

Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire

Réduire les décès subits des nourrissons au Canada

Les décès subits des nourrissons qui surviennent pendant le sommeil demeurent un grave problème de santé publique au Canada. Le présent énoncé conjoint fournit aux professionnels de la santé des renseignements factuels à jour afin qu'ils puissent offrir des conseils aux parents et aux gardiens pour aider à réduire les risques.

Contexte

Décès subits des nourrissons au Canada

Les décès subits de nourrissons liés au sommeil surviennent de façon inattendue chez des nourrissons en bonne santé. Ils comprennent les décès dus au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) ainsi que les décès accidentels causés par la suffocation ou l'étranglement au lit.

SMSN

Le SMSN est défini comme le décès subit, durant le sommeil, d'un nourrisson de moins d'un an qui demeure inexplicé même après un examen approfondi du cas, y compris un examen de la scène du décès, une revue des antécédents cliniques et une autopsie complète. ⁽¹⁾ Les données probantes médicales et scientifiques considèrent le SMSN comme un désordre multifactoriel, le résultat d'une interaction complexe entre les vulnérabilités sous-jacentes du nourrisson et l'environnement. ^{(2) (3) (4)} Cependant, la ou les causes exactes du SMSN demeurent inconnues.

Le SMSN peut survenir n'importe quand au cours de la première année de vie, mais sa fréquence atteint un sommet chez les nourrissons âgés de 2 à 4 mois et diminue après l'âge de 6 mois. ^{(5) (6) (7)} Le taux du SMSN est plus élevé chez les nourrissons de sexe masculin, ceux qui sont nés prématurés ou de faibles poids à la naissance. ^{(5) (6) (8)} D'autres recherches devront être effectuées pour mieux comprendre les causes et mécanismes biologiques qui prédisposent certains nourrissons aux décès subits, alors que d'autres enfants, dans des conditions comparables, ne sont pas touchés.

Les études épidémiologiques à grande échelle menées au cours des deux dernières décennies ont accru notre compréhension du SMSN et ont permis d'identifier certains facteurs de risque qui peuvent être modifiés. Les facteurs de risque du SMSN modifiables les plus importants sont la position ventrale du nourrisson pendant le sommeil, le tabagisme maternel pendant la grossesse et l'exposition au tabagisme après la naissance. ^{(9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)}

Le présent énoncé conjoint est une mise à jour de la version de 2011. L'Agence de la santé publique du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada et Souffle de bébé reconnaissent avec gratitude la contribution des personnes qui ont participé à cette version et à d'autres versions antérieures de ce document.



Termes courants

Le **syndrome de mort subite inattendue du nourrisson** est un terme général utilisé pour décrire tout décès subit et imprévu d'un nourrisson dont la cause n'est pas immédiatement claire.

Une fois l'enquête terminée, certains cas de mort subite inattendue du nourrisson peuvent s'expliquer par une cause précise (par exemple, une infection ou une maladie sous-jacente, une suffocation ou un étranglement accidentel dans le lit, etc.). On détermine qu'il s'agit du **SMSN** lorsqu'il est impossible d'expliquer un décès.

Bien que les personnes responsables de la certification des décès aient parfois utilisé le terme « syndrome de mort subite inattendue du nourrisson » comme solution de rechange au diagnostic final du SMSN, on ne recommande pas cette pratique étant donné l'imprécision de ces termes trop généralistes. ^{(23) (25) (27)} De plus, étant donné les traductions anglaises de cette terminologie, comme SUID (*sudden unexpected infant death*) ou SUDI (*sudden unexpected death in infancy*), il a été noté qu'il peut y avoir une incohérence dans la signification du « U » des sigles, qui peut représenter *unexpected, undetermined, unknown, unexplained, ou unascertained* (inattendu, indéterminé, inconnu, inexpliqué ou non précisée). ⁽²⁸⁾

Le taux du SMSN diminue considérablement depuis la fin des années 1980. Entre 1999 et 2004, le Canada a observé une diminution de 50 % de ce taux, ce qui a coïncidé avec le lancement de recommandations visant à placer les nourrissons sur le dos pour dormir, un message renforcé par la campagne Dodo sur le dos en 1999. ^{(18) (19)} Cette baisse peut également être attribuable, en partie, à une diminution du tabagisme maternel pendant la grossesse et à une augmentation de l'allaitement. ^{(19) (20)}

On a constaté qu'une baisse semblable du taux du SMSN aux États-Unis dans les années 1990 était en partie attribuable à un changement des tendances de diagnostic vers des décès attribués à la suffocation et à l'étranglement accidentels plutôt qu'au SMSN, ainsi que d'autres causes ou des causes non précisées. ^{(21) (22)} Une analyse des données canadiennes n'a pas étayé l'explication selon laquelle un changement dans les pratiques de déclaration a fait diminuer les cas du SMSN au cours de cette période. ⁽²³⁾

Dans les années qui ont suivi, il y a eu peu de changement dans le taux du SMSN au Canada. Entre 2007 et 2011, 5,8 % de tous les décès des nourrissons (âgés de 0 à 1 an) et 19,6 % des décès postnéonataux (nourrissons âgés de 28 jours à 1 an) étaient attribuables au SMSN. ⁽²⁴⁾

Au cours de la dernière décennie, il y a eu un changement significatif dans la pratique de déclaration des décès infantiles au Canada et à l'échelle mondiale, ce qui rend difficile l'évaluation de la prévalence du SMSN. Depuis 2012, le SMSN n'est plus utilisé pour la classification des décès infantiles dans la plupart des provinces et territoires du Canada. Ces décès sont plutôt classés dans la catégorie des causes « indéterminées ». La pratique soulève de graves préoccupations au sujet des répercussions sur la surveillance et la recherche en matière de SMSN, ainsi que des répercussions troublantes pour les familles endeuillées qui ne reçoivent pas de diagnostic. ^{(25) (26) (27) (28)} Cette pratique a entraîné la demande d'établissement de catégories de classification uniformes pour les SMSN et d'autres décès subits inexpliqués chez les nourrissons, notamment des définitions des lignes directrices claires pour les personnes responsables de la certification des décès. ⁽²⁸⁾

D'après les dernières données disponibles (antérieures à 2012), le taux le plus élevé du SMSN au Canada se situe au Nunavut, où l'on a constaté que le taux de mortalité était plus de trois fois supérieur au taux national du Canada. ⁽²⁰⁾ Des disparités alarmantes persistent au sein de la population autochtone du Canada, le taux du SMSN étant plus de sept fois plus élevé que celui de la population non autochtone. ⁽²⁹⁾ La recherche au Canada a également relevé des différences dans les taux du SMSN selon le revenu moyen du quartier, le ratio de SMSN étant environ deux fois plus élevé dans le quintile de revenu le plus faible que dans le quintile de revenu le plus élevé. ⁽³⁰⁾

Autres causes

Parmi les autres causes de décès qui surviennent pendant le sommeil d'un nourrisson, mentionnons la suffocation ou l'asphyxie non intentionnelle causée lorsque l'enfant est coïncé ou recouvert. Ces décès peuvent être difficiles à distinguer du SMSN et bon nombre des facteurs de risque sont semblables. ^{(31) (22)}

Ces facteurs de risque comprennent la présence d'accessoires de literie moelleux, non attachés ou mal ajustés, l'utilisation d'une surface de sommeil qui n'est pas conçue pour le sommeil du nourrisson, et le fait que le nourrisson partage une surface de sommeil avec un adulte ou un autre enfant, particulièrement lorsqu'elle est combinée à la présence d'au moins un autre facteur de risque. ^{(9) (16) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41)}

Au Canada, les menaces à la respiration (suffocation, étouffement, étranglement) étaient la cause sous-jacente la plus courante de décès accidentel chez les nourrissons de moins d'un an, représentant 69 % des décès accidentels. ⁽⁴²⁾ Les nourrissons de moins de 4 mois représentaient la grande majorité (70 %) de ces décès. ⁽⁴²⁾

BRUE et SMSN

Il n'existe pas de données probantes associant le BRUE à un facteur de risque du SMSN. Un incident bref, résolu et inexplicable – connu sous l'acronyme anglais BRUE – est lorsqu'un nourrisson de moins d'un an cesse de respirer, présente un changement du tonus musculaire, pâlit ou bleuit ou n'a plus de réactions. L'incident se produit soudainement, dure moins d'une minute, est entièrement résolu et dont l'anamnèse et un examen exhaustif ne permettent pas d'expliquer l'incident. ^{(43) (44)} Autrefois, l'on croyait à tort que ces incidents étaient des précurseurs au SMSN et étaient qualifiés d'un *SMSN évité de justesse* ou d'un *SMSN avorté*. Ces expressions ont été abandonnées dans les années 1980 alors que les données probantes confirmaient qu'il n'y avait **aucune corrélation entre ces incidents et le SMSN**. ⁽⁴³⁾ Les données probantes continuent de confirmer qu'il y a, en réalité, plus de différences que de similarités entre le BRUE et le SMSN. Le seul facteur de risque dont on a pu démontrer l'influence est le tabagisme maternel. ⁽⁴⁴⁾

Principes de sommeil sécuritaire

Principaux facteurs modifiables qui atténuent le risque de SMSN et autres décès de nourrissons pendant leur sommeil :



Les nourrissons qui dorment toujours sur le dos présentent un risque réduit de SMSN.

La position du sommeil du nourrisson est l'un des facteurs modifiables les plus importants pour réduire le risque de décès lié au sommeil du nourrisson. Les positions de sommeil ventrale et latérale sont associées à des taux accrus du SMSN ; même les nourrissons qui régurgitent devraient être placés sur le dos pour dormir. ^{(9) (11) (16) (39) (45) (46) (47) (48) (49) (50)} Les nourrissons qui dorment sur le ventre alors qu'ils sont habituellement placés sur le dos pour dormir courent un risque particulièrement élevé. ^{(45) (46) (11)} Ce risque confirme l'importance de toujours placer les nourrissons sur le dos pour dormir que ce soit à la maison, à la garderie ou en voyage. Les **dispositifs de positionnement** ne doivent pas être utilisés, car ils présentent un risque de suffocation. ^{(51) (52)}

Lorsque les nourrissons peuvent se tourner d'eux-mêmes sur le ventre ou sur le côté, il n'est pas nécessaire de les remettre sur le dos. Cependant, les articles de literie mous et mal ajustés et d'autres objets peuvent présenter un risque de suffocation si le nourrisson roule dessus, de sorte que les parents et les gardiens doivent s'assurer que la zone de sommeil du nourrisson est dégagée. ⁽⁴¹⁾

Bien que la **plagiocéphalie positionnelle**, communément appelée la « tête plate », soit le plus souvent causée par la position du sommeil sur le dos, la condition peut être évitée en grande partie. En plaçant la tête du nourrisson vers les extrémités du berceau en alternance, on l'encourage à se coucher également sur les deux côtés de la tête. Lorsqu'ils sont éveillés, les nourrissons vont bénéficier de temps supervisé passé sur le ventre, plusieurs fois par jour, afin de prévenir la plagiocéphalie et de contrer les effets d'un sommeil dorsal régulier sur le développement musculaire. ^{(53) (54) (55)}

Malgré l'intention de suivre les recommandations sur le sommeil sécuritaire, ce ne sont pas tous les parents ou gardiens qui placent leur bébé en position sur le dos pour chaque période de sommeil. ⁽⁵⁶⁾ Des recherches menées au Canada ont révélé que les mères ayant un niveau de scolarité inférieur étaient plus susceptibles de placer leur bébé dans une position où il n'est pas allongé sur le dos. ⁽⁵⁷⁾ Une autre étude a révélé des taux particulièrement élevés de positions de sommeil du nourrisson qui n'est pas allongé sur le dos chez la population inuite. ⁽⁵⁸⁾ Ces constatations indiquent que des stratégies de promotion de la santé adaptées à des populations particulières sont nécessaires.



Prévenir l'exposition au tabagisme avant et après la naissance réduit le risque du SMSN.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est un facteur de risque important du SMSN. ^{(6) (9) (14) (39) (59) (60) (61) (62)} Le risque de SMSN associé au tabagisme maternel dépend de la dose. ^{(9) (63) (12) (64)} Les femmes qui réduisent le nombre de cigarettes qu'elles fument pendant la grossesse peuvent réduire le risque de mort subite de leur nourrisson et celles qui cessent complètement peuvent le réduire encore plus. ^{(9) (10) (15)} On estime que le tiers de tous ces décès pourraient être prévenus si on éliminait le tabagisme maternel. ^{(65) (66) (67)}

Les nourrissons qui sont exposés à la fumée secondaire après la naissance courent aussi un risque plus élevé d'être victimes du SMSN et le risque augmente avec le niveau d'exposition. ^{(68) (10) (14)}

Le tabagisme et le **partage de lits** semblent avoir un effet synergique. Le risque de SMSN est beaucoup plus élevé chez les nourrissons qui partagent un lit avec un adulte qui fume ou si leur mère a fumé pendant la grossesse. ^{(64) (69) (70) (71) (72)}

Peu de recherches ont été publiées sur l'exposition au **cannabis** et le SMSN. Comme la fumée de cannabis contient plusieurs des mêmes produits chimiques nocifs que la fumée de tabac, il est fortement recommandé d'éviter l'exposition des nourrissons avant et après la naissance. Le cannabis à vapoter n'élimine pas le risque. ^{(120) (121)}

L'utilisation des **produits de vapotage** a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières années. Bien que les cigarettes électroniques soient souvent commercialisées comme moyen de réduire le tabagisme, il s'agit d'une option moins nocive pour les seuls fumeurs qui cessent complètement de fumer et qui passent au vapotage. Le vapotage pendant la grossesse expose les nourrissons à la nicotine ainsi qu'à d'autres substances potentiellement nocives. ^{(73) (74) (75)} Jusqu'à ce que l'on dispose de plus de données probantes concernant les effets à long terme sur la santé, il est plus sécuritaire d'éviter le vapotage pendant la grossesse et de protéger les nourrissons contre l'exposition à la vapeur secondaire des produits de vapotage. ^{(76) (77) (78)}



Pour un nourrisson, l'endroit le plus sécuritaire pour dormir est un lit d'enfant, un berceau ou un moïse qui sont conformes aux normes canadiennes actuelles.

Les lits d'enfant, les berceaux et les moïses (y compris les moïses qui se fixent aux parcs d'enfant) sont réglementés au Canada et sont les endroits les plus sûrs pour dormir.

Lorsque les nourrissons dorment sur des surfaces qui ne sont pas conçues pour eux, tels que des lits d'adulte, des canapés ou des fauteuils rembourrés, ils sont plus susceptibles d'être coincés et de suffoquer, en particulier lorsqu'ils partagent cette surface avec un adulte ou un autre enfant. ^{(71) (32) (16) (39) (38) (79) (80)}

Une surface de sommeil sécuritaire pour le nourrisson a:

- Un matelas ferme et plat avec drap-housse ajusté serré;
- Aucun espace entre le matelas et les côtés, où le nourrisson pourrait être coincé;
- Aucun article de literie mou, bordure de protection, jouet ou dispositif de positionnement pour le sommeil et la tête.

Les **dispositifs de sommeil pour nourrissons destinés à être attachés au lit d'adulte** (les lits de type « cododo ») ne sont pas recommandés. Ces produits présentent un risque de suffocation et le nourrisson pourrait se retrouver coincé. ⁽⁵¹⁾

Un lit d'enfant, un berceau ou un moïse ne doit jamais être modifié et il doit toujours être utilisé conformément aux instructions du fabricant.

Les jouets et les articles de literie mous

comme les oreillers, les duvets, les douillettes, et les édredons ainsi que les bordures de protection augmentent le risque de suffocation et ne doivent pas être placés dans le lit d'enfant, le berceau ou le moïse. ^{(16) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (41) (40) (81)}

Le fait d'avoir **trop chaud** est un facteur de risque pour le SMSN. ⁽⁸²⁾ Les nourrissons sont plus en sécurité lorsqu'ils portent des vêtements de nuit ajustés d'une seule pièce qui sont confortables à la température de la pièce et dans lesquels ils n'auront pas trop chaud. Les nourrissons n'ont pas besoin de couverture supplémentaire étant donné qu'ils peuvent, avec leurs mouvements, se recouvrir totalement la tête, ce qui peut provoquer un excès de chaleur. ^{(83) (84)} Si une couverture est nécessaire, les nourrissons sont plus en sécurité avec une couverture mince et légère. ⁽⁵¹⁾ Si un sac de nuit est utilisé, il doit être de la bonne taille de manière à empêcher le nourrisson de glisser à l'intérieur du sac de nuit. ⁽⁸⁵⁾

On **emmaillote** souvent les nourrissons pour les calmer et favoriser leur sommeil. Les bébés emmaillotés présentent un risque accru de décès lorsqu'ils roulent ou sont couchés sur le ventre. ^{(86) (87)} ⁽⁸⁸⁾ Si l'on emmaillote un nourrisson, il doit toujours être placé sur le dos et il faut cesser l'emmaillotage dès que le bébé montre des signes qu'il tente de rouler. Il faut prendre soin de s'assurer que la bouche et le nez d'un nourrisson emmailloté restent bien dégagés de la couverture et que le nourrisson est enveloppé de façon à permettre le mouvement libre des hanches et des jambes. ⁽⁸⁹⁾

Les **produits qui maintiennent un nourrisson en position assise**, comme les sièges d'auto, les poussettes, les balançoires et les sièges sauteurs, ne sont pas conçus pour y laisser dormir un nourrisson. Lorsqu'il dort en position assise, la tête d'un nourrisson peut tomber vers l'avant et obstruer ses voies respiratoires. ^{(90) (91)} Pour cette raison, si un enfant s'endort pendant qu'il est assis dans un siège d'auto ou une poussette, il doit être déplacé dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse rendu à destination. De même, lorsqu'on utilise des produits où le nourrisson est en position inclinée, comme des sièges sauteurs ou des balançoires, qui sont souvent utilisés pour endormir les nourrissons, il faut les placer dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse une fois qu'ils sont endormis.

Les bébés peuvent aussi s'endormir dans des **porte-bébés**. Il est important que le bébé soit toujours en position verticale, avec leur visage bien visible, et sans aucune obstruction de la voie respiratoire pendant qu'il est dans le porte-bébé. Si le bébé est mal positionné, son menton peut tomber en avant et il peut suffoquer contre le tissu du produit, le corps de la personne qui le porte ou sa propre poitrine. ^{(92) (93) (94) (90)}



Les nourrissons qui partagent une chambre avec un parent ou un gardien risquent moins d'être victimes du SMSN.

Le **partage de la chambre** est une pratique de sommeil où le lit d'enfant, le berceau ou le moïse d'un nourrisson est placé dans la même chambre et près du lit du parent ou gardien. Les nourrissons qui partagent une chambre risquent moins d'être victimes du SMSN et bénéficieront du partage de la chambre pendant les 6 premiers mois, la période où le risque du SMSN est le plus élevé. ^{(14) (79) (95) (96)} Le partage de la chambre facilite l'allaitement maternel et le contact fréquent du nourrisson pendant la nuit.

Le **partage du lit** est une pratique de sommeil où un nourrisson partage, avec une adulte ou un autre enfant, une surface de sommeil telle qu'un lit d'adulte, un canapé ou un fauteuil rembourré. Le fait de partager une surface de sommeil avec un nourrisson accroît le risque qu'il devienne coincé, recouvert, qu'il ait trop chaud, ou qu'il suffoque. ^{(39) (71) (79) (97) (98)} Le risque est particulièrement élevé chez les nourrissons de moins de 4 mois, ou si le nourrisson est né prématuré ou a un faible poids à la naissance. ^{(98) (71) (99)} D'autres facteurs qui augmentent le risque pour les nourrissons lorsqu'ils partagent un lit comprennent notamment :

- Lorsqu'un nourrisson partage une surface de sommeil avec un parent ou un gardien qui fume, qui a consommé de l'alcool, qui a pris des drogues illicites ou des médicaments qui peuvent provoquer une somnolence ou qui est très fatigué; ^{(14) (39) (42) (69) (70) (71) (95) (96)}
- Le fait que la mère du nourrisson a fumé pendant la grossesse; ^{(64) (69)}

- Dormir avec un nourrisson sur une surface molle, comme un sofa, un fauteuil, un lit d'eau ou un matelas pneumatique; ^{(32) (42) (69) (71) (100)}
- Le fait de ne pas placer l'enfant sur le dos; ^{(16) (42) (69)}
- La présence d'articles de literie mal ajustés, d'oreillers, de couvertures et d'autres objets dans le lit; ⁽⁶⁹⁾
- Lorsqu'un nourrisson partage le lit avec plus d'une personne ou un animal. ^{(16) (42)}

Un environnement de sommeil sécuritaire à l'extérieur de la maison

Le nourrisson doit avoir un espace sécuritaire où dormir lorsqu'il n'est pas à la maison, y compris quand il est **à la garderie, en visite ou en voyage**. Un moïse qui se fixe au parc d'enfant est une option sécuritaire jusqu'à ce que le nourrisson commence à rouler sur lui-même ou que son poids est supérieur à la limite indiquée pour le harnais. Au Canada, les parcs eux-mêmes ne sont pas réglementés pour servir d'espace où dormir et ne satisfont pas aux mêmes exigences de sécurité régissant les lits d'enfant, les berceaux ou et les moïses (y compris les moïses qui se fixent aux parcs d'enfant). Si un parc sert temporairement d'espace pour dormir pendant un voyage, il est important de s'assurer que le parc est assemblé de façon sécuritaire en suivant les instructions du fabricant et que des mesures de précaution sont prises pour créer une surface de sommeil sécuritaire pour le nourrisson. Il ne faut jamais ajouter un matelas ou une matelassure à un parc et il faut y enlever les objets mous, la literie ou les jouets. Il faudrait porter une attention particulière à l'emplacement du parc dans la chambre et voir à ce qu'il soit loin d'autres sources de danger, comme les cordons des rideaux des fenêtres ou les fils électriques, qui présentent des risques d'étranglement.

Des données canadiennes récentes indiquent que le partage du lit est une pratique courante que les parents emploient pour des raisons pratiques. ⁽¹⁰¹⁾ Un tiers des mères ont déclaré partager un lit avec leur bébé tous les jours ou presque, et 27 % ont déclaré le faire occasionnellement. L'allaitement était la raison la plus fréquemment citée pour le

partage du lit du nourrisson, suivi par la facilitation du sommeil du nourrisson ou de la mère. Compte tenu de la prévalence, les parents devraient être conscients des facteurs qui exposent les nourrissons aux plus grands risques lorsqu'ils partagent un lit, afin de pouvoir les éviter en toute connaissance de cause.

L'expression sommeil partagé (en anglais *co-sleeping*) désigne une gamme de pratiques de sommeil qui incluent le partage du lit et le partage de la chambre. Les définitions de cette expression ne sont pas suffisamment uniformes pour être universellement acceptées.



L'allaitement maternel offre une protection contre le SMSN.

L'allaitement est associé à une diminution du risque de SMSN. ^{(102) (103) (104) (105)} Les données probantes indiquent que l'allaitement pendant **au moins deux mois** est nécessaire pour procurer un effet protecteur, et qu'il est associé à une diminution de moitié du risque de SMSN, et à une plus grande protection avec une durée accrue. ⁽¹⁰²⁾ Bien que l'allaitement maternel exclusif soit préférable étant donné les nombreux bénéfices qu'il procure, il ne semble pas offrir une protection supplémentaire contre le SMSN par rapport à toute période d'allaitement maternel. ⁽¹⁰²⁾

Au Canada et ailleurs dans le monde, l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les **six premiers mois** du nourrisson et jusqu'à deux ans ou plus accompagné d'aliments adéquats pour l'âge du nourrisson. ⁽¹⁰⁷⁾

La recherche au Canada a estimé que des efforts accrus pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel pourraient aider à prévenir une proportion importante de la mortalité causée par les SMSN, en particulier chez les nourrissons autochtones au Canada. ⁽¹⁰⁶⁾

Il n'est pas nécessaire de partager une surface de sommeil avec le nourrisson pour réussir l'allaitement maternel. ^{(14) (39)} Toutefois, les parents qui peuvent amener leur bébé au lit pour l'allaiter doivent connaître les facteurs qui augmentent les risques associés au partage du lit. Le fait de ramener le nourrisson endormi dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse après l'alimentation minimisera tout risque potentiel. ^{(39) (96) (70)}

Autres facteurs modifiables :

En plus de ces principes clés, d'autres facteurs peuvent avoir une incidence sur le risque de SMSN et d'autres décès de nourrissons liés au sommeil, dont ceux-ci :

Sucettes

Certains éléments de preuve suggèrent que les sucettes peuvent fournir un effet protecteur contre le SMSN. ^{(36) (108) (109) (110) (111) (112)} Les nourrissons qui acceptent une sucette devraient en avoir une pour chaque période de sommeil. ^{(109) (113)} Il n'est pas nécessaire de réinsérer une sucette si elle est expulsée pendant le sommeil.

Bien qu'il n'y ait pas de preuves solides démontrant que l'utilisation de la sucette nuit à l'allaitement, il est recommandé d'en retarder l'introduction jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi. ⁽¹¹⁴⁾

Consommation d'alcool et de substances

La consommation d'alcool et d'opioïdes pendant la grossesse est associée à un risque accru de SMSN. ^{(115) (116) (117)} La consommation d'alcool et de substances par les parents est également associée à un risque significativement plus élevé de mortalité infantile lorsqu'elle est combinée au partage du lit. ^{(118) (119) (42) (70)}

Immunisation

L'immunisation n'augmente pas le risque de SMSN et peut même le réduire. ^{(122) (123) (4)} Les nourrissons devraient recevoir leurs vaccins selon le calendrier établi dans leur province ou territoire.

Appareil de surveillance à la maison :

Malgré les arguments de vente, il n'y a aucune preuve que les appareils de surveillance du sommeil à la maison, utilisés pour détecter la respiration, le rythme cardiaque ou le mouvement des nourrissons, diminuent l'incidence de SMSN. ^{(44) (124)} Ces produits peuvent donner un faux sentiment d'assurance. Il faudrait donner la priorité aux principes d'un sommeil sécuritaire, la façon la plus efficace de diminuer le risque de SMSN.

Résumé

Les décès subits des nourrissons qui surviennent pendant le sommeil demeurent un grave problème de santé publique au Canada. Les facteurs modifiables les plus importants qui peuvent réduire le risque sont les suivants :

- Toujours coucher les nourrissons sur le dos lorsqu'ils s'endorment.
- Protéger les nourrissons contre l'exposition au tabagisme, avant et après la naissance.
- Fournir un environnement de sommeil sécuritaire pour les nourrissons. L'endroit le plus sûr pour dormir est dans un lit d'enfant, un berceau ou un moïse exempt d'articles de literie mous et mal ajustés, placé dans la chambre des parents pendant les 6 premiers mois.
- Allaitement maternel pendant au moins 2 mois, avec une protection accrue avec un allaitement plus long.
- Pratique des principes du sommeil sécuritaire POUR CHAQUE PÉRIODE DE SOMMEIL – à la maison, à la garderie et pendant les déplacements.

Bien que de partager le lit n'est pas conseillé, les parents ou les gardiens devraient avoir conscience des facteurs mettant l'enfant à risque plus élevé lors du partage du lit afin qu'ils puissent prendre des mesures pour éviter ces risques.

On encourage les fournisseurs de soins de santé à partager et discuter des conseils sur les pratiques de sommeil sécuritaires avec les parents/gardiens des nourrissons et ce, dès la grossesse.

Références

1. **Willinger M, James IS, Catz C.** Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol.* 11, 1991, (5):677–84.
2. **Kinney HC, Thach BT.** The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med.* 361, 2009, (8):795–805.
3. **Goldstein RD, Trachtenberg FL, Sens MA, Harty BJ, Kinney HC.** Overall postneonatal mortality and rates of SIDS. *Pediatrics.* 137, 2016, (1):1–10.
4. **Carlin RF, Moon RY.** Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *JAMA Pediatr.* 171, 2017, (2):175–80.
5. **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. *Lancet.* 367, 2006, (9507):314–9.
6. **Leach CE, Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Berry PJ, Golding J, et al.** Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. *Pediatrics.* 104, 1999, (4) e43.
7. **Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Anderson RN, Wingo J.** Recent national trends in sudden, unexpected infant deaths: more evidence supporting a change in classification or reporting. *Am J Epidemiol.* 163, 2006, (8):762–9.
8. **Blair PS, Fleming PJ.** Epidemiological investigation of sudden infant death syndrome in infants: Recommendations for future studies. *Child Care Health Dev.* 28, 2002, Suppl 1:49–54.
9. **Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, Stewart AW, Becroft DM, Thompson JM et al.** Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand Study. *J Paediatr Child Health.* 28, 1992, Suppl 1:S3–8.
10. **Blair PS, Fleming PJ, Bensley D, Smith I, Bacon C, Taylor E et al.** Smoking and the sudden infant death syndrome: Results from 1993–1995 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ.* 313, 1996, (7051):195–8.
11. **Oyen N, Markestad T, Skjaerven R, Irgens L, Helweg-Larsen K., Alm B, Norvenius G, Wennergren G.** Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: The Nordic Epidemiological SIDS study. *Pediatrics.* 100, 1997, (4):613–21.
12. **Brooke H, Gibson A, Tappin D, Brown H.** Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1992–5. *BMJ.* 314, 1997, (7093):1516–20.
13. **Alm B, Milerad J, Wennergren G, Skjaerven R, Oyen N, Norvenius G, et al.** A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992–1995. *Arch Dis Child.* 78, 1998, (4):329–34.
14. **Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J et al.** Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case-control study. *Lancet.* 363, 2004, (9404):185–91.
15. **Vennemann M, Findeisen M, Butterfab-Bahloul T, Jorch G, Brinkman B, Kopcke W et al.** Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. *Acta Paediatrica.* 94, 2005, (6):655–60.
16. **Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Moore CM, Donoghue E, et al.** Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago infant mortality study. *Pediatrics.* 111, 2003, (5 Pt 2):1207–14.
17. **Fleming P, Blair P.** Sudden infant death syndrome and parental smoking. *Early Hum Dev.* 83, 2007, (11):721–5.
18. **Agence de la santé publique du Canada.** *Rapport sur la santé périnatale au Canada : édition 2008.* Ottawa : 2008.
19. **Rusen ID, Sauve R, Joseph KS, Kramer MS.** Sudden infant death syndrome in Canada: Trends in rates and risk factors, 1985–1998. *Chronic Dis Can.* 25, 2004, (1):1–6.
20. **Agence de la santé publique du Canada.** Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) au Canada. [En ligne] 2014. http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP35-51-2014-eng.pdf.
21. **Malloy MH, MacDorman M.** Changes in the classification of sudden unexpected infant deaths: United States, 1992–2001. *Pediatrics.* 115, 2005, (5):1247–53.
22. **Shapiro-Mendoza CK, Kimball M, Tomashek KM, Anderson RN, Blanding S.** US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: are rates increasing? *Pediatrics.* 123, 2009, (2):533–9.
23. **Gilbert NL, Fell DB, Joseph KS, Liu S, León JA, Sauve R.** Temporal trends in sudden infant death syndrome in Canada from 1991 to 2005: contribution of changes in cause of death assignment practices and in maternal and infant characteristics. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 26, 2012, (2):124–30.
24. **Agence de la santé publique du Canada.** Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017. [En ligne] 2017. http://publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf.
25. **Shapiro-Mendoza CK, Parks SE, Brustrom J, Andrew T, Camperlengo L, Fudenberg J, et al.** Variations in cause-of-death determination for sudden unexpected infant deaths. *Pediatrics.* 140, 2017, (1) e20170087.

26. **Gould SJ, Weber MA, Sebire NJ.** Variation and uncertainties in the classification of sudden unexpected infant deaths among paediatric pathologists in the UK: findings of a National Delphi Study. *J Clin Pathol.* 63, 2010, (9):796–9.
27. **Crandall LG, Reno L, Himes B, Robinson D.** The Diagnostic Shift of SIDS to Undetermined: Are There Unintended Consequences? *Acad Forensic Pathol.* 7, 2017, (2):212–20.
28. **Goldstein RD, Blair PS, Sens MA, Shapiro-Mendoza CK, Krous HF, Rognum TO, Moon RY.** Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: recommendations from The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death. *Forensic Sci Med Pathol.* 15, 2019, (4):622–8.
29. **Sheppard AJ, Shapiro GD, Bushnik T, Wilkins R, Perry S, Kaufman JS, Kramer MS, Yang S.** Birth outcomes among First Nations, Inuit and Métis populations. *Health Reports.* 28, 2017, (11):11–16.
30. **Gilbert NL, Auger N, Wilkins R, Kramer MS.** Neighbourhood income and neonatal, postneonatal and sudden infant death syndrome (SIDS) mortality in Canada, 1991–2005. *Can J Public Health.* 104, 2013, (3): e187–e192.
31. **Syndrome, Task Force On Sudden Infant Death.** SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics.* 138, 2016, (5):e20162940.
32. **Rechtman LR, Colvin JD, Blair PS, Moon RY.** Sofas and infant mortality. *Pediatrics.* 134, 2014, (5):e1293–300.
33. **Mitchell EA, Scragg L, Clements M.** Soft cot mattresses and the sudden infant death syndrome. *N Z Med J.* 109, 1996, (1023):206–7.
34. **Thach BT, Rutherford GW, Harris K.** Deaths and injuries attributed to infant crib bumper pads. *J Pediatr.* 151, 2007, (3):271–4.
35. **L’Hoir MP, Engelberts AC, van Well GTJ, et al.** Risk and preventive factors for cot death in The Netherlands, a low-incidence country. *Eur J Pediatr.* 157, 1998, (8):681–8.
36. **Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al.** Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993–5 case-control study. *BMJ.* 313, 1996, (7051):191–5.
37. **Ponsonby AL, Dwyer T, Couper D, Cochrane J.** Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: Case-control study. *BMJ.* 316, 1998, (7126):195–6.
38. **Ostfeld BM, Perl H, Esposito L, Hempstead K, Hinnen R, Sandler A, Goldblatt Pearson P, Hegyi T.** Sleep environment, positional, lifestyles, demographic characteristics associated with bed sharing in Sudden Infant Death Syndrome Cases: A population-based study. *Pediatrics.* 118, 2006, (5):2051–9.
39. **McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O’Regan M, Matthews T.** Factors relating to the infant’s last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child.* 88, 2003, (12):1058–64.
40. **Moon RY, Hauck FR.** Hazardous bedding in infants’ sleep environment is still common and a cause for concern. *Pediatrics.* 135, 2015, (1):178–9.
41. **Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY.** Sleep environment risks for younger and older infants. *Pediatrics.* 134, 2014, (2):e406–12.
42. **Statistique Canada.** Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l’état civil (2006 à 2017).
43. **Arane K, Claudius, I, Goldman RD.** Bref incident résolu inexplicé : Nouveau diagnostic chez les nourrissons. *Méd Fam Canadien.* 2017, Vol. [en ligne: www.cfp.ca/content/63/1/e15].
44. **Behnam-Terneus M, Clemente M.** SIDS, BRUE, and Safe Sleep Guidelines. *Pediatr Rev.* 2019, Vols. 40, (9) 443–55.
45. **Mitchell E, Thach B, Thompson J, Williams S.** Changing infants’ sleep position increases risk of sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 153, 1999, (11):1136–41.
46. **Li DK, Petitti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, Hoffman HJ.** Infant sleep position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997–2000. *Am J Epidemiol.* 157, 2003, (5): 446–55.
47. **Vandenplas Y, Rudolph CD, Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al.** Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of the North American and European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (HASPUGHAN and ESPUGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 49, 2009, (4):498–547.
48. **Wong FY, Witcombe NB, Yiallourou SR, Yorkston S, Dymowski AR, Krishnan L, et al.** Cerebral oxygenation is depressed during sleep in healthy term infants when they sleep prone. *Pediatrics.* 127, 2011, (3):e558–65.
49. **Byard RW, Beal SM.** Gastric aspiration and sleeping position in infancy and early childhood. *J Paediatr Child Health.* 2000. 36, 2000, (4):403–5.
50. **Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, Chen ML, Ramanathan R, Keens TG.** Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 161, 2007, (5):507–10.
51. **Santé Canada.** Votre enfant est-il en sécurité? À l’heure du coucher. [En ligne] 2012. [Cité: 02 24, 2020.] www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securite-produits-consommation/rapports-publications/education-consommateurs/votre-enfant-securite/heure-coucher.html.

52. **Centers for Disease Control and Prevention.** Suffocation deaths associated with use of infant sleep positioners—United States, 1997–2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 61, 2012, (46):933–7.
53. **Hutchison BL, Thompson JM, Mitchell EA.** Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: a case-control study. *Pediatrics.* 112, 2003, (4):e316.
54. **van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L’Hoir MP, Helders PJ, Engelbert RH.** Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: A prospective cohort study. *Pediatrics.* 119, 2007, (2):e408–18.
55. **Société canadienne de pédiatrie.** La plagiocéphalie positionnelle – Point de pratique. [En ligne] 2011 (reconduit 2018). [Cité: 02 25, 2020.] www.cps.ca/fr/documents/position/plagiocephalie-positionnelle.
56. **Colson ER, Geller NL, Heeren T, Corwin MJ.** Factors Associated With Choice of Infant Sleep Position. *Pediatrics.* 140, 2017, (3):e20170596.
57. **Smylie J, Fell DB, Chalmers B, Sauve R, Royle C, Allan B, O’Campo P.** Socioeconomic Position and Factors Associated With Use of a Nonsupine Infant Sleep Position: Findings From the Canadian Maternity Experiences Survey. *Am J Public Health.* 104, 2014, (3): 539–47.
58. **Asuri S, Ryna AC, Arbour L.** Early Inuit Child Health in Canada Report. Early Inuit child health in Canada: Report 1 – Sleep practices among Inuit infants and the prevention of SIDS. [En ligne] University of British Columbia and Inuit Tapiriit Kanatami, 2011. [Cité: February 24, 2021.] www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/2011-Report-Sleep-Practices-among-Inuit-Infants-and-the-Prevention-of-SIDS.pdf.
59. **Schoendorf KC, Kiely JL.** Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics.* 90, 1992, (6):905–8.
60. **Sawnani H, Jackson T, Murphy T, Beckerman R, Simakajornboon N.** The effect of maternal smoking on respiratory and arousal patterns in preterm infants during sleep. *Am J Respir Crit Care Med.* 169, 2004, (6):733–8.
61. **Sawnani H, Olsen E, Simakajornboon N.** The effect of in utero cigarette smoke exposure on development of respiratory control: a review. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol.* 23, 2010, (3):161–7.
62. **Tirosh E, Libon D, Bader D.** The effect of maternal smoking during pregnancy on sleep respiratory and arousal patterns in neonates. *J Perinatol.* 16, 1996, (6):435–8.
63. **Mitchell EA, Ford RP, Stewart AW, Taylor BJ, Becroft DM, Thompson JM, et al.** Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics.* 91, 1993, (5):893–6.
64. **Zhang K, Wang X.** Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Legal medicine (Tokyo, Japan).* 15, 2013, (3):115–21.
65. **Mitchell EA, Milerad J.** Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health.* 21, 2006, (2):81–103.
66. **Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM.** Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med.* 39, 2010, (1):45–52.
67. **Rehm J, Gnam W, Popova S, Baliunas D, Brochu S.** The Costs of Alcohol, Illegal Drugs, and Tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs.* 68, 2007, (6):886–95.
68. **Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, et al.** Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *Eur J Pediatr.* 170, 2011, (10):1281–91.
69. **Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ.** Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One.* 9, 2014, (9):e107799.
70. **Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al.** Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open.* 3, 2013, (5):e002299.
71. **Vennemann MM, Hense H-W, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, et al.** Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr.* 160, 2012, (1):44–8.e2.
72. **Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome, AAP.** Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics.* 105, 2000, (3):650–6.
73. **Spindel E, McEvoy C.** The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease: Implications for Dangers of E-Cigarettes. *Am J Respir Crit Care Med.* 193, 2016, (5):486–94.
74. **Whittington JR, Simmons PM, Phillips AM, Gammill SK, Cen R, Magann EF, et al.** The Use of Electronic Cigarettes in Pregnancy: A Review of the Literature. *Obstet Gynecol Surv.* 73, 2018, (9):544–9.
75. **Eugenín J, Otárola M, Bravo E, Coddou C, Cerpa V, Reyes-Parada M, Llona I, von Bernhardt R.** Prenatal to early postnatal nicotine exposure impairs central chemoreception and modifies breathing pattern in mouse neonates: a probable link to sudden infant death syndrome. *J Neurosci.* 28, 2008, (51):13907–17.

76. **Agence de la santé publique du Canada.** Chapitre 3 : Soins pendant la grossesse. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales.* [En ligne] 2019. [Cité: February 24, 2021.] www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-3.html.
77. **Santé Canada.** Les risques du vapotage. [En ligne] 2020. [Cité: février 24, 2021.] www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage/risques.html.
78. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine and Systems, Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery.** *Public Health Consequences of E-cigarettes. A Consensus Study Report of the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine.* Washington (DC) : National Academies Press (US), 2018.
79. **Tappin D, Ecob R, Brooke H.** Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr.* 147, 2005, (1): 32–7.
80. **Scheers N, Rutherford W, Kemp J.** Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics.* 112, 2003, (4):883–9.
81. **Parks SE, Erck Lambert AB, Hauck FR, Cottengim CR, Faulkner M, Shapiro-Mendoza CK.** Explaining Sudden Unexpected Infant Deaths, 2011–2017 2021. *Pediatrics.* 2021, Vol. 147, 5:e2020035873.
82. **Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons IE, Cochrane JA, Jones ME, McCall MJ.** Thermal environment and sudden infant death syndrome: Case-control study. *BMJ.* 304, 1992, (6822): 277–82.
83. **Mitchell EA, Thompson JM, Becroft DM, Bajanowski T, Brinkmann B, Happe A, et al.** Head covering and the risk of SIDS: Findings from the New Zealand and German SIDS case-control studies. *Pediatrics.* 121, 2008, (6):e1478–e1483.
84. **Blair PS, Mitchell EA, Heckstall-Smith EM, Fleming PJ.** Head covering – a major modifiable risk factor for sudden infant death syndrome: a systematic review. *Arch Dis Child.* 93, 2008, (9):778–83.
85. **Glover Williams A, Finlay F.** Can infant sleeping bags be recommended by medical professionals as protection against sudden infant death syndrome? *Arch Dis Child.* 104, 2019, (3):305–7.
86. **McDonnell E, Moon RY.** Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *J Pediatr.* 164, 2014, (5):1152–6.
87. **Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, Moon RY, Horne RSC, L’Hoir MP, et al.** Swaddling and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 137, 2016, (6)e20153275.
88. **Nelson AM, .** Risks and Benefits of Swaddling Healthy Infants: An Integrative Review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 42, 2017, (4):216–25.
89. **Société canadienne de pédiatrie.** L’emmaillotage. *Soins de nos enfants.* [En ligne] SCP, mai 2018. [Cité: 02 27, 2020.] www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/swaddling.
90. **Rholdon R, .** Understanding the Risks Sitting and Carrying Devices Pose to Safe Infant Sleep. *Nurs Womens Health.* 21, 2017, (3):225–30.
91. **Côté A, Bairam A, Deschesne M, Hatzakis G.** Sudden infant deaths in sitting devices. *Arch Dis Child.* 93, 2008, (5):384–9.
92. **Batra EK, Midgett JD, Moon RY.** Hazards associated with sitting and carrying devices for children two years and younger. *J Pediatr.* 167, 2015, (1):183–7.
93. **Bergounioux J, Madre C, Crucis-Armengaud A, et al.** Sudden deaths in adult-worn baby carriers: 19 cases. *Eur J Pediatr.* 174, 2015, (12):1665–70.
94. **Madre C, Rambaud C, Avran D, Michot C, Sachs P, Dauger S.** Infant deaths in slings. *Eur J Pediatr.* 173, 2014, (12):1659–61.
95. **Scragg R, Mitchell EA, Stewart AW, et al.** Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. *Lancet.* 347, 1996, (8993):7–12.
96. **Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al and Group., CESDI SUDI Research.** Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ.* 319, 1999, (7223):1457–61.
97. **Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA.** Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age of death. *Pediatrics.* 107, 2001, (3):530–6.
98. **Ruys JH, Jonge GA, Brand R, Engelberts A, Semmekrot BA.** Bed-sharing in the first four months of life: A risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatr.* 96, 2007, (10):1399–403.
99. **Blair PS, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ.** Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child.* 91, 2006, (2):101–6.
100. **Doering JJ., Salm Ward TC.** The Interface Among Poverty, Air Mattress Industry Trends, Policy, and Infant Safety. *Am J Public Health.* 107, 2017, (6):945–9.
101. **Gilmour H, Ramage-Morin PL, Wong SL.** *Partage du lit avec un nourrisson au Canada.* s.l. : Statistique Canada, Rapports sur la santé, July 17, 2019. www.doi.org/10.25318/82-003-x201900700002-fra.

102. **Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, et al.** Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*. 140, 2017, (5):e20171324.
103. **Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J.** A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 4, 2009, (suppl 1):S17-s30.
104. **Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM.** Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 128, 2011, (1):103-10.
105. **Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, et al and Group, GeSID Study.** Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 123, 2009, (3):e406-10.
106. **Mclsaac KE, Moineddin R, Matheson FI.** Breastfeeding as a means to prevent infant morbidity and mortality in Aboriginal Canadians: A population prevented fraction analysis. *Can J Public Health / Rev can sante publique*. 106, 2015, (4):e217-22.
107. **Santé Canada.** La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois. Énoncé conjoint de Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Diététistes du Canada, Comité canadien pour l'allaitement. [En ligne] 2012. [Cité: 03 01, 2021.] www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html.
108. **Li DK, Willinger M, Petitti DB, Odouli R, Liu L, Hoffman HJ.** Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *BMJ*. 332, 2006, (7532):18-22.
109. **Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS.** Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*. 116, 2005, (5):e716-23.
110. **L'Hoir MP, Engelberts AC, van Well GTJ, et al.** Dummy use, thumb sucking, mouth breathing and cot death. *Eur J Pediatr*. 158, 1999, (11):896-901.
111. **Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK, et al.** Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child*. 68, 1993, (4):501-4.
112. **Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP.** Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 117, 2006, (5):1755-8.
113. **Vennemann M, Bajanowski T, Brinkmann B, et al.** Sleep Environment Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome: The German Sudden Infant Death Syndrome Study. *Pediatrics*. 123, 2009, (4):1162-70.
114. **O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauk FR.** Pacifiers and Breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 163, 2009, (4):378-82.
115. **Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M.** Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, (12):CD006318.
116. **O'Leary CM, Jacoby PJ, Bartu A, D'Antoine H, Bower C.** Maternal alcohol use and sudden infant death syndrome and infant mortality excluding SIDS. *Pediatrics*. 131, 2013, (3):e770-8.
117. **Strandberg-Larsen K, Grønboek M, Andersen AM, Andersen PK, Olsen J.** Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. *Epidemiology*. 20, 2009, (6):884-91.
118. **Hauck FR, Tanabe KO.** Beyond "Back to Sleep": Ways to Further Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatr Ann*. 46, 2017, (8):e284-90.
119. **Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P.** Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*. 339:b3666, 2009.
120. **Giroud C, De Cesare M, Berthet A, et al.** E-Cigarettes: A Review of New Trends in Cannabis Use. . *Int. J Environ Res Public Health*. 2015, Vol. 12, (8) 9988-10008.
121. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.** The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, . D.C.: *National Academies Press*.
122. **Vennemann MM, Hoffgen M, Bajanowski T, Hense HW, Mitchell EA.** Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis. *Vaccine*. 25, 2007, (26):4875-9.
123. **Muller-Nordhorn J, Hettler-Chen CM, Keil T, Muckelbauer R.** Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study. *BMC Pediatr*. 15, 2015, (1):1.
124. **Moon R, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome.** SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. 2016, Vols. 138, (5) e20162940.