



Wendy Trifunov

B.N., M.N.

program planning  
development  
evaluation

## Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques

Le 15 mai 2009

Préparé par

Wendy Trifunov

pour

l'Agence de la santé publique du Canada

118 Varsity Estates Bay N.W.  
Calgary, AB  
Canada T3B 2W4

TEL 403-288-0405  
FAX 403-398-7164  
CELL 403-589-3052  
wendy.trifunov@shaw.ca



# Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques

## Introduction

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) constitue toujours une cause tragique de décès des nourrissons au Canada. Le risque de mourir du SMSN a reculé radicalement depuis une décennie, en grande partie parce que des chercheurs et des praticiens ont réussi à identifier des facteurs de risque modifiables pour le SMSN. Il a été prouvé que la position de sommeil du nourrisson représente le facteur de risque modifiable entraînant la réduction la plus notable du taux de SMSN. Les campagnes *Dodo sur le dos (Back to Sleep)* pour encourager les parents à coucher leur nourrisson sur le dos, menées dans toute l'Amérique du Nord, en Europe, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, auraient entraîné une réduction de 50 à 90 % des taux de SMSN<sup>1</sup>.

Depuis, les études se concentrent sur d'autres facteurs de risque modifiables afin de réduire encore plus les taux de SMSN. Le partage du lit, pratique selon laquelle le nourrisson partage une surface de sommeil avec un parent ou un frère ou une sœur, est devenu l'un des facteurs de risque identifiés les plus controversés, et le sujet d'études et de discussions plus nombreuses. On s'entend généralement sur le fait que des modes particuliers de partage du lit exposent le nourrisson au risque le plus marqué, par exemple le partage du lit sur un sofa ou avec un parent fumeur, mais le débat est plutôt axé sur le risque potentiel du partage du lit avec un parent dans un environnement de sommeil relativement sécuritaire, en particulier avec un parent qui allaite. La présente analyse documentaire résume l'état courant des publications sur le partage du lit avec un nourrisson, les risques et avantages relatifs du partage du lit, et l'incidence de l'allaitement sur le SMSN, avec des recommandations susceptibles d'inspirer des politiques et des programmes futurs de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Méthodologie

Une analyse documentaire systématique a été réalisée sur le partage du lit et les décès de nourrisson (jusqu'à 12 mois). La recherche s'est effectuée le 2 février 2009, dans la base de données EBHOST, à partir des résultats du moteur de recherche 360 Search dans les disciplines de la médecine, des sciences infirmières, des sciences, de la psychologie et des sciences sociales. L'examen documentaire était censé s'appuyer sur un examen documentaire antérieur, effectué en 2006, pour la région sanitaire de Calgary<sup>2</sup>. En utilisant les expressions clés anglaises **bed sharing, co-sleeping, co-bedding, safe sleeping, infant safety** et **infant death** (partage du lit, cododo, partage du même lit, sommeil sécuritaire, sécurité du nourrisson et mort du nourrisson) en combinaisons de deux ou trois expressions, le moteur 360 Search a trouvé 56 sites (voir Appendice 1) et découvert 47 abrégés distincts contenant une ou plusieurs des expressions clés. Les auteurs ont obtenu le texte intégral des articles dont l'abrégé satisfaisait aux critères suivants d'admissibilité de la recherche documentaire :

- publié en anglais depuis février 2006;

- études cas-témoin ou des cohortes examinant des facteurs de risque et d'avantage du partage du lit avec un nourrisson de moins de 12 mois;
- examens historiques, méta-analyses, analyses documentaires et études descriptives rétrospectives sur le partage du lit et le sommeil sécuritaire des nourrissons;
- toute enquête ou étude sur la prévalence du partage du lit entre un parent et un nourrisson;
- documents du gouvernement et recommandations, p. ex. rapports de coroners et recommandations d'associations professionnelles (Société canadienne de pédiatrie, American Academy of Pediatrics, etc.);
- toutes les lignes directrices gouvernementales (canadiennes [y compris provinciales et municipales] et internationales [pays industrialisés]) ou recommandations portant sur le partage du lit.

Les publications ont été examinées, et leurs références citées ont servi à trouver d'autres sources d'information.

Une deuxième recherche documentaire a été réalisée le 4 février 2009, dans la base de données EBHOST, à partir des résultats du moteur de recherche 360 Search dans les disciplines de la médecine, des sciences infirmières, des sciences, de la psychologie et des sciences sociales, en ajoutant cette fois le mot clé **breastfeeding** (allaitement) aux expressions clés de la première recherche, ce qui a permis d'identifier 60 abrégés, dont seulement trois étaient uniques à la recherche antérieure.

Globalement, l'examen a porté sur 60 abrégés, 57 communications, un sommaire de travaux d'un congrès, les lignes directrices, avertissements ou rapports de coroner de 10 ordres professionnels, et 10 bulletins, brochures, lignes directrices ou politiques de gouvernements. De cet ensemble, on a retenu 36 études pour l'analyse documentaire systématique. Les autres documents, comme les énoncés de politique de sociétés professionnelles reconnues sur les pratiques sécuritaires de sommeil du nourrisson, ont constitué une source d'information générale permettant de mieux comprendre comment les publications courantes se traduisent dans la pratique.

## Terminologie

La terminologie employée pour désigner le partage du lit, le partage de la chambre et le « cododo », dans les publications tant scientifiques que populaires, manque de cohérence et pourrait mener à des problèmes. Aux fins du présent document, les expressions suivantes seront utilisées, telles que définies :

**Partage du lit** : modalités du sommeil en vertu desquelles le nourrisson **partage** une même surface de sommeil (p. ex. lit, canapé, futon, fauteuil, lit d'eau, fauteuil poire) avec une autre personne (parent, frère ou sœur).

**Partage de la chambre** : modalités du sommeil en vertu desquelles le nourrisson **ne partage pas** une même surface de sommeil avec un parent, un frère ou une

sœur, et dort dans la même chambre que les parents, séparé d'eux, mais à proximité.

L'expression anglaise « co-sleeping » (cododo) a des définitions qui manquent d'uniformité, ce qui peut être source d'erreurs et de confusion. Certains auteurs utilisent l'expression pour désigner le vaste éventail des pratiques de sommeil du nourrisson, englobant le partage du lit **et** le partage de la chambre, alors que d'autres auteurs l'emploient pour désigner une pratique distincte du partage du lit<sup>3 4 5</sup>. Pour rendre compte des constatations des publications, les auteurs du présent document ont pris grand soin de rendre les termes employés dans ces publications par « partage du lit » ou « partage de la chambre », tels que définis ci-haut, de manière à ne pas compromettre l'intégrité du message de l'auteur.

### **Définition du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) du syndrome de mort subite et inattendue chez le nourrisson (SMSIN)**

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) survient lorsqu'un nourrisson de moins d'un an, apparemment en bonne santé, meurt dans son sommeil sans explication apparente. Le SMSN peut se définir comme la mort subite d'un nourrisson de moins d'un an, qui demeure inexplicée après une enquête approfondie sur le cas, notamment une autopsie complète, l'examen du lieu du décès et la revue des antécédents cliniques<sup>6</sup>. Si un quelconque élément de l'enquête sur le cas reste sans réponse, par exemple une enquête incomplète sur le lieu du décès ou un examen incomplet des antécédents cliniques, le décès ne peut pas être attribué au SMSN, il doit plutôt figure dans une catégorie différente, p. ex. « autre cause »<sup>7</sup>.

Le syndrome de mort subite et inattendue chez le nourrisson (SMSIN) désigne une catégorie plus vaste de décès de nourrissons, englobant le SMSN, les blessures accidentelles, les blessures non accidentelles découlant d'une négligence ou d'un abus, et l'évolution naturelle d'une maladie non diagnostiquée au préalable<sup>5 7 8</sup>. La distinction entre le SMSN et les autres cas de SMSIN est complexe à établir<sup>9</sup>. Ces dernières années, l'évolution de la façon de mener une enquête sur le lieu du décès et une application plus rigoureuse des critères de classification du SMSN ont eu des répercussions sur l'attribution des diagnostics de SMSN et SMSIN. Des décès de nourrisson qui auraient pu être qualifiés de SMSN auparavant peuvent maintenant être attribués au SMSIN, la catégorie plus large. L'attribution peut devenir encore plus complexe selon l'interprétation des constatations du cas par le coroner ou le médecin légiste, car certains estiment que le diagnostic de SMSN devrait être posé seulement lorsqu'il est certain qu'aucun autre facteur n'a contribué au décès. Le contexte du partage du lit représente un tel facteur<sup>10</sup>.

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) prennent acte du changement dans les taux de SMSN et de SMSIN, et avancent que le recul plus récent des taux de SMSN pourrait être en partie attribuable aux taux croissants d'autres formes de mort du nourrisson englobées dans la catégorie plus vaste du SMSIN (p. ex. recouvrement, suffocation et coincement)<sup>8</sup>. Effectivement, bien que le taux global de SMSIN, dont le SMSN fait partie, ait diminué assez radicalement depuis le début et le milieu des années 1990, probablement en raison de l'incidence des campagnes *Dodo sur* Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques. Le 15 mai 2009. 4

*Les opinions exprimées dans le présent rapport ne correspondent pas nécessairement à celles de l'Agence de la santé publique du Canada.*

*le dos!* sur les taux de SMSN<sup>9</sup>, le taux de SMSIN est demeuré relativement stagnant ces dernières années (entre 1997 et 2004). La stabilité apparente du taux global de SMSIN entre 1997 et 2004 se manifestait alors que le taux de SMSN continuait de reculer, ce qui peut s'expliquer par le triplement du taux de décès de nourrissons attribuable à la suffocation et la strangulation accidentelles au lit (SSAL), ainsi que par la hausse des décès de nourrissons à cause inconnue, ces deux éléments faisant contrepoids à la baisse des cas de SMSN<sup>7</sup>. Les cas de SSAL comprennent la suffocation par des articles de literie mous, un oreiller ou un matelas de lit d'eau, recouvrir le nourrisson ou se retourner sur lui pendant son sommeil, et coincer ou emprisonner le nourrisson entre deux objets comme le matelas et le mur, le cadre du lit ou le mobilier, ainsi que la strangulation par asphyxie<sup>7</sup>. En 2003 et 2004, le *recouvrement* constituait le motif le plus souvent rapporté de décès de nourrisson par SSAL (33,8 %), suivi de *coincement et emprisonnement* (14,2 %) et *suffocation par la literie* (13,8 %)<sup>7</sup>. Le lit, la couchette et le canapé étaient les surfaces de sommeil les plus courantes lors des décès par SSAL. Le partage du lit était signalé dans 53,3 % des cas. Ces résultats recourent ce qui est rapporté en Ontario, où les enquêtes sur le décès font de plus en plus souvent mention d'un « environnement de sommeil non sécuritaire » et du « partage du lit », ce qui exclut la classification du SMSN<sup>5</sup>.

Autre élément qui rend encore plus complexe la distinction de diagnostic entre le SMSN et le SMSIN, les facteurs socio-économiques qui semblent les plus présents dans les cas de SMSN sont similaires à ceux que l'on constate dans la catégorie plus vaste du SMSIN. Les mères de nourrissons mourant du SMSN sont plus susceptibles d'être relativement jeunes, de ne pas avoir de partenaire, d'avoir plus d'enfants, de consommer de l'alcool et de fumer pendant la grossesse, et de recevoir des soins prénataux plus tard que les mères d'un groupe de contrôle. Elles sont également moins susceptibles de participer à des rencontres prénatales, et sont généralement plus pauvres comparativement au reste de la collectivité<sup>11</sup>. La recherche a également fait ressortir ces facteurs de risque pour les décès par SMSIN, ce qui est peut-être indicateur du contexte de privation socio-économique dans lequel vivent certaines familles victimes du SMSN et du SMSIN<sup>12 13</sup>.

Il est important de bien comprendre les enjeux liés au diagnostic de SMSN et de SMSIN, à cause de l'incidence du partage du lit sur ces diagnostics. Pour le SMSN, le partage du lit a été identifié à titre de facteur de risque modifiable qui augmente de risque de SMSN, en particulier le partage du lit sur un sofa, un fauteuil ou un futon; le partage du lit avec un parent fumeur, aux facultés affaiblies par l'alcool ou un déprimeur, ou excessivement fatigué, ainsi que le partage du lit avec les frères, sœurs et animaux<sup>14 15 16 17 18</sup>. De récentes études ont dénoté un changement dans les causes de mortalité, avec une baisse des cas de SMSN et une hausse des cas de SMSIN, et il est donc important que les chercheurs et praticiens étudient simultanément l'incidence du partage du lit à la fois sur le SMSN et sur le SMSIN, en particulier lorsque le contexte de sommeil peut présenter de nombreux points communs. Restreindre la discussion au partage du lit seulement dans les cas de SMSN ne permettrait pas d'examiner le plein impact du partage du lit sur le taux global de mortalité des nourrissons.

L'évolution de la classification peut avoir une incidence sur les taux de SMSN, mais il est également prouvé que d'autres facteurs ont influencé ces taux. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, faisant état de tendances similaires de baisse du nombre de décès attribuables au SMSN et de hausse du nombre de décès attribuables au SMSIN, explique ces constatations non seulement à l'application plus rigoureuse des critères de définition du SMSN, mais aussi aux effets d'éducation du public des campagnes *Dodo sur le dos!*<sup>5</sup> Au Canada (à l'exclusion de l'Ontario), le nombre de cas de SMSN a connu une baisse radicale, passant de 120 cas (0,6/1 000 naissances vivantes) en 1999 à 52 cas (0,3/1 000 naissances vivantes) en 2004, une réduction de 50 %<sup>19</sup>. Malgré ces statistiques très encourageantes sur le SMSN, d'autres causes de décès comme l'asphyxie et autres décès inexpliqués de nourrissons, des décès qui peuvent survenir dans un contexte similaire à celui du SMSN, par exemple dans un lit d'adulte, un berceau ou un lit d'enfant, présentent des taux statiques, et même croissants. Le taux de décès par asphyxie n'a pas bougé depuis 1999, à 0,5/1 000 naissances vivantes en 2004, mais les autres décès inexpliqués de nourrissons ont augmenté, passant de 0,1/1 000 naissances vivantes en 1999 à 0,2/1 000 naissances vivantes en 2004<sup>19</sup>. À la lumière du nombre croissant de données probantes en faveur de la possibilité de modifier les diagnostics de syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) afin d'attribuer les décès des nourrissons à d'autres causes se trouvant dans la classification élargie du syndrome de la mort subite ou inattendue chez les nourrissons (SMSIN), une autre étude des données canadiennes doit être effectuée pour savoir si le changement apporté à la pratique de codage influence les taux associés au SMSN au Canada.

Malgré la baisse radicale des décès par SMSN au cours de la dernière décennie, rapportée tant au Canada que dans les autres pays industrialisés, le SMSN demeure la troisième principale cause de décès des nourrissons au Canada (à l'exclusion de l'Ontario) dans la période postnéonatale (entre 28 jours et un an), comptant pour 17,2 % de l'ensemble des décès postnéonataux. Les causes principales de décès du nourrisson pendant la période postnéonatale se classaient dans les catégories « anomalies congénitales » et « autres », à des taux respectifs de 22,3 % et 20,5 %<sup>19</sup>.

## **Partage du lit**

Le partage du lit par des nourrissons et des membres de la famille remonte loin dans l'histoire, et les familles ont des raisons très variées pour choisir ou non de partager le lit. Dans le monde industrialisé, le partage du lit a généralement été perçu comme une pratique controversée, et devenait récemment un point central dans la prévention du SMSN. On voyait auparavant le partage du lit comme une pratique des familles très pauvres, qui n'avaient pas les moyens d'avoir des chambres séparées, mais la pratique du partage du lit a refait surface parce que l'on estimait qu'elle contribuait à des périodes prolongées d'allaitement, à une stimulation accrue du nourrisson, à une réduction des périodes de sommeil profond du nourrisson, et à une meilleure sensibilisation de la mère au nourrisson<sup>4 20</sup>. Les adversaires de la pratique du partage du lit insistaient sur les dangers possibles, comme dormir dans un lit pour adultes non approuvé pour le sommeil du nourrisson. Ces dangers comprennent les risques identifiés tant pour le SMSN que pour le SMSIN, notamment l'emprisonnement, la chaleur excessive, le recouvrement et la présence d'articles de literie mous<sup>7 21 22</sup>.

Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques. Le 15 mai 2009.

6

*Les opinions exprimées dans le présent rapport ne correspondent pas nécessairement à celles de l'Agence de la santé publique du Canada.*

Le partage du lit gagnerait en popularité, mais il n'y a qu'un nombre limité d'études examinant la prévalence de la pratique. Une étude nationale sur la position du nourrisson pendant son sommeil (National Infant Sleep Position Study) a été menée aux États-Unis de 1993 à 2000, reposant sur 8 453 entrevues. On a constaté une augmentation de la proportion de nourrissons partageant un lit pour plus de la moitié de la nuit, qui était passée de 5,5 % à 12,8 % entre 1993 et 2000<sup>23</sup>. L'incidence du partage du lit pour plus de la moitié de la nuit semble encore relativement faible, mais la pratique est en fait plus courante, car 44,7 % de l'ensemble des répondants ont indiqué que même si leur bébé ne passe pas plus de la moitié de la nuit dans un lit pour adultes, il passait un certain temps dans un tel lit. De ces nourrissons qui passaient un certain temps dans un lit pour adultes, une proportion de 91,6 % dormaient avec leurs parents. Une publication plus récente d'une enquête menée auprès de 1 867 femmes en Oregon en 1998 et 1999 indiquait que l'incidence du partage du lit avec les nourrissons dans les catégories « toujours », « presque toujours » et « parfois » pouvait atteindre les 76 %<sup>24</sup>. Une étude plus récente analysant les données recueillies aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention dans le cadre de la deuxième étude sur les pratiques d'alimentation des nourrissons (Infant Feeding Practice Study II), à partir d'un échantillon d'environ 2 300 mères d'un enfant issu d'une grossesse unique, permettait de constater que le partage du lit survenait de façon épisodique pour environ 59 à 65 % des répondantes, la plupart du temps dans un lit, mais aussi sur un canapé ou une autre surface, comme un lit d'eau. Environ 30 à 40 % des répondantes pratiquant le partage du lit indiquaient dormir avec leur nourrisson chaque nuit, et toute la nuit. L'étude relevait également que le partage du lit à temps partiel survenait le plus souvent dans la dernière partie de la nuit, ce qui concorde avec les motifs donnés par les mères pour le partage du lit, soit calmer un nourrisson difficile, faciliter l'allaitement, et aider la mère et le nourrisson à mieux dormir<sup>25</sup>. Toutes les études dénotent une tendance croissante chez les parents à partager le lit avec leur nourrisson. Une récente analyse documentaire réalisée par le service de santé publique de Toronto n'a fait ressortir aucune étude canadienne sur la prévalence du partage du lit avec les nourrissons<sup>10</sup>, et la présente analyse documentaire n'a pu relever non plus une quelconque étude canadienne réalisée depuis.

Certains pays comme le Japon rapportent une incidence relativement élevée de partage du lit, accompagnée d'une incidence remarquablement faible de SMSN. Le taux de SMSN déclaré pour le Japon en 2005 s'établissait à 0,16%<sup>26</sup> alors que les taux de partage du lit pouvaient atteindre les 37,3 % (Stephanie Fukui, SIDS Family Association Japan, communication personnelle, le 1<sup>er</sup> avril 2009). Il faudra des recherches plus poussées pour comprendre le lien entre la faible incidence de SMSN en regard de la pratique relativement courante du partage du lit dans cette population et d'autres. Il faudra également examiner l'ampleur et les subtilités des pratiques de partage du lit en Amérique du Nord et dans les cultures européennes pour comprendre parfaitement l'incidence du partage du lit sur la mortalité infantile, qu'elle soit attribuable au SMSN ou au SMSIN.

### **Facteurs de risque rattachés au SMSN et au SMSIN**

Un examen du lien entre le partage du lit et le SMSN et le SMSIN ne peut pas ignorer la nature complexe des nombreuses variables socio-économiques, physiologiques et

sociologiques qui ont une incidence sur ces syndromes. Plusieurs études cas-témoin de grande envergure, notamment la New Zealand Cot Death Study<sup>15 27</sup>, l'enquête European Concerted Action on SIDS (ECAS)<sup>16</sup>, la Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI)<sup>14 28</sup>, la Chicago Infant Mortality Study<sup>17</sup> et plus récemment l'étude allemande sur la mort subite du nourrisson, German Study of Sudden Infant Death (GeSID)<sup>29 30</sup>, ont beaucoup fait pour l'identification d'un large éventail de facteurs ayant une incidence sur le SMSN. Les recherches publiées mentionnent certains facteurs de risque, comme un nourrisson qui dort couché sur le ventre ou sur le côté<sup>17 31</sup>, une jeune mère<sup>11 27</sup>, un faible statut socio-économique<sup>12</sup>, le sexe masculin du nourrisson<sup>12 27</sup>, un faible poids à la naissance<sup>12 27</sup>, la consommation de drogues par la mère, p. ex. tabagisme et déprimeurs<sup>16 17 31</sup>, une literie molle<sup>25 28</sup>, ainsi que des facteurs de protection comme le partage de la chambre<sup>15</sup> et l'utilisation d'une suce<sup>17 28 32</sup>. Divers examens des publications ont porté sur la grande variété d'études pour en extraire les conclusions collectives sur les facteurs de risque et de protection pour le SMSN et le SMSIN<sup>10 21 33 34</sup>.

Bon nombre des facteurs identifiés comme le sommeil en position couchée sur le ventre, sur le dos ou sur le côté, le tabagisme maternel, la fatigue excessive de la mère, la présence d'oreillers et de couettes dans le lit pour adultes et le faible statut socio-économique se retrouvent souvent avec d'autres facteurs comme le partage du lit et l'allaitement, et c'est pourquoi de nombreuses études ont tenté d'isoler les facteurs de risque. Malheureusement, en l'absence d'études expérimentales, les chercheurs sont dans l'obligation d'étudier les facteurs identifiés sur le lieu du décès de nourrissons victimes du SMSN ou du SMSIN. Certains facteurs sont de par leur nature associés à d'autres facteurs, et c'est souvent le cas lorsque le partage du lit au dernier sommeil est relevé dans un cas de SMSN, alors qu'il faut prendre en compte d'autres facteurs qui rendent la situation moins évidente, comme le port d'un bonnet, des articles de literie mous, une chaleur excessive et la position de sommeil.

### **Pourquoi le partage du lit est-il un enjeu?**

Dans le travail des chercheurs pour identifier des facteurs de risque modifiables rattachés au SMSN, et plus récemment au SMSIN, le partage du lit s'est démarqué à titre de pratique plus courante dans les cas de SMSN et de SMSIN que dans les cas-témoins. Les données sur le partage du lit et le SMSN font réfléchir. La prévalence du partage du lit dans la population du SMSN est presque le triple de celle de la population générale<sup>35</sup> et l'on a constaté que les nourrissons victimes du SMSN partageaient le lit parental dans une proportion supérieure à celle de la population générale<sup>36</sup>. La prévalence des décès par SMSN lorsque le nourrisson dormait avec un parent est passée de 12 % dans les années 1980 à 50 % pendant la période 1999-2003. Le nombre réel de décès par SMSN dans le lit parental a diminué de moitié, mais le taux de décès par SMSN dans les berceaux et les lits d'enfant a chuté encore plus radicalement, avec des décès six fois moins nombreux, ce qui accentue les taux pour les nourrissons qui partagent une surface de sommeil<sup>36</sup>. Ces données semblent indiquer que les chercheurs et les praticiens ont mieux réussi à réduire l'incidence du SMSN pour les nourrissons dans les berceaux et les lits d'enfant que pour les nourrissons partageant un lit.

### **Environnement de partage du lit**

Pratique du partage du lit : Examen systématique des publications et des politiques. Le 15 mai 2009.

8

*Les opinions exprimées dans le présent rapport ne correspondent pas nécessairement à celles de l'Agence de la santé publique du Canada.*



On peut difficilement dissocier la pratique de partage du lit de son environnement. Comme on le mentionnait, la définition même de partage du lit peut grandement varier, et il n'est donc pas surprenant que l'on débâte des risques réels de la pratique du partage du lit relativement à l'environnement de partage du lit, et de la façon dont ces deux concepts sont représentés et étudiés dans les publications. Certains avancent que la recherche n'a pas établi une distinction adéquate entre les environnements de partage du lit que l'on sait non sécuritaires, par exemple partager une surface de sommeil sur un sofa, un lit d'eau, un futon ou un fauteuil, et les environnements dans lesquels un fournisseur de soins dévoué partage une surface de sommeil en ayant pris des précautions face aux facteurs de risque possibles, ce qui par conséquent donne une image trompeuse du risque pour ce deuxième groupe. En fait, certains chercheurs ayant travaillé à partir de vastes ensembles de données au Royaume-Uni estiment que la très grande majorité (90 %) des décès liés au partage du lit sont survenus dans un environnement non sécuritaire de partage du lit (parents fumeurs, ayant récemment consommé de l'alcool ou des drogues, dormant sur un sofa, ou une combinaison de ces facteurs), et trouvaient peu d'éléments probants pour étayer l'idée selon laquelle les quelques décès par SMSN survenus dans un environnement relativement sécuritaire de partage du lit seraient plus nombreux que les décès qui seraient autrement survenus même si les nourrissons avaient dormi seuls dans leur berceau ou lit d'enfant<sup>37</sup>.

Définir un environnement relativement sécuritaire de partage du lit constitue un défi, et même si les données excluaient tout environnement de partage du lit comprenant un sofa, un futon, un lit d'eau ou un fauteuil, le partage d'un lit pour adultes qui n'est pas conçu en fonction de la sécurité du nourrisson expose toujours ce dernier à une variété de risques. Les risques de recouvrement, de suffocation, d'emprisonnement, de chaleur excessive, de la literie molle et de chute, de même que l'incidence de la position de sommeil des adultes dans le lit, en particulier en allaitant, ont tous été identifiés comme facteurs de risque pour le SMSN ou le SMSIN<sup>32 36 38 39</sup>. Les éléments qui présentent le plus grand risque et les aspects que l'on peut contrôler dans un modèle de réduction des méfaits peuvent être débattus, mais il reste que les données indiquent que lors de leur dernière période de sommeil, les nourrissons dans **49 % des cas de SMSN** partageaient un lit pour adultes, comparativement à **12 % des cas-témoins**. Ce risque n'atteignait pas les nourrissons qui pouvaient avoir partagé le lit pendant une brève période, par exemple pour l'allaitement, et qui avaient été replacés dans leur berceau ou lit d'enfant<sup>40</sup>.

Le lit parental n'est pas conçu en fonction de la santé du nourrisson, et il présente des risques qui ne sont pas exclusifs au SMSN, soit le recouvrement, l'emprisonnement et une chute hors du lit<sup>36</sup>. Un lit pour adultes présente un risque accru de suffocation, d'emprisonnement et de strangulation que celui d'un berceau ou d'un lit d'enfant, car les lits pour adultes ne sont pas assujettis aux mêmes normes de sécurité que les berceaux et lits d'enfant. Peut-être à cause de l'absence de normes de sécurité non seulement pour le lit pour adultes, mais aussi pour la literie et le positionnement dans la chambre, le lit pour adultes présente 40 fois plus de risques qu'un berceau ou lit d'enfant pendant le sommeil du nourrisson. On a également cerné comme facteurs de danger du lit pour adultes le positionnement près d'un mur, la présence d'oreillers ou d'articles de literie mous, et le partage du lit<sup>38</sup>. Le nourrisson peut également courir un plus grand risque dans un lit pour

adultes à cause de ses habiletés motrices incomplètement développées et de son incapacité d'échapper à des menaces de l'environnement de sommeil comme l'emprisonnement ou le recouvrement<sup>38</sup>. L'étude des cas de nourrissons décédés par recouvrement révèle qu'ils avaient moins de trois mois dans une proportion de 70 %, et que la moitié de ces décès est survenue dans un lit pour adultes<sup>22</sup>.

### ***Partage du lit et position de sommeil***

L'étude du partage du lit et de la position de sommeil dans le contexte du SMSN révèle que les nourrissons partageant un lit sont moins souvent placés et trouvés en position couchée sur le ventre, et les chercheurs avancent la théorie que le nourrisson avait été placé en préparation de l'alimentation, en particulier chez les nourrissons allaités<sup>4 31 36 40</sup>. Dans une recherche ne portant pas spécifiquement sur le SMSN ou le SMSIN, on a observé 40 nourrissons partageant un lit et 40 nourrissons dormant dans un berceau ou un lit d'enfant, pour constater que la proportion de nourrissons en position couchée sur le ventre n'était pas significativement différente d'un groupe à l'autre à la fin de la période de sommeil observée, mais que la position couchée sur le côté dominait chez les nourrissons partageant un lit (61 %), alors que la position couchée sur le dos dominait chez les nourrissons dormant dans un berceau ou lit d'enfant (85 %) <sup>20</sup>. D'autres recherches sur des échantillons moindres de dyades mère-nourrisson partageant un lit ont permis d'observer que les mères partageant habituellement le lit plaçaient presque toujours leur nourrisson en position couchée sur le dos pour le sommeil, mais que ces nourrissons passaient en moyenne 83 % de la nuit face à leur mère<sup>4</sup>. Il pourrait s'agir d'une constatation notable, car le sommeil sur le côté a été identifié comme facteur de risque pour le SMSN aussi important que la position couchée sur le ventre<sup>21 32 36 39</sup>.

### ***Partage du lit et couverture de la tête/chaleur excessive/couettes***

La chaleur excessive, la couverture de la tête et des articles de literie mous ont déjà été identifiés comme facteurs de risque pour le SMSN, mais le partage du lit ajoute une autre dimension de risque, car plus souvent qu'autrement, une couette épaisse et des articles de literie mous se trouvent dans le lit parental, et la mécanique de partager la literie avec un nourrisson et un adulte est en soi source de problèmes. La présence de couettes épaisses a été identifiée comme facteur de risque dans les cas de SMSN avec partage du lit<sup>36</sup> et l'on a constaté une importante interaction entre le sommeil en position couchée sur le ventre et les articles de literie mous<sup>32</sup>. On a également relevé une interaction significative similaire entre le partage du lit et des valeurs TOG élevées, une mesure de résistance thermique du tissu qui dénote la chaleur<sup>40</sup>. Tout comme dormir couché sur le ventre, le fait de couvrir la tête, un facteur de risque modifiable, semble se manifester moins souvent dans la population qui partage le lit que dans le groupe qui dort en solitaire, bien que l'on ne puisse pas expliquer complètement le mécanisme causal à l'œuvre<sup>41</sup>. Une étude au Royaume-Uni a conclu que les nourrissons victimes du SMSN partageant un lit étaient découverts moins souvent la tête couverte (7 %) que ceux qui dorment en solitaire (19 %), indiquant un effet protecteur de la présence parentale, mais les auteurs concluaient que malgré les observations, le partage du lit, en particulier avec des parents fumeurs, présente une forte association avec le SMSN, et qu'il serait dangereux de recommander le partage du lit comme stratégie pour réduire la prévalence du facteur de couverture de la tête<sup>41</sup>.

## Partage du lit et allaitement

Les avantages généraux de l'allaitement sont reconnus, mais le choix d'allaiter en partageant le lit porte à controverse. Certains avancent que déconseiller le partage du lit pourrait affecter négativement les taux d'allaitement. D'autres favorisent l'allaitement, mais croient qu'un facteur de protection rattaché à l'allaitement ne compense pas les risques du partage du lit, et préconisent l'allaitement sans partage du lit. La discussion est parfois alimentée par une perspective faussée des causes de la baisse des taux de SMSN au cours de la dernière décennie. Ainsi, certains avancent que le nombre historiquement élevé de femmes qui choisissent l'allaitement et partagent le lit concorde avec les baisses radicales de taux de SMSN et explique ces baisses<sup>4 42</sup>. Il n'y a malheureusement aucune mention de l'impact des campagnes *Dodo sur le dos!* menées pendant la même période. Il est important d'examiner toutes les données relatives à l'incidence de l'allaitement sur les taux de SMSN dans le contexte de tous les autres facteurs identifiés, y compris le partage du lit, et des initiatives menées pendant la dernière décennie.

Pour mieux comprendre la dynamique de l'allaitement dans le contexte du partage du lit, on a réalisé des études par observation d'un petit nombre de dyades mère-nourrisson. La recherche a permis de constater l'effet positif du partage du lit sur la durée et la fréquence de l'allaitement, ainsi que de fréquentes vérifications par la mère des signaux du nourrisson et réactions à ces signaux<sup>4 20</sup>. On a relevé que les mères de nourrissons partageant le lit et dormant dans leur berceau ou lit d'enfant vérifiaient la situation du nourrisson pendant des durées similaires, mais que les mères partageant le lit le faisaient à une fréquence supérieure. Les auteurs avançaient comme hypothèse que le degré accru de toucher maternel, d'allaitement et de réponse dans le groupe de partage du lit pourrait ne pas atteindre le même niveau si la mère est trop fatiguée, ou si elle consomme de l'alcool ou des drogues atténuant sa capacité de réaction<sup>20</sup>.

Des liens positifs ont été établis entre l'allaitement et une variété de résultats chez le nourrisson, notamment une réduction de l'incidence de l'otite moyenne aiguë, des infections respiratoires et gastrointestinales, de l'asthme, de la leucémie, et même de l'obésité à l'âge adulte<sup>43</sup>. De plus, la mortalité infantile est de 26 % supérieure chez les nourrissons nourris au biberon par rapport aux nourrissons allaités<sup>37</sup>. Des chercheurs ont tenté d'établir si l'effet protecteur de l'allaitement peut être rattaché explicitement au SMSN, ou s'il ne découle que du profil démographique des femmes qui choisissent d'allaiter. L'argument le plus solide en faveur d'un lien entre l'allaitement et un risque réduit de SMSN vient d'une méta-analyse de quatre études examinant ce lien. Cette méta-analyse a été réalisée dans le cadre d'un rapport sur l'allaitement et les résultats pour la santé de la mère et du nourrisson, préparé pour le U.S. Department of Health and Human Services. Les auteurs de la méta-analyse concluaient à partir de ces quatre analyses menées dans des pays industrialisés qu'il y avait un lien direct entre l'allaitement et la réduction du risque de SMSN<sup>43</sup>. Une étude plus récente à partir des données de l'étude allemande sur la mort subite du nourrisson, German Study of Sudden Infant Death (GeSID), étayait ces constatations, et en arrivait même à quantifier les résultats, soit que l'allaitement réduisait d'environ 50 % le risque de SMSN à tout âge. Les auteurs de l'étude concluaient que puisque 76 % des nourrissons victimes du SMSN mouraient avant

l'âge de six mois, il était recommandé de poursuivre l'allaitement au moins jusqu'à cet âge, après lequel le risque de SMSN diminue<sup>30</sup>.

Ces deux études cernent un lien protecteur direct entre l'allaitement et le SMSN, mais ni l'une, ni l'autre n'aborde l'incidence du partage du lit sur les résultats. D'autres études cas-témoin portant sur les facteurs de risque du SMSN concluaient souvent que le risque de partage du lit était tellement marqué que l'effet protecteur de l'allaitement n'avait pas d'influence significative sur l'ampleur du risque de partage du lit<sup>35</sup>. En fait, certaines recherches continuaient de faire ressortir un risque pour le partage du lit, que le nourrisson soit allaité ou non<sup>18 44</sup>, et d'autres études ne permettaient toujours pas d'établir si l'allaitement comportait un quelconque effet protecteur à l'égard du SMSN<sup>32</sup>.

Dans certains cas, on a constaté une incidence positive du partage du lit sur l'allaitement, mais le lien protecteur ne peut pas être cerné, en particulier quand le SMSN fait partie de la dynamique. Le partage du lit n'avait pas d'incidence sur les taux d'allaitement dans les cas de SMSN et en fait, des taux supérieurs d'allaitement n'étaient pas associés au partage du lit<sup>39</sup>. Les conclusions d'autres recherches ne faisaient pas d'association entre l'allaitement et le lieu de sommeil du nourrisson<sup>45</sup>. De récentes analyses documentaires rattachées au SMSN concluaient que le risque de SMSN en situation de partage du lit était à peine modifié par la présence ou l'absence de l'allaitement, indiquant une influence dominante pour le partage du lit<sup>33 34 36</sup>.

Les tentatives pour mieux comprendre l'effet protecteur de l'allaitement en rapport avec les taux de partage du lit et de SMSN ont fait ressortir des caractéristiques des mères qui allaitent, et certains groupes croient que l'allaitement pourrait être un indicateur d'un mode de vie et d'une classe socio-économique dont l'incidence se fait ultimement sentir sur les taux de SMSN<sup>1 34</sup>. Les mères qui allaitent ont été identifiées comme étant moins susceptibles de fumer<sup>39</sup> et plus susceptibles de partager le lit<sup>40 46 47</sup>. En réponse à une enquête, les mères qui allaitent donnent comme motifs principaux d'allaiter et de partager le lit la commodité et la facilité de l'allaitement, un meilleur sommeil pour la mère et le nourrisson, et un moyen de calmer le nourrisson<sup>48</sup>. Elles sont également en mesure d'indiquer les risques liés au partage du lit, mais ce risque semble compensé par la commodité et les avantages apparents de l'allaitement et du partage du lit<sup>46</sup>.

Comme pour beaucoup d'autres facteurs, il est difficile de dissocier l'allaitement et le partage du lit d'autres facteurs de risque pour le SMSN. Le nourrisson allaité qui partage le lit est également exposé aux mêmes facteurs de risque de l'environnement de partage de lit, et plus précisément pour le nourrisson allaité, les risques les plus courants dans l'environnement de partage du lit se rattachent aux oreillers, aux couvertures et autres surfaces molles<sup>39</sup>.

### **Partage du lit et tabagisme**

Après le sommeil et la position couchée sur le ventre, le tabagisme est le facteur de risque reconnu le plus répandu pour le SMSN. Le partage du lit s'est avéré particulièrement dangereux quand la mère fume<sup>10 32 33 39 40 44</sup>. Le risque pour le SMSN augmente considérablement lorsque le tabagisme est combiné au partage du lit, mais une recherche

récente a également constaté une relation dose-effet, c'est-à-dire que plus les parents fument, plus le risque de SMSN est élevé<sup>35</sup>. Ce risque quadruple si le nourrisson avait un faible poids à la naissance<sup>32 36</sup>. Ce lien entre le partage du lit et le SMSN chez les fumeurs n'a pas pu être établi de façon convaincante chez les non-fumeurs, mais on soupçonne qu'il s'agit d'une absence de recherche explicite sur la question jusqu'à maintenant, plutôt qu'une conclusion positive d'absence de risque de SMSN chez les non-fumeurs en situation de partage du lit<sup>10 33</sup>. Il convient de préciser que la méthodologie d'une récente analyse documentaire canadienne par Horsley et al, qui n'a pas permis de cerner une association entre le risque du partage du lit et les parents non-fumeurs, a été mise en doute, car on comparait le partage du lit et le non-partage du lit, y compris le nourrisson dormant seul dans une chambre séparée, un facteur de risque reconnu pour le SMSN, ce qui atténuait le risque comparatif du partage du lit<sup>49</sup>. Il y a de plus en plus d'éléments probants à l'effet que le risque du partage du lit cesse d'être significatif lorsque le nourrisson atteint l'âge de quatre ou cinq mois, âge auquel on associe également une réduction générale du risque de SMSN<sup>35</sup>.

### **Partage du lit et caractéristiques du nourrisson**

Le risque de SMSN rattaché au partage du lit est associé plus étroitement aux nourrissons plus jeunes<sup>33 35</sup>. Les victimes du SMSN découvertes alors qu'elles partageaient une surface de sommeil (12,8 semaines pour le partage du lit et 8,3 semaines pour le partage du sofa) étaient significativement plus jeunes que les victimes du SMSN découvertes dans un berceau ou lit d'enfant (21 semaines). Les nourrissons partageant un lit qui ont dix semaines ou moins sont plus à risque du SMSN que ceux qui ne partagent pas un lit, même en tenant compte du tabagisme maternel<sup>32 50</sup>. En fait, le partage du lit pour des nourrissons de 30 à 61 jours avec des parents non-fumeurs présenterait un risque de SMSN neuf fois plus élevé<sup>35</sup>. De plus, la prématurité et le faible poids à la naissance quadruplent le risque de SMSN, tout comme les signes d'une infection récente des voies respiratoires supérieures, dans les quatre dernières semaines<sup>32 39</sup>.

L'étude récente des caractéristiques physiques du nourrisson susceptibles de le prédisposer au SMSN et du lien précis de ces caractéristiques avec le partage du lit ne permet pas encore de tirer des conclusions décisives. Certains croient que lorsqu'un nourrisson vulnérable dans une période critique de développement du contrôle homéostatique est exposé à un stresser externe, la situation peut aboutir à un résultat de SMSN<sup>32</sup>. À l'encontre de cette théorie, le parent qui partage le lit, avec ses contrôles maternels plus fréquents, et ses réactions maternelles plus rapides et plus fréquentes, pourrait être plus attentif, et finalement plus protecteur, pour le nourrisson dont certaines caractéristiques physiques, par exemple des anomalies de la stimulation, le rendent plus vulnérable au SMSN<sup>20</sup>.

### **Partage du lit et effets protecteurs**

Il sera extrêmement difficile d'établir que le partage du lit a un effet protecteur général à l'égard du SMSN. Le sous-ensemble de nourrissons qui partagent un lit, allaités par un parent qui n'est pas trop fatigué, qui n'a pas consommé de drogue ou d'alcool, qui ne fume pas, et qui a retiré tout élément de danger possible de l'environnement de sommeil, comme des articles de literie mous, est trop limité, et n'est pas significatif statistiquement

pour étayer l'hypothèse que le partage du lit est un élément de protection, comme il a été prouvé que le partage de la chambre est protecteur<sup>51</sup>. Cependant, les parents qui partagent le lit mentionnent plusieurs motifs pour cette pratique, dont une meilleure capacité de réagir à leur nourrisson<sup>48</sup>. Lorsque l'on observe des dyades mère-nourrisson partageant un lit, le nourrisson dort souvent sur le côté à hauteur du sein de la mère, ce qui réduit le risque que le visage du nourrisson soit pressé contre un oreiller pour adulte, mais augmente le risque de couverture de la tête du nourrisson<sup>52</sup>. On a également observé que ce sont les actes de la mère, souvent déclenchés par le nourrisson, plutôt que les propres mouvements du nourrisson qui sont efficaces pour diminuer le recouvrement de la tête, et donc le risque<sup>52</sup>. Comme on l'a mentionné, les mères qui partagent le lit avec le nourrisson comme celles de nourrissons dormant dans un lit d'enfant vérifiaient la situation du nourrisson pendant une durée similaire, mais les mères partageant le lit vérifiaient plus souvent. Les auteurs de l'étude ont avancé que ce facteur expliquerait en partie le moindre taux de SMSN pour les nourrissons partageant la chambre, cette pratique facilitant des vérifications maternelles accrues<sup>20</sup>.

### **Partage du lit et facteurs maternels et socio-économiques**

Certains facteurs maternels et socio-économiques ont été identifiés comme étant associés plus étroitement au SMSN, par exemple la maternité à un jeune âge, les mères célibataires, les mères afro-américaines et indiennes nord-américaines, et les grossesses multiples, ces mêmes populations présentant une incidence de partage du lit supérieure à la moyenne<sup>34 39 45</sup>. Dans une cohorte de nourrissons nés dans des familles aux États-Unis dont le profil sociodémographique est lié à un risque supérieur de SMSN, on relevait dans 48 % des cas que le nourrisson dormait régulièrement avec un parent ou un autre adulte<sup>39</sup>. Il a également été constaté que les cas de SMSN surviennent plus fréquemment dans les foyers surpeuplés<sup>36</sup>.

### **Réduction des méfaits relativement au SMSN et au partage du lit**

Dans la formulation de recommandations sur le risque du SMSN rattaché au partage du lit, l'approche de réduction des méfaits est souvent réputée satisfaisante tant les partisans que les adversaires du partage du lit. La réduction des méfaits est un principe de santé publique conçu traditionnellement pour réduire l'exposition aux méfaits, sans s'attendre à ce que l'activité disparaisse. Un exemple notable de l'approche de réduction des méfaits est celle de la réduction des méfaits liés aux drogues par un programme de méthadone ou d'échange d'aiguilles sans mettre fin à la consommation de drogues<sup>53</sup>. Dans le cas du partage du lit et du SMSN, le méfait rattaché au partage du lit est un choix fait par un adulte pour un nourrisson, créant un risque possible pour le nourrisson alors que d'autres options ayant fait leurs preuves, comme le partage de la chambre, sont disponibles. Toute stratégie de réduction des méfaits comporte une dose d'esprit pratique, en acceptant le fait qu'un certain nombre de parents choisiraient le partage du lit, peu importe les risques documentés. Une approche de réduction des méfaits constitue une démarche de prévention tertiaire, en acceptant l'existence de cas de SMSN liés au partage du lit, tout en tentant d'en atténuer le risque, alors qu'une approche de prévention primaire traite l'enjeu de santé avant qu'il ne se manifeste, en présentant aux parents des options connues pour protéger du SMSN, comme le partage de la chambre.

Certains ont avancé que le partage du lit peut être abordé théoriquement dans un continuum risques-avantages, allant d'un moindre risque, et peut-être un élément de protection, jusqu'à un contexte risqué ou mortel<sup>48</sup>. Jusqu'à maintenant, le seul aspect protecteur du partage du lit rattaché au SMSN se limite à une réduction de la couverture du nourrisson, alors que les publications identifient de nombreux facteurs risqués et mortels pour le partage du lit, notamment la strangulation, la suffocation, l'emprisonnement et le recouvrement, régulièrement associés dans le meilleur et dans le pire des cas à des taux supérieurs de SMSN. Des stratégies de réduction des méfaits devraient réduire significativement le risque que présente le lit pour adultes à l'égard d'un nourrisson, dénoté comme étant 40 fois supérieur au risque que présentent des lits d'enfants et berceaux approuvés pour le sommeil des nourrissons, et ces stratégies devraient aussi aborder des problèmes maternels comme la fatigue excessive, un motif fréquent de partage du lit avec le nourrisson, ainsi que le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues. Comme les facteurs de risque associés au partage du lit ne peuvent pas tous être contrôlés, par exemple le niveau d'épuisement du donneur de soins ou une température trop élevée pour le nourrisson, il n'est pas possible de formuler des recommandations de partage du lit *sécuritaire*<sup>46</sup>.

C'est aux professionnels de la santé, s'inspirant des recherches les plus récentes, qu'il revient d'établir lesquelles des mesures de prévention primaire ou tertiaire auraient l'effet le plus marqué sur la mortalité des nourrissons. Il faut énoncer des stratégies d'éducation et de soutien des parents à l'égard des meilleures pratiques parentales. L'emploi le plus efficace des ressources consisterait à offrir aux parents un soutien pour qu'ils réussissent à allaiter le nourrisson et positionner ce dernier pour le sommeil dans le contexte qui présente le moins de risques de SMSN, soit **dans un berceau ou un lit d'enfant conforme aux normes courantes de sécurité, dans la même pièce que les parents, séparé d'eux mais à proximité, le jour ou la nuit**<sup>36 46</sup>, en appliquant les lignes directrices de la Société canadienne de pédiatrie et de l'American Academy of Pediatrics<sup>25 36 46</sup>.

### **Recommandations courantes à l'intention des parents**

De nombreuses organisations ont fait appel aux résultats de la recherche afin d'élaborer des recommandations pour réduire le risque de SMSN et donner des orientations sur les pratiques sécuritaires de sommeil du nourrisson, en tentant d'aborder la question du partage du lit et de l'allaitement. Aux fins du présent document, les documents examinés comprenaient les lignes directrices et fiches d'information des parents distribuées lors de la table ronde *Dodo sur le dos!* organisée conjointement en octobre 2008 par l'Agence de la santé publique du Canada et la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, ainsi que des lignes directrices et fiches d'information publiées sur Internet par des organisations d'Australie, de Nouvelle-Zélande, d'Angleterre, du Canada et des États-Unis. Un grand nombre de ces lignes directrices et recommandations repose sur les énoncés de position d'ordres professionnels nationaux, comme la Société canadienne de pédiatrie<sup>54</sup>, l'American Academy of Pediatrics<sup>1</sup>, le National Health Service (Royaume-Uni) et *SIDS and Kids* (organisation non gouvernementale australienne travaillant de concert avec le service Maternal and Child Health du gouvernement

australien). Toutes ces sources, sans exception, présentaient les recommandations suivantes :

- position couchée sur le dos pour le sommeil du nourrisson;
- environnement sans fumée;
- ne pas placer le nourrisson sur une chaise, un sofa, un lit d'eau ou un coussin pour son sommeil, qu'il dorme avec quelqu'un d'autre ou non<sup>1 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63</sup>.

Les recommandations, inspirées des constatations de recherche sur l'effet protecteur du partage de la chambre, proposent aux parents des conseils très explicites, soit que pendant les six premiers mois de la vie du nourrisson, l'endroit le plus sécuritaire pour son sommeil est son berceau ou lit d'enfant, près de ses parents dans leur chambre, en déconseillant le partage du lit à cause du risque possible de SMSN ou SMSIN<sup>1 54 55 56 57 58 59 60 62 63</sup>. Certaines des lignes directrices et fiches d'information des parents donnent des conseils supplémentaires sur les conditions de partage du lit qui présentent le plus grand risque de SMSN, avec des stratégies pour atténuer certains des risques, comme l'emprisonnement et les articles de literie mous, en conseillant aussi aux parents d'éviter de fumer ou de consommer de l'alcool ou des drogues<sup>56 58 60 61 63</sup>. Le problème de la fatigue excessive n'est pas abordé, peut-être parce qu'il s'agit d'un état courant chez les nouveaux parents, et l'un des motifs qu'ils mentionnent pour choisir le partage du lit. Le plaisir de cajoler ou d'alimenter le nourrisson dans le lit parental est souvent reconnu, avec des stratégies de soutien des parents tout en réduisant le risque, en conseillant de replacer le bébé dans son berceau ou lit d'enfant pour le faire dormir après l'alimentation, à proximité du lit des parents<sup>55 63</sup>. On conseille aussi parfois d'avertir d'autres personnes dormant dans le lit que l'on alimente le nourrisson, pour atténuer le risque que la mère s'endorme et s'assurer de replacer le nourrisson dans son berceau ou lit d'enfant<sup>59</sup>. Dans certains cas, il était obligatoire de consigner au dossier du nourrisson le choix du partage du lit par le parent<sup>58</sup>. Globalement, la plupart des recommandations conseillaient aux parents le partage de la chambre avec le nourrisson comme choix privilégié.

Certaines recommandations générales étaient également mentionnées souvent sans être toujours fournies dans l'information donnée aux parents, comme garder la tête du nourrisson découverte, éviter de garder le nourrisson trop au chaud<sup>55 57 59 60 61</sup> et donner une suce pour le sommeil et la sieste après l'allaitement, vers l'âge d'un mois<sup>1 56 58 62</sup>.

## **Recommandations futures**

Le détail des éléments qui créent l'environnement de sommeil le plus sécuritaire pour un nourrisson peut être source de confusion, en particulier pour les parents dépassés par les responsabilités qu'implique l'arrivée du bébé, et qui sont épuisés et surchargés d'information. Souvent, les parents qui cherchent désespérément le sommeil, pour eux-mêmes et leur nourrisson, rechercheront sagesse et réconfort dans les conseils des amis, de la famille et des médias, des sources anecdotiques qui peuvent être malavisées, en négligeant les conseils scientifiquement fondés. La recherche a démontré que les parents ne sont pas toujours bien informés des risques et facteurs protecteurs particuliers se rattachant au SMSN. En fait, une enquête auprès de mères en Nouvelle-Zélande a révélé que les avantages protecteurs du partage de la chambre étaient mal connus, et que



seulement 39 % des nourrissons dormaient dans un berceau ou lit d'enfant dans la même chambre que les parents<sup>64</sup>.

C'est au professionnel de la santé qu'il revient de donner de l'information sur les risques de SMSN et les stratégies qui aideront les parents à établir l'environnement de sommeil le plus sécuritaire possible pour leur nourrisson, tout en tenant compte des besoins des parents. Tout comme la promotion d'environnements sécuritaires pour le nourrisson permet de prévenir des décès par blessure<sup>7</sup>, une démarche similaire peut réduire les décès par SMSN si l'on s'occupe des facteurs de risque. Les résultats de recherche ont fait ressortir à multiples reprises l'option sécuritaire et propice à l'allaitement du partage de la chambre comme moyen de réduire l'incidence du SMSN, mais la controverse entourant le partage du lit a confondu les chercheurs et les praticiens tentant de déterminer si le partage du lit est sécuritaire ou non. Les recherches publiées n'ont pas permis d'établir un lien de cause à effet entre le partage du lit et le SMSN, mais ce lien a été identifié à l'égard du SMSIN, et il y a toujours une forte association avec une proportion supérieure de décès par SMSN comparativement aux nourrissons qui dorment dans un berceau ou un lit d'enfant. Le lien entre le partage du lit et une prévalence accrue de SMSN, même lorsque les parents ne fument pas<sup>16 18</sup>, comporte actuellement de nombreuses variables (p. ex. environnement de sommeil, situation des parents en matière de tabagisme, consommation d'alcool et de drogues, fatigue excessive), et les messages de réduction des méfaits sur les pratiques sécuritaires de partage du lit sont complexes et portent à confusion<sup>21</sup>. Axer les efforts de prévention sur la stratégie protectrice connue de partage de la chambre pour réduire l'incidence du SMSN pourrait constituer le seul choix possible jusqu'à ce que l'on comprenne mieux le lien entre le partage du lit et le SMSN.

Il est prouvé que le partage du lit augmente la durée et la fréquence de l'allaitement, et offre plus de possibilités de formation de liens affectifs, mais ces avantages ne compensent pas le risque attribué au partage du lit. De nombreuses familles ont pratiqué l'allaitement et développé de solides liens affectifs avec le nourrisson sans partager le lit, appuyant le concept que le partage du lit n'est pas essentiel à la réussite de l'allaitement ou de la formation de liens affectifs<sup>51</sup>. Il est également important d'étudier si les effets avantageux du partage du lit pour l'allaitement peuvent aussi être constatés lorsque le nourrisson partage la chambre, l'environnement de sommeil le plus sécuritaire pour le nourrisson, à l'égard duquel on a constaté qu'il réduit de moitié le risque de SMSN<sup>36 49</sup>.

Il ne fait aucun doute que des recherches plus approfondies sont nécessaires pour comprendre parfaitement l'incidence du partage du lit sur le SMSN et le SMSIN. Une information précise sur la fréquence et la durée du partage du lit dans les foyers du Canada et d'autres pays industrialisés, ainsi que sur l'incidence du partage du lit et du partage de la chambre sur l'allaitement, nous aidera à mieux comprendre les effets sur l'incidence du SMSN et du SMSIN. Une meilleure compréhension de la pratique du partage du lit est importante non seulement pour les efforts de réduction de l'incidence du SMSN et du SMSIN, mais aussi pour mieux comprendre des cultures parfois d'implantation récente en Amérique du Nord, pour lesquelles le partage du lit constitue la norme dans leur pays d'origine. Les ensembles de données de beaucoup des grandes études cas-témoin datent de près d'une décennie, et il serait important de savoir quelle

influence les recommandations des dix dernières années ont eu sur l'incidence du SMSN. Il faut également des études plus poussées pour comprendre l'impact du SMSN et du SMSIN sur les familles de faible statut socio-économique, car elles sont surreprésentées dans les statistiques sur le SMSN, le SMSIN et le partage du lit.

- <sup>1</sup> AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Policy Statement (2005). 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, 1245-1255.
- <sup>2</sup> Calgary Health Region. (2006). Examining the evidence regarding infant sleeping practices and sudden infant death syndrome. Calgary, Alberta: Author
- <sup>3</sup> ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE, ABM Protocols, Clinical Protocol Number 6—Guideline for Co-Sleeping and Breastfeeding. Extrait le 16 mars 2006 à l'adresse <http://www.bfmed.org/ace-files/protocol/cosleeping.pdf>. (Lien périmé, lien proposé <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>)
- <sup>4</sup> MCKENNA, J.J., H.L. BALL et L.T. GETTLER (2007). Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Yearbook of Physical Anthropology*, 50, 133-161.
- <sup>5</sup> BUREAU DU CORONER EN CHEF DE L'ONTARIO (juin 2008). *Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans*. Ontario, Canada (auteur).
- <sup>6</sup> WILLINGER, M., L.S. JAMES et C. CATZ (1991). Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): Deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Fetal and Pediatric Pathology*, 11, 5, 677-684.
- <sup>7</sup> SHAPIRO-MENDOZA, C.K., M. KIMBALL, K.M. TOMACHEK, R.N. ANDERSON et S. BLANDING (2009). US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: Are rates increasing? *Pediatrics*, 123, 533-539. Extrait le 3 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/5/2051>
- <sup>8</sup> U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Sudden Unexpected Infant Death (SUID): Sudden, Unexpected Infant Death (SUID) Initiative. Extrait le 2 février 2009 à l'adresse <http://www.cdc.gov/sids/SUID.htm>.
- <sup>9</sup> SHAPIRO-MENDOZA, C.K., K.M. TOMACHEK, R.N. ANDERSON et J. WINGO (2006). Recent national trends in sudden, unexpected infant deaths: More evidence supporting a change in classification or reporting. *American Journal of Epidemiology*, 163, 8, 762-769.
- <sup>10</sup> TORONTO PUBLIC HEALTH (novembre 2005). The benefits and harms associated with the practice of bed sharing: A systematic review. Toronto (Ontario) (auteur). Extrait le 26 février 2009 à l'adresse [http://www.toronto.ca/health/bedsharing/pdf/bed\\_sharing\\_review.pdf](http://www.toronto.ca/health/bedsharing/pdf/bed_sharing_review.pdf)
- <sup>11</sup> BLAIR, P.S., et P.J. FLEMING (2002). Epidemiological investigation of sudden infant death syndrome in infants: Recommendations for future studies. *Child: Care, Health & Development*. 28, 49-54.
- <sup>12</sup> LEACH, C.E., P.S. BLAIR, P.J. FLEMING, I.J. SMITH, M.W. PLATT, P.J. BERRY, J. GOLDING et le CESDI SUDI RESEARCH GROUP (1999). Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. *Pediatrics*. 104, e43.
- <sup>13</sup> BLAIR, P., P. SIDEBOTHAM, P. BERRY, M. EVANS et P. FLEMING. (2006). Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20 year population-based study in the UK. *Lancet*, 367, 314-319.
- <sup>14</sup> BLAIR, P.S., P.J. FLEMING, I.J. SMITH, M. WARD PLATT, J. YOUNG, P. NADIN, P.J. BERRY, J. GOLDING et le CESDI SUDI RESEARCH GROUP (1999). Babies sleeping with parents: Case-control study of factors influencing the risk of sudden infant death syndrome. *British Medical Journal*. 319, 1457-1462. (IF: 5:14).
- <sup>15</sup> SCRAGG, R., E.A. MITCHELL, B.J. TAYLOR, A.W. STEWART, R.P.K. FORD, J.M.D. THOMPSON, E.M. ALLEN et D.M. BECROFT (1993). Bedsharing, smoking and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *British Medical Journal*, 307, 1312-1318.
- <sup>16</sup> CARPENTER, R.G., L.M. IRGENS, P.S. BLAIR, P.D. ENGLAND, P. FLEMING, J. HUBER, G. JORCH et P. SCHREUDER (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: Case-control study. *Lancet*, 363, 185-91.
- <sup>17</sup> HAUCK, F.R., S.M. HERMAN, M. DONOVAN, S. IYASU, C.M. MOORE, E. DONOGHUE, R.H. KIRSHNER et M WILLINGER. (2003). Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago infant mortality study. *Pediatrics*, 111, 1207-1214.
- <sup>18</sup> TAPPIN, D., R. ECOB et H. BROOKE (2005). Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *Journal of Pediatrics*, 147, 1, 32-37.
- <sup>19</sup> AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa, Canada (auteur).

- <sup>20</sup> BADDOCK, S.A., B.C. GALLAND, D.P.G. BOLTON, S.M. WILLIAMS et B.J. TAYLOR (2006). Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics*, 117, 1599-1607. Extrait le 3 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/5/1599>
- <sup>21</sup> MITCHELL, E.A. (2007). Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: A discussion document. *Archives of Diseases in Childhood*, 92, 155-159.
- <sup>22</sup> DRAGO, D. A., et A.L. DANNENBERG (1999). Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics*, 103, 5, e59.
- <sup>23</sup> WILLINGER, M., C-W. KO, H.J. HOFFMAN, R.C. KESLER et M.J. CORWIN (2003). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 43-49.
- <sup>24</sup> LAHR, M.B., K.D. ROSENBERG et J.A. LAPIDUS (2007). Maternal-infant bedsharing: Risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. *Maternal Child Health Journal*, 11, 277-286.
- <sup>25</sup> HAUCK, F.R., C. SIGNORE, S.B. FEIN et T.N.K. RAJU (2008). Infant sleeping arrangements and practices during the first year of life. *Pediatrics*, 122, S113-S120.
- <sup>26</sup> SIDS FAMILY ASSOCIATION JAPAN. The SIDS Prevention Campaign. Extrait le 31 mars 2009 à l'adresse [http://www.sids.gr.jp/en/recent\\_projects.html](http://www.sids.gr.jp/en/recent_projects.html)
- <sup>27</sup> MITCHELL, E.A., B.J. TAYLOR, R.P.K. FORD, A.W. STEWARD, D.M.O. BECROFT, J.M.D. THOMPSON, R. SCRAGG, I.B. HASSALL, D.M.J. BARRY, E.M. ALLEN et A.P. ROBERTS (1992). Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand Study. *Journal of Paediatric Child Health*, 28, Supplement 1, S3-8.
- <sup>28</sup> FLEMING, P.J., P.S. BLAIR, C. BACON, D. BENSLEY, I. SMITH, E. TAYLOR, J. BERRY, J. GOLDING, J. TRIPP et CESDI REGIONAL COORDINATORS AND RESEARCHERS (1996). Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: Results of 1993-95 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *British Medical Journal*, 313, 191-95.
- <sup>29</sup> MITCHELL, E.A., J.M.D. THOMPSON, D.M.O. BECROFT, T. BAJANOWSKI, B. BRINKMANN, A. HAPPE, G. JORCH, P.S. BLAIR, C. SAUERLAND et M.M. VENNEMANN (2008). Head covering and the risk of SIDS: Findings from the New Zealand and German SIDS case-controlled studies. *Pediatrics*, 121, 6, e1478-e1483. Extrait le 3 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/121/6/e1478>.
- <sup>30</sup> VENNEMANN, M., T. BAJANOWSKI, B. BRINKMANN, G. JORCH, K. YUCESAN, C. SAUERLAND, E.A. MITCHELL et le GESID STUDY GROUP (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123, e406-410.
- <sup>31</sup> MCGARVEY, C., M. MCDONNELL, A. CHONG, M. O'REGAN et T. MATTHEWS (2003). Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 1058-1064.
- <sup>32</sup> MOON, R.Y., R.S.C. HORNE et F.R. HAUCK (2007). Sudden infant death syndrome. *Lancet*, 370, 1578-1587.
- <sup>33</sup> HORSLEY, T., T. CLIFFORD, N. BARROWMAN, S. BENNETT, F. YAZDI, M. SAMPSON, D. MOHER, O. DINGWALL, H. SCHACHTER et A. COTE (2007). Benefits and harms associated with the practice of bed sharing. A systematic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 237-245.
- <sup>34</sup> HUNT, C.E. & HAUCK, F.R. (2006). Sudden infant death syndrome. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 174, 13, 1861-1869.
- <sup>35</sup> RUYS, J.H., G.A. JONGE, R. BRAND, A. ENGELBERTS et B.A. SEMMEKROT (2007). Bed-sharing in the first four months of life: A risk factor for sudden infant death. *Acta Paediatrica*, 96, 1399-1403.
- <sup>36</sup> BLAIR, P.S., M. WARD PLATT, I.J. SMITH, P.J. FLEMING et le CESDI SUDI RESEARCH GROUP (2006). Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: An opportunity for targeted intervention. *Archives of Diseases in Childhood*, 91, 101-106.
- <sup>37</sup> FLEMING, P., P. BLAIR et J.J. MCKENNA (2006). New knowledge, new insights, and new recommendations. *Archives of Diseases in Childhood*, 91, 799-801.
- <sup>38</sup> SCHEERS, N., W. RUTHERFORD et J KEMP. (2003). Where should infants sleep? A comparison of risk for suffocation of infants sleeping in cribs, adult beds, and other sleeping locations. *Pediatrics*, 112, 883-889.
- <sup>39</sup> OSTFELD, B.M., H. PERL, L. ESPOSITO, K. HEMPSTEAD, R. HINNEN, A. SANDLER, P. GOLDBLATT PEARSON et T. HEGYI (2006). Sleep environment, positional, lifestyles, demographic characteristics associated with bed sharing in Sudden Infant Death Syndrome Cases: A population-based study. *Pediatrics*, 118, 2051-2059. Extrait le 3 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/5/2051>
- <sup>40</sup> MCGARVEY, C., M. MCDONNELL, K. HAMILTON, M. O'REGAN et T. MATTHEWS (2006). Bed sharing and Sudden Infant Death Syndrome: Irish case-control study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 11, Supplement A, 19A-21A.
- <sup>41</sup> BLAIR, P.S., E.A. MITCHELL, E.M.A. HECKSTALL-SMITH et P.J. FLEMING (2008). Head covering a major modifiable risk factor for sudden infant death syndrome: A systematic review. *Archives of Diseases in Children*, 93, 778-783.

- <sup>42</sup> MORGAN, K.H., M.W. GROER et L.J. SMITH (2006). The controversy about what constitutes safe and nurturant infant sleep. *Journal of Obstetrical and Gynecological Nursing*, 35, 684-691.
- <sup>43</sup> U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries, evidence report/technology assessment. Number 153. Agency for Health-Care Research and Quality, Rockville, MD: Author. Extrait le 10 février 2009 à l'adresse <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- <sup>44</sup> VENNEMANN, M., T. BAJANOWSKI, T. BUTTERFAB-BAHLOUL, C. SAUERLAND, G. JORCH, B. BRINKMANN et E.A. MITCHELL (2007). Do risk factors differ between explained sudden unexpected death in infancy and sudden infant death syndrome? *Archives of Diseases in Childhood*. 92, 133-136.
- <sup>45</sup> FU, L.Y., E.R. COLSON, M.J. CORWIN et R.Y. MOON (2008). Infant sleep location: Associated maternal and infant characteristics with sudden infant death syndrome prevention recommendations. *Journal of Pediatrics*, 153, 503-508.
- <sup>46</sup> ATEAH, C.A., et K.J. HAMELIN (2008). Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *Journal of Obstetrical-Gynecological Nursing*, 37, 274-281.
- <sup>47</sup> THOMAN, E.B. (2006). Co-sleeping, an ancient practice: Issues of the past and present, and possibilities for the future. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 407-417.
- <sup>48</sup> MCKENNA, J.J., et L.E. VOLPE (2007). Sleeping with baby: An internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a Western Industrialized context. *Infant and Child Development*, 16, 359-385.
- <sup>49</sup> MITCHELL, E.A. (2007). Sudden Infant Death Syndrome. Should bed sharing be discouraged? (Editorial). *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 305-306.
- <sup>50</sup> MCGARVEY, C., M. MCDONNELL, K. HAMILTON, M. O'REGAN et T. MATTHEWS (2006). An eight year study of risk factors for SIDS: Bed-sharing versus non-bed-sharing. *Archives of Diseases in Childhood*, 91, 318-323.
- <sup>51</sup> KATTWINKEL, J., F.R. HAUCK, R.Y. MOON, M. MALLOY et M. WILLINGER (2006). Bed sharing with unimpaired parents is not an important risk for sudden infant death syndrome. Letter to the editor. *Pediatrics*, 117, 994-996. Extrait le 3 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/3/994>
- <sup>52</sup> BADDOCK, S.A., B.C GALLAND., B.J. TAYLOR et D.P.G. BOLTON (2007). Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics*, 119, e200-e207. Extrait le 4 février 2009 à l'adresse <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/119/1/e200>
- <sup>53</sup> STAMLER, L.L., et L. YIU (2005). Community Health Nursing. A Canadian Perspective. Toronto (Ontario) : Pearson Prentice.
- <sup>54</sup> SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2004). Recommendations for Safe Sleeping Environments for Infants and Children. *Paediatrics & Child Health*, 9, 9, 659-663.
- <sup>55</sup> KIDSHEALTH (2008). *Cosleeping and your Baby & Sudden Infant Death Syndrome & Rise in Infant Suffocations Renews Bed-sharing Debate* (documents distribués). Extrait le 18 février 2009 à l'adresse <http://kidshealth.org/parent/general/sleep/cosleeping.html> & <http://kidshealth.org/parent/general/sleep/sids.html> & <http://kidshealth.org/research/assb.html>
- <sup>56</sup> FOUNDATION FOR THE STUDY OF INFANT DEATHS (novembre 2007). Factfile 2: Research background to the *Reduce the Risk of Cot Death* advice by the Foundation for the Study of Infant Deaths. Extrait le 17 février 2009 à l'adresse <http://www.fsid.org.uk/editpics/612-1.pdf>
- <sup>57</sup> FONDATION CANADIENNE POUR L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ INFANTILE. *The abc's of safe sleep*.
- <sup>58</sup> NATIONAL HEALTH SERVICE (2007). Preventing sudden infant death syndrome. Extrait le 4 mars 2009 à l'adresse <http://www.nhs.uk/Conditions/Sudden-infant-death-syndrome/Pages/Prevention.aspx?url=Pages/what-is-it.aspx>.
- <sup>59</sup> SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. Février 2007. *Les bébés dorment en toute sécurité*. Document distribué. Extrait le 18 février 2009 à l'adresse [http://www.ottawa.ca/residents/health/families/birth\\_6/physical/sleep/crib\\_fr.html](http://www.ottawa.ca/residents/health/families/birth_6/physical/sleep/crib_fr.html).
- <sup>60</sup> SIDS AND KIDS SAFE SLEEPING (2007). *Sleeping with Baby* Handout and *Room Sharing* Handout. Extrait le 18 février 2009 à l'adresse [http://www.sidsandkids.org/current\\_topics.html](http://www.sidsandkids.org/current_topics.html) (Australie)
- <sup>61</sup> TORONTO PUBLIC HEALTH, octobre 2007. *Healthy Families Guidelines on Bed Sharing with Infants and Young Children*. & *Sharing a Bed with your Baby*, document distribué.
- <sup>62</sup> US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (janvier 2006). *What does a safe sleep environment look like?* Handout. Extrait le 18 février 2009 à l'adresse [http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/upload/BTS\\_safe\\_environment.pdf](http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/upload/BTS_safe_environment.pdf)
- <sup>63</sup> CALGARY HEALTH REGION. *Information for Professionals on Safe Infant Sleep Practices and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)* Document distribué (2006). Extrait le 18 février 2009 à l'adresse [http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/3cheers/pdf/safe\\_sleep\\_sids.pdf](http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/3cheers/pdf/safe_sleep_sids.pdf)
- <sup>64</sup> HUTCHISON, L., A. STEWART et E. MITCHELL (2006). SIDS-Protective infant care practices among Auckland, New Zealand mothers. *New Zealand Medical Journal*, 119, 1247, U2365.

## Appendice 1

Abstracts in Social Gerontology  
Ageline (Ovid)  
AGRICOLA  
Allied & Complementary Medicine Database (AMED)  
Alt-Health Watch  
Animal Behavior Abstracts (Full Archive)  
Applied Science & technology (Full Text)  
Aqualine  
Biological & Agricultural Index Plus  
Biological Sciences  
Biosis Review  
Books 24 X 7 Referenceware for Professionals  
CAB Abstracts (Ovid)  
Canadian Newstand  
CBCA Current Events  
CBCA Reference  
Child Development & Adolescent Studies  
CINAHL Plus with Full Text  
Computers & Applied Sciences Complete  
CSA Illustrata: Natural Sciences  
Environment Complete  
Environmental Sciences & Pollution Mgt.  
Evidence Based Medicine (EBM) Reviews-ACP Journal Club (Ovid)  
Evidence Based Medicine (EBM) Reviews Cochrane Controlled (Ovid)  
Faulker Advisory for IT Studies (FAITS)  
Geo Ref.  
Health and Psychosocial Instruments (HAPI) (Ovid)  
Health & Wellness Resource Center  
Health Source: Nursing/Academic Edition  
Health STAR (Ovid)  
History of Science, Technology & Medicine  
IEEE Electronic Library Online  
International Pharmaceutical Abstracts (Ovid)  
Knovel Library: Engineering, Life Sciences & Chemistry collections  
MEDLINE (Ovid)  
New York Times Online  
Newspaper Source  
Oxford Journals  
Petroleum Abstracts  
PILOTS (Published International Literature on Traumatic Stress)  
Pollution Abstracts

Psychology & Behavioral Sciences Collection  
Psyc INFO (Ovid)  
Pub Med  
Regional Business News  
Safari Technical Books  
SAGE Health Sciences  
SAGE Psychology  
Science Direct Journals  
Scopas  
Springer Link Contemporary  
Wall Street Journal  
Web of Science  
Wildlife & Ecology Studies Worldwide