant death syndrome: Problems, progress and possibilities*. New York, NY: Oxford University Press; 2001: 58-65.

26. Senter L, Sackoff J, Landi K, Boyd L. Studying sudden and unexpected infant deaths in a time of changing death certification and investigation practices: evaluating sleep-related risk factors for infant death in New York City. *Maternal Child Health Journal*. In press.

27. American Academy of Pediatrics (AAP). Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. 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(5):1245-1255.

28. Blabey MH, Gessner BD. Infant bed-sharing practices and associated risk factors among births and infant deaths in Alaska. *Public Health Reports* 2009;124:527-534.

29. Gettler LT, McKenna JJ. Never sleep with baby? Or keep me close but keep me safe: Eliminating inappropriate "safe infant sleep" rhetoric in the United States. *Current Pediatric Reviews* 2010;6(1):71-77.

30. Scheers N, Rutherford G, Kemp J. Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics* 2003;112(4):883-889.

31. Tappin D, Ecob R, Brook H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *Journal of Pediatrics* 2005;147:32-37.

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

32. Carroll-Pankhurst C, Mortimer E. Sudden infant death syndrome, bed-sharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 2001;107:530-536.

33. McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Archives of Disease in Childhood* 2006;91:318-323.

34. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, Berry PJ, Golding J, the CESDI SUDI research group. Where should babies sleep – alone or with parents? Factors influencing the risk of SIDS. *British Medical Journal* 1999;319:1457-1462.

35. Fredrickson DD, Sorenson JF, Biddle AK. Relationship of sudden infant death syndrome to breast-feeding duration and intensity. *American Journal of Diseases of Children* 1993;147:460.

36. Quillin SIM, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and* ***NeonatalNursing***. 2004;33(5):580-588.

37. Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20(2):142-150.

38. Ball HL. Reasons to bed-share: why parents sleep with their infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2002;20(4):207-221.

39. McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM, Vezina R, Corwin MJ, Willinger M, Hoffman HJ, Mitchell AA. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(3):141-149.

40. Mitchell EA, Scragg L, Clements M. *Factors related to bedsharing*. N Z Med J. 1994:466-467.

41. McKenna JJ, Volpe LE. Sleeping with baby: an internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a western industrialized context. *Infant and Child Development* 2007;16(4):359-385.

42. Ball HL, Hooker E, Kelly PJ. Where will the baby sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding cosleeping with their newborn infants. *American Anthropologist* 1999;101(1):143-151.

43. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Archives of Disease in Childhood*. 2004;89(12):1106-1110.

44. Lahr MB, Rosenberg KD, Lapidus JA. Bedsharing and maternal smoking in a population-based survey of new mothers. *Pediatrics* 2005;116(4):E530-E542.

45. Willinger M, Ko CW, Hoffman HJ, Kessler RC, Corwin MJ. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: The National Infant Sleep Position study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2003;157(1):43-49.

46. McKenna JJ, Gettler LT. Cultural influences on infant sleep biology and the science that studies it: toward a more inclusive paradigm, part II. In: Loughlin G, Carroll J, Marcus C, eds. *Sleep in children: Developmental changes in sleep patterns*. New York, NY: Marcel Dekker; 2007: 183-221.

47. Ball HL. Parent-infant bed-sharing behavior: effects of feeding type, and presence of father. *Human Nature* 2006;17(3):301-318.

48. Blair P, Sidebotham P, Berry P, Evans M, Fleming P. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *The Lancet* 2006;367(9507):314-319.

49. Unger B, Kemp JS, Wilkins D, Psara R, Ledbetter T, Graham M, Case M, Thach BT. Racial disparity and modifiable risk factors among infants dying suddenly and unexpectedly. *Pediatrics* 2003;111(2):e127-131.

50. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick Moore C, Donoghue E, Kirschner RH, Willinger M. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003;111(5):1207-1214.

51. Mitchell EA, Williams SM, Taylor BJ. Use of duvets and the risk of sudden infant death syndrome. *Archives of Disease in Childhood*. 1999;81:117-119.

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL

52. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EMA, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case control study of SIDS in southwest England. *British Medical Journal* 2009;339:1-11.

53. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS. *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM.* 2nd ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone; 2000.

©2010-2026 ABILIO | SOMMEIL